

# توانبخشي و سلامت

۱. اهداف و تسهیلات کمیته تحقیقات دانشجویی

۲. پیام ریاست محترم دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

۳. پیام مدیر مسئول فصلنامه

۴. پیام سردبیر فصلنامه

۵. معرفی اعضای شورای مرکزی کمیته تحقیقات دانشجویی

۶. معرفی پژوهشگران برتر دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

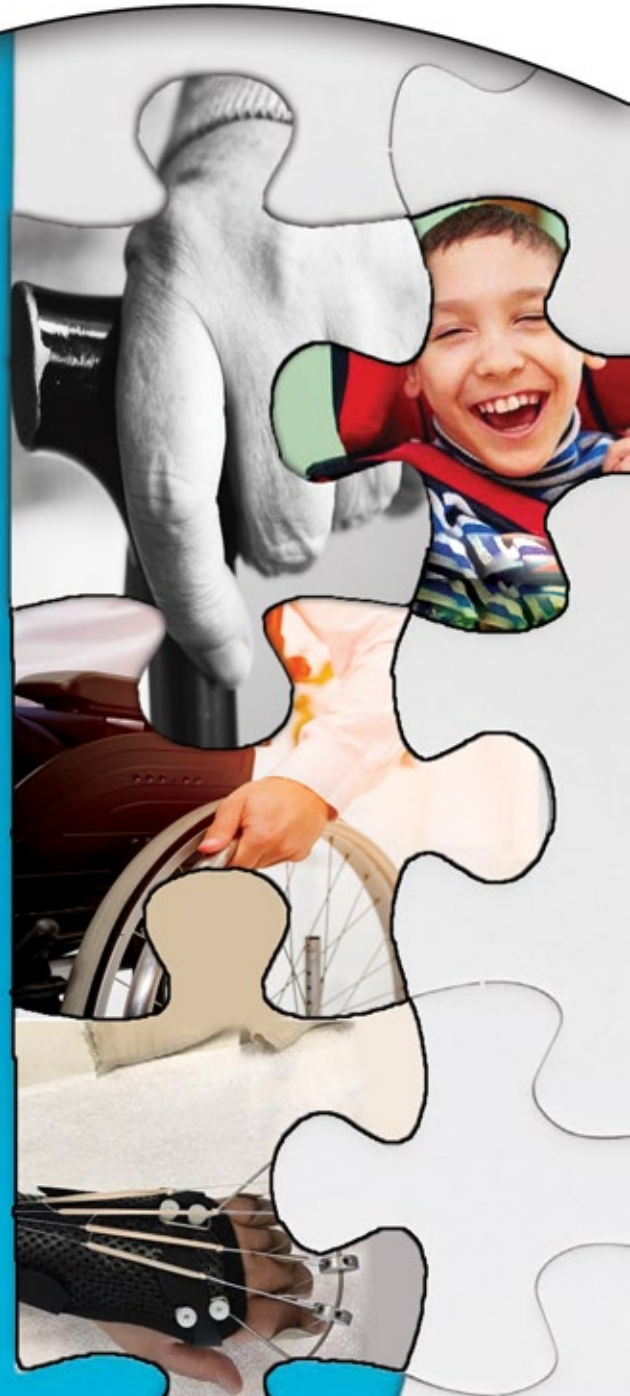
۷. معرفی کارگروه‌های کمیته تحقیقات دانشجویی

۸. معرفی کارگاه‌های آموزشی و پژوهشی

۹. مصاحبه با اساتید برجسته اهل علم و قلم

۱۰. مجموع مقالات

۱۱. اشعار



REHABILITATION

COVID-19



فصلنامه علمی-اجتماعی کمیته تحقیقات دانشجویی  
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران

دوره اول-شماره ۱- تابستان ۱۴۰۰  
صاحب امتیاز: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی به ریاست دکتر ناهید رحمانی  
مدیر مسئول: دکتر ناهید رحمانی  
سر دبیر: حمید خاکباز  
شماره مجوز انتشار: ۱۴۰۰/۱ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۰۱  
هیئت تحریریه: دکتر حمیدرضا خانکه، دکتر حمیدرضا خرم خورشید، دکتر محمدعلی محسنی بندپی، دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دکتر فریبا یادگاری، دکتر حمیرا سجادی، دکتر فرحناز محمدی شاهبلاغی، دکتر ناهید رحمانی، حمید خاکباز، مریم ترابیان، رضوانه نمازی یوسفی، سیده سارا موسوی،  
مدیر اجرایی: رضوانه نمازی یوسفی، فرشید علیمرادی  
طراح و صفحه آرایی: علی برهانی  
ویراستار: حمید خاکباز  
ناشر: کریمی  
شمارگان: چاپی (۱۰ نسخه) و الکترونیکی  
نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکان، کد پستی: ۱۹۸۵۷۱۳۸۳۴، نمابر: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۱۰۹  
تلفن: ۰۲۱-۷۱۷۳۲۰۰۰، پست الکترونیک: [webmaster@uswr.ac.ir](mailto:webmaster@uswr.ac.ir)



## پیام ریاست محترم دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

بسمه تعالی

دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی شایستگی کامل برای تولید شواهد علمی، استانداردها و پروتوکل‌ها را دارد و در عین حال برای ارتقای فعالیت‌های مختلف تلاش می‌کند. بخش مهمی از این رویدادها توسط اساتید و دانشجویان شکل می‌گیرد. دانشجویان نقش رصدخانه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی را بازی می‌کنند، دانشجو ذهن آزاد و فرصت کافی برای ارزیابی دقیق پژوهش دارد. آنها وام‌دار هیچ گروهی نیستند و در عین حال، احساس دین بیشتری نسبت به خانواده و سطوح مختلف جامعه خود دارند. بنابراین قادرند جریان‌ات مختلف دانشگاه را بررسی و رصد کنند و در صورت ضرورت یاری‌گر دانشگاه و اساتید باشند تا دانشگاه در مسیر فعالیت‌های علمی پیش‌روی کند.

دانشگاه باید محیطی امن، ایمن، فعال، و سرشار از نشاط برای دانشجویان، اساتید و کارمندان باشد تا در کنار یکدیگر بتوانند به رشد و توسعه برسند. همچنین باید محیطی فراهم شود که فرزندان این مملکت وقتی وارد دانشگاه می‌شوند با احساس امنیت و آرامش، ضمن توسعه فردی خودشان مهارت‌های اجتماعی و شایستگی‌های لازم را نیز فرا بگیرند. رشد دانشجویان در دانشگاه و ارتقای مهارت‌های آنها در زمینه پژوهش، آموزش، درمان نیازمند سختگیری در کار و فعالیت همراه با پروژه، تحقیق و مطالعه است، بنابراین محیط دانشگاهی صرفاً یک محیط برای تفریح نیست بلکه محیطی برای تجربه‌اندوزی، درک و فهم، بینش، رشد و اخذ مهارت‌ها و شایستگی‌های پژوهشی و آموزشی نیز می‌باشد. یکی از این محیط‌ها کمیته تحقیقات دانشجویی است که با شکل‌گیری و اخذ مجوز نشریه توانبخشی و سلامت می‌توانند محیطی پویا، شاداب و خلاقانه را در محیط دانشگاه ایجاد کنند؛ محیطی که به رشد و ارتقای دانشجو، استاد و کارمند کمک می‌کند. نقطه آغاز این فعالیت‌ها برای دانشجویان کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه است و با راه‌اندازی نشریه توانبخشی و سلامت اجتماعی این امر ممکن و نسبت به قبل آماده‌تر و پذیراتر می‌باشد.

با اخذ مجوز نشریه توانبخشی و سلامت اجتماعی می‌توانیم به سمتی حرکت کنیم که گوشه‌ای از خدمات علمی، پژوهشی، آموزشی، درمانی و توانبخشی را در محیط دانشگاه ارتقاء ببخشیم.  
انتهای پیام/



تنظیم: حمید خاکباز



# معرفی اهداف و تسهیلات کمیته تحقیقات دانشجویی برای دانشجویان

## رسالت:

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی در راستای توانمندسازی دانشجویان به منظور گسترش کمی و کیفی تحقیقات در زمینه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی پایه گذاری گردیده است.

## چشم انداز:

مدیران کمیته تحقیقات دانشجویی می‌کوشند با برگزاری دوره‌های مختلف توانمندسازی پژوهشی و ارائه تسهیلات در این زمینه سطح کیفی و کمی پژوهش را افزایش دهند.

## ارزش‌ها:

رعایت ارزش‌های انسانی و رعایت اخلاق پژوهش، ارتقاء مستمر کیفیت پژوهش، نوآوری و خلاقیت در زمینه‌های تحقیقاتی، اهتمام به انتشار نتایج پژوهش‌ها از ارزش‌های کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی می‌باشد.

## اهداف کلی کمیته تحقیقات دانشجویی

۱. ایجاد بستر مناسب برای شکوفایی، رشد و اعتلای علمی و پژوهشی دانشجویان و تربیت پژوهشگران و مدیران آینده کشور
۲. نهادینه ساختن فعالیت‌های پژوهشی در بین دانشجویان
۳. توانمندسازی دانشجویان در زمینه پژوهش از طریق شیوه‌های مختلف آموزش نظری و عملی
۴. ترویج و ارتقای مهارت و فرهنگ پژوهش در دانشجویان دانشگاه
۵. ایجاد زمینه مناسب به منظور حمایت‌های مادی و معنوی دانشگاه از فعالیت‌های علمی دانشجویان
۶. بهبود رابطه علمی-پژوهشی اساتید و دانشجویان
۷. برگزاری کارگاه‌های آموزشی مرتبط با انجام پژوهش شامل: کارگاه جستجوی الکترونیکی منابع، روش تحقیق، پروپوزال‌نویسی، رفرنس‌نویسی، آنالیز آماری با نرم افزار SPSS، مقاله‌نویسی و دیگر فعالیت‌های مرتبط با حوزه پژوهش.
۸. حمایت از طرح‌های تحقیقاتی: کمیته تحقیقات دانشجویی تنها واحدی است که دانشجو می‌تواند مجری طرح تحقیقاتی خود باشد. در حالی که در مراکز تحقیقاتی یا شوراهای پژوهشی دانشگاه دانشجو مجری اصلی طرح تحقیقاتی نمی‌باشد. کمیته تحقیقات دانشجویی با برگزاری کارگاه‌های نظام‌مند دانشجو را قادر می‌سازد تا نحوه نوشتن پروپوزال طرح تحقیقاتی خود را فرا بگیرد و با راهنمایی اساتید مربوطه طرح خود را عملیاتی کند.
۹. اطلاع‌رسانی به دانشجویان در خصوص برگزاری کارگاه‌ها، کنگره‌ها، همایش‌ها، و سمینارهای داخلی و خارجی
۱۰. برگزاری همایش دانشجویی سالانه در هفته پژوهش با همکاری دانشجویان فعال و علاقه‌مند.
۱۱. ترویج و ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد دانشجویان دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی در امر پژوهش
۱۲. ایجاد بستر مناسب برای شکوفایی، رشد و اعتلای علمی و پژوهشی دانشجویان و تربیت پژوهشگران و مدیران آینده کشور
۱۳. نهادینه ساختن فعالیت‌های پژوهشی در بین دانشجویان
۱۴. توانمندسازی دانشجویان در زمینه پژوهش از طریق شیوه‌های مختلف آموزش نظری و عملی
۱۵. ترویج و ارتقای مهارت و فرهنگ پژوهش در دانشجویان دانشگاه
۱۶. بهبود رابطه علمی-پژوهشی اساتید و دانشجویان
۱۷. ایجاد زمینه مناسب به منظور حمایت‌های مادی و معنوی دانشگاه از فعالیت‌های علمی دانشجویان
۱۸. برگزاری همایش دانشجویی سالانه در هفته پژوهش با همکاری دانشجویان فعال و علاقه‌مند.
۱۹. تقویت رشد و توان علمی در استنتاج و بهره‌گیری بهینه از دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
۲۰. بهینه‌سازی کیفی و کمی فعالیت‌های پژوهشی دانشجویان در نظام پژوهش
۲۱. توانمندسازی دانشجویان از طریق تشکیل کارگاه‌های آموزشی و برگزاری تورهای تحقیقاتی
۲۲. ارتباط و همکاری کمیته‌های تحقیقات دانشجویی با یکدیگر در قالب شبکه‌های همکار



## اهداف جزئی کمیته تحقیقات دانشجویی

- ۱- آموزش دانشجویان جهت کسب آگاهی از اجزای یک طرح پژوهشی و منابع مراجعه جهت تهیه طرح‌های تحقیقاتی
- ۲- آموزش دانشجویان تا حد کسب توانایی در نگارش طرح پژوهشی و مقاله
- ۳- آموزش دانشجویان جهت کسب آگاهی از اجزای یک مقاله پژوهشی
- ۴- ارتقاء نگرش مثبت نسبت به کار گروهی در فعالیتهای علمی-پژوهشی دانشجویان
- ۵- ارتقاء نگرش انتقادپذیری و انتقاد کردن (روحیه جستجوگر) در فعالیتهای علمی-پژوهشی دانشجویان
- ۶- ارتقاء نگرش دانشجویان نسبت به ضروریات و اهمیت پژوهشی

**از جمله فعالیت‌ها و تسهیلاتی که کمیته تحقیقات دانشجویی می‌تواند در اختیار دانشجویان فعال و علاقه‌مند قراردهد شامل موارد زیر می‌باشد:**

- تصویب طرح‌های تحقیقاتی دانشجویی در شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی
- پرداخت هزینه طرح‌های تحقیقاتی (تا سقف ده میلیون تومان) برای دانشجویان مجری طرح‌های مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی
- پرداخت تسهیلات پروژه‌های فناوری با همکاری مرکز رشد دانشگاه تا سقف ده میلیون تومان
- تشکیل شورای پژوهشی دانشجویی در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه
- تخصیص امتیاز ویژه استعدادهای درخشان (بند ک) برای دانشجویان پژوهشگر با سابقه فعالیت‌های پژوهشی در کمیته تحقیقات دانشجویی
- برگزاری کارگاه‌های مختلف برای دانشجویان عضو کمیته تحقیقات دانشجویی نظیر: روش‌های جستجوی الکترونیکی، روش تحقیق، مقاله نویسی، state، amos، endnote، spss، روش تحقیق کمی، روش تحقیق کیفی و آموزش نرم افزار MAXQDA، مطالعات مرور نظام‌مند و متاآنالیز، مقاله‌نویسی، پروپوزال‌نویسی و ...
- برگزاری تورهای علمی و بازدید از مراکز پژوهشی کشور
- برگزاری ژورنال کلاب (نقد علمی مقالات)
- ثبت اختراعات و ابداعات دانشجویان در کمیته تحقیقات دانشجویی
- برگزاری مدارس تابستانه و زمستانه دانشگاه علوم توانبخشی و دیگر دانشگاه‌های مناطق ده‌گانه آمایشی در تهران
- برگزاری دوره‌های آموزشی تربیت پژوهشگر برای تقویت بنیه پژوهشی و همکاری‌های پژوهشی دانشجویان دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

## سخن مدیر مسئول

کلامم را با نام خدایی آغاز می‌کنم که او را در همین نزدیکی و در لحظاتی که ما را یاری می‌کند حس می‌کنم و دوست دارم راهنمای راه و روشنگر مسیرمان باشد. می‌خواهم در همه صفحات این نشریه تازه تأسیس تبلور او را نشان دهم و بزرگی و زیبایی او را ترسیم نمایم. طی چندین سال گذشته و با وجود تعداد زیاد دانشجویان علاقه‌مند به تحصیل در رشته‌های توانبخشی و سلامت و رفاه اجتماعی در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی از یکسو و لزوم ارتقای آموزش دانشجویان در زمینه‌های مرتبط با پژوهش، فعالیت‌های مختلفی در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه انجام گرفت، اما وقت آن رسیده بود تا دانشجویان علاقه‌مند به همکاری با کمیته تحقیقات دانشجویی نشریه‌ای مختص به خودشان داشته باشند تا بتوانند حاصل زحمات و تلاش‌های خود را در آن به چاپ برسانند. لذا، بر آن شدیم تا مجوز فصلنامه علمی-اجتماعی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی را با عنوان «توانبخشی و سلامت» اخذ نماییم که با تلاش‌های بی‌وقفه همکاران گرانقدرمان در کمیته تحقیقات و همچنین همکاری‌های صمیمانه معاونت فرهنگی-دانشجویی دانشگاه این مهم حاصل شد. فرصتی فراهم شده است تا دست یاری خود را به سوی شما متخصصان و پژوهشگران دراز کنیم و دستانتان را به گرمی بفشاریم و شما را به همکاری با این فصلنامه دعوت نماییم. پیشاپیش از همکاری و پیش‌قدم شدن شما در این مسیر ارزشمند علمی تقدیر و تشکر می‌نمایم.

در شماره اول این فصلنامه در مورد هنر نوشتن چکیده دقیق مقالات و مطالعات علمی صحبت می‌کنم. از دیدگاه صاحب‌نظران عرصه پژوهش، چکیده مقاله همانند ویرترین مغازه‌ای است که کالاهای آن به‌طور دقیق، منظم و جذاب در معرض دید افراد قرار می‌گیرد و آنها را برای ورود به مغازه و خرید کالا تشویق می‌کند. در واقع، پس از عنوان مهمترین قسمت مقاله که توسط خوانندگان به دقت مطالعه می‌شود چکیده مقاله است. از همین رو، چکیده مقاله باید به شیوه‌ای به رشته تحریر درآید که خوانندگان را جذب کند و آنها را وادار کند تا تمام مقاله را مطالعه کنند. همچنین، مقاله‌ای با یک چکیده جذاب و منظم، راحت‌تر و سریع‌تر در مسیر مرور همتایان قرار می‌گیرد، در غیر این صورت، قطعاً چکیده آشفته و نامنظم مقاله را از فرآیند بررسی‌های بعدی توسط سردبیران مجلات خارج می‌سازد.

دیده شده است که معمولاً چکیده‌های مقالات ارسالی به مجلات یکسری نقاط ضعف اساسی دارند که مهمترین آنها عبارت‌اند از: طولانی بودن چکیده؛ ناهماهنگی بین مطالب مندرج در بخش‌های مختلف چکیده به گونه‌ای که ممکن است بخش «زمینه و هدف» چکیده بسیار طولانی باشد و یا برعکس، بخش «یافته‌های» چکیده فقط از چند واژه تشکیل شده باشد؛ ناهمخوانی بین چکیده‌های انگلیسی و فارسی در مجلات فارسی زبان؛ توضیح ناکافی در مورد زمینه و هدف مقاله یا فراموش شدن یکی از این دو مورد؛ ذکر نشدن نوع مطالعه در قسمت مواد و روش‌های چکیده؛ عدم اشاره به زمان مطالعه به‌ویژه در مورد مطالعات توصیفی در قسمت مواد و روش‌های چکیده؛ استفاده از واژگان بسیار تخصصی بدون توضیح دقیق آنها؛ استفاده از علائم اختصاری بدون ذکر واژگان کامل؛ ناهمخوانی اعداد و نتایج چکیده مقاله با نتایج مندرج در متن مقاله؛ ذکر قسمتی از نتایج مطالعه به جای نتیجه‌گیری و نیز وجود تفاوت بین نتیجه‌گیری چکیده با نتیجه‌گیری متن مقاله؛ که تمامی این موارد با آموزش صحیح و اصولی به نویسندگان مقالات قابل ویرایش می‌باشد. پیامد چنین آموزشی نه تنها سبب می‌گردد که نویسندگان مقالات چکیده‌ها را با دقت بیشتری به بنویسند، بلکه احتمال چاپ مقاله و مطالعه آن را نیز به صورت معنی‌داری افزایش خواهد داد.

از همین رو، برای تهیه یک چکیده دقیق، منظم و فارغ از هرگونه ایراد و ابهام دستورالعمل‌های ساده‌ای وجود دارد که نویسندگان عزیز می‌توانند مد نظر قرار دهند.

با توجه به اهمیت چکیده و ضرورت جامع بودن آن توصیه می‌شود که چکیده آخرین بخشی باشد که نویسندگان محترم مقاله اقدام به نگارش آن می‌نمایند.

نویسندگان مقاله برای نگارش چکیده بایستی دقیقاً دستورالعمل مجله مورد نظر خود را از نظر حداکثر تعداد کلمات و قالب آن (مشمول بر: «زمینه و هدف»، «مواد و روش‌ها»، «یافته‌ها» و «نتیجه‌گیری») مورد توجه قرار دهند.

باید دقت شود که تناسب منطقی بین قسمت‌های مختلف چکیده که در بند پیشین به آنها اشاره گردید رعایت شود. همچنین تا حد ممکن از ذکر واژگان بسیار تخصصی خودداری شود و در صورت نیاز به استفاده از واژگان اختصاری، در اولین کاربرد، شکل کامل آن واژگان نیز ذکر شود.

نویسندگان مقاله باید دقت کنند تا نوع مطالعه در قسمت «مواد و روش‌های» چکیده ذکر شود.

توصیه می‌شود که چکیده انگلیسی دقیقاً منطبق با چکیده فارسی نوشته شود.

ضروری است که نویسندگان محترم مقالات با استفاده از راهنمایی فردی آشنا به متون تخصصی انگلیسی این چکیده را به دقت ویراستاری نمایند تا فارغ از هرگونه اشکالات تایپی و گرامری به رشته تحریر درآید.

ضروری است که نویسندگان محترم در انتهای چکیده انگلیسی مقاله به سه نکته بسیار مهم اشاره کنند که شامل بودجه (Funding)، تعارض منافع (Conflict of interest) و تأییدیه کمیته اخلاقی (Ethical approval) می‌باشد.

دکتر ناهید رحمانی

سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی  
مدیر مسئول فصلنامه توانبخشی و سلامت  
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی



# فصلنامه توانبخشی و سلامت



خرد هر کجا گنجی آرد پدید  
بسمه تعالی  
ز نام خدا سازد آن را کلید

رویداد مبارک و میمونی در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی رقم خورده است و آن هم دریافت مجوز اولین نشریه علمی-اجتماعی دانشجویی سرکار خانم دکتر سجادی، با همت کنونی سرکار خانم دکتر رحمانی (سرپرست محترم کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه)، اساتید و مسئولان دانشگاه همچون جناب آقای دکتر بالاخره اولین فصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه با عنوان توانبخشی و سلامت اجتماعی به زیور طبع آراسته شد و امید را در دل اساتید و دانشجویان دانشگاه زنده کرد. گر آنقدر لب به سخن بگشایم.  
در وهله اول، هدف نشریه والاتر از آن است که بخواهم در مورد آن چند خط بنویسم. به طور کلی هدف، در عنوان نشریه نهفته است یعنی بررسی، ارائه، نقد و چاپ مقالات، داستان‌ها، فعالیت‌ها و مصاحبه‌های به روز مبتنی بر علم و پژوهش در حوزه توانبخشی و سلامت اجتماعی و روان. امید است که، نشریه حاضر راه‌نما و یاری‌رسان ارزشمندی برای مخاطبان به شمار خواهد رفت، مخاطبانی که دل و جانمان با آنهاست و با وجودشان در مسیر ارزش‌های نشریه دانشگاه حرکت خواهیم کرد. در این نشریه با برخی متخصصان و اندیشمندان حوزه توانبخشی و سلامت آشنا می‌شوید، متخصصانی که وام‌دار آنها هستیم. مطالب گوناگونی در این نشریه گنجانده شده است تا از یک‌نواختی و یکرنگی دست برداریم و همچنین، مخاطب را به جستجوی دانش بیشتر در حوزه توانبخشی و سلامت محترم دانشگاه بر پذیرش مسئولیت در تداوم انتشار و بهبود کیفیت آن بستگی دارد. برقراری روابط متقابل با همکاران در برنامه‌ریزی، تدوین و توسعه این نشریه باعث افتخار و مایه مسرت است که فرصتی بی‌نظیر را ایجاد شده را پُر کنیم. جا دارد پیشاپیش از تمامی همکاران، اساتید و دانشجویان عزیز که قدم به قدم ما را در راستای اهداف نشریه حمایت کرده‌اند و یار و یاورمان بوده‌اند کمال تقدیر و تشکر را داشته باشیم.

سر دبیر - حمید خاکباز  
کاندیدای دکتری تخصصی مشاوره توانبخشی  
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی





## معرفی اعضای کمیته تحقیقات

شورای مرکزی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی پس از تشکیل در هشت کارگروه فعالیت های تخصصی خود را در جهت اهداف معاونت تحقیقات و فناوری و در راستای اعتلای فعالیتهای پژوهشی دانشجویی در سال ۱۴۰۰ آغاز کرد. در این یادداشت اهداف و وظایف هر کارگروه و تیم اجرایی آن جهت آشنایی با کارگروه های کمیته تحقیقات دانشجویی و تسهیل ارتباط میان دانشجو و کمیته تحقیقات ارائه می گردد. اعضای کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و لیست کارگروهها و وظایف آنها در ذیل شرح داده می شود:



**سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی**  
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
سرکار خانم دکتر ناهید رحمانی  
(عضو هیئت علمی دانشگاه)



**کارشناس کمیته تحقیقات دانشجویی**  
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
سرکار خانم رضوانه نمازی یوسفی  
(کارشناس ارشد روانشناسی بالینی)



**دبیر کمیته تحقیقات دانشجویی**  
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
سرکار خانم مریم ترابیان  
(کاندیدای دکتری تخصصی سالمندشناسی)





## کارگروه نشریه دانشجویی

### اعضای کارگروه



«مسئول کارگروه»

۱- حمید خاکباز (کاندیدای دکتری تخصصی مشاوره توانبخشی)

۲- فرشید علیمرادی



۳- سیده سارا موسوی مطلوب



### شرح وظایف:

- برنامه‌ریزی جهت امور اداری مربوط به راه‌اندازی نشریه دانشجویی
- مشخص کردن اعضای نشریه
- تصمیم‌گیری درباره دوره انتشار
- جمع‌آوری مطالب مناسب، کنترل و غربال مطالب منتشرشده در نشریه
- فعالیت مستمر در راستای انتشار نشریه بر اساس دوره زمانی آن
- تصمیم‌گیری درباره موضوعات مطرح‌شده در نشریه با هماهنگی سرپرست

## کارگروه توانمندسازی آموزشی

### اعضای کارگروه

«مسئول کارگروه»

۱- سیده سارا موسوی مطلوب (دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت و رفاه اجتماعی)



۲- مریم ترابیان

### شرح وظایف:

- نیازسنجی از دانشجویان جهت برگزاری کارگاه‌های مورد نیاز در حوزه پژوهش (گروه‌های آموزشی دانشگاه)
- جمع‌آوری و یکپارچه‌سازی کارگاه‌های آموزشی-پژوهشی گروه‌های مختلف آموزشی و ارائه آن‌ها به صورت مجموعه کارگاه‌های فصلی یا نیم‌سالانه
- تهیه برنامه سالیانه مربوط به کارگاه‌ها (عنوان کارگاه، زمان و مدرس پیشنهادی)
- همکاری با کارگروه اطلاع‌رسانی جهت اطلاع‌رسانی برنامه کارگاه‌ها
- ثبت نام متقاضیان
- کمک در فرآیند اجرایی برگزاری کارگاه‌ها و معرفی یک نفر از اعضا به عنوان دبیر اجرایی در روز کارگاه
- ارائه اسامی شرکت‌کنندگان در کارگاه و فرم ارزشیابی به سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی
- برگزاری نشست‌های علمی-پژوهشی با اساتید و افراد صاحب‌نام پژوهشی (یا سایر دانشگاه‌ها)
- تهیه و چاپ گواهی شرکت در کارگاه برای شرکت‌کنندگان و مدرس کارگاه



## کارگروه ارزشیابی

### اعضای کارگروه

«مسئول کارگروه»

هاجر صادقی (کاندیدای دکتری تخصصی پرستاری)



### شرح وظایف:

- بررسی و جمع‌بندی فرم‌های ارزشیابی مربوط به برگزاری کارگاه‌ها و ارائه بازخورد به سرپرست کمیته
- برنامه‌ریزی در جهت رفع نقاط ضعف عنوان‌شده در فرم‌های ارزشیابی و پیشنهاد آن به کارگروه کارگاه‌ها و سرپرست
- ارزیابی فعالیت‌های سایر کمیته‌های تحقیقات دانشجویی و ارائه پیشنهادات
- ارزیابی رزومه دانشجویان متقاضی استفاده از «بند ک» و هماهنگی با کارگروه اطلاع‌رسانی جهت اطلاع‌رسانی
- کمک در جمع‌آوری مستندات مربوط به ارزشیابی فعالیت‌های پژوهشی کمیته تحقیقات
- ارزیابی رزومه دانشجویان متقاضی پژوهشگر نمونه در هفته پژوهش زیر نظر سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی

## کارگروه همایش‌ها و سمینارهای ملی وبین المللی

### اعضای کارگروه

«مسئول کارگروه»

فرشید علیمرادی (دانشجوی کارشناسی فیزیوتراپی)



### شرح وظایف:

- بررسی و اطلاع‌رسانی همایش‌ها و کنگره‌های مرتبط با موضوعات و اهداف دانشگاه
- مشاوره و تشویق دانشجویان جهت شرکت در همایش‌های مربوطه
- درج وابستگی سازمانی کمیته تحقیقات دانشجویی در چکیده مقالات همایش‌ها
- برنامه‌ریزی برای شرکت در کنگره سالانه دانشجویان علوم پزشکی کشور
- فعالیت مستمر و مداوم در راستای مشارکت حداکثری دانشجویان در کنگره سالانه دانشجویان علوم پزشکی کشور
- برنامه‌ریزی جهت برنامه دانشجویی به مناسبت هفته پژوهش



## کارگروه پشتیبانی

### اعضای کارگروه

«مسئول کارگروه»

مریم ترابیان (کاندیدای دکتری تخصصی سالمندشناسی)



### شرح وظایف:

- شناسایی استعدادها و افراد توانمند در رابطه با فعالیت‌های کمیته تحقیقات و پیشنهاد آن به کارگروه‌های مربوطه
- حضور در سالن برگزاری کارگاه‌ها جهت انجام امور سخت‌افزاری و نرم‌افزاری سیستم‌های دانشگاه
- همکاری با کارگروه همایش‌ها در کنگره سالانه دانشجویی

## کارگروه توانمندسازی پژوهشی

### اعضای کارگروه

«مسئول کارگروه»

۱- محمدرضا داوودی (دانشجوی دکتری تخصصی بالینی)



۲- سمیه آذرنیا



۳- مجید گلزارپور



### شرح وظایف:

#### آموزش:

- نیازسنجی از دانشجویان جهت برگزاری کارگاه‌های مورد نیاز در حوزه پژوهش (گروه‌های آموزشی دانشگاه)
- جمع‌آوری و یکپارچه‌سازی کارگاه‌های آموزشی-پژوهشی گروه‌های مختلف آموزشی و ارائه آنها به صورت مجموعه کارگاه‌های فصلی یا نیم‌سالانه
- تهیه برنامه سالیانه مربوط به کارگاه‌ها (عنوان کارگاه، زمان و مدرس پیشنهادی)
- همکاری با کارگروه اطلاع‌رسانی جهت اطلاع‌رسانی برنامه کارگاه‌ها
- ثبت‌نام متقاضیان
- کمک در فرایند اجرایی برگزاری کارگاه‌ها و معرفی یک نفر از اعضا به عنوان دبیر اجرایی در روز کارگاه
- ارائه اسامی شرکت‌کنندگان در کارگاه و فرم ارزشیابی به سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی
- برگزاری نشست‌های علمی-پژوهشی با اساتید و افراد صاحب نام پژوهشی دانشگاه (یا سایر دانشگاه‌ها)
- تهیه و چاپ گواهی شرکت در کارگاه برای شرکت‌کنندگان و مدرس کارگاه

#### پژوهش:

- پیگیری و پایش طرح‌های تحقیقاتی مصوب در شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه تا به رسیدن مرحله اجرا
- راه‌اندازی و پایش زیر واحد مشاوره پژوهشی
- تهیه فلوجارت ثبت تا به اجرا رسیدن پروپوزال پژوهشی در کمیته تحقیقات دانشجویی
- راه‌اندازی و پایش زیر واحد ترجمه و تألیف کتاب



## کارگروه انفورماتیک

### اعضای کارگروه

«مسئول کارگروه»

فریبا خسروی (دانشجوی دکتری تخصصی فیزیوتراپی)



### شرح وظایف:

- باز طراحی لوگوی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه در صورت لزوم
- ساخت کلیپ‌های معرفی و آشنایی با کمیته تحقیقات دانشجویی
- طراحی پوسترهای مینیمالیستی پژوهشی
- طراحی پوستر و یا استند فلوجارت ثبت تا رسیدن به مرحله اجرای پروپوزال با همکاری کارگروه پژوهش
- طراحی پوستر و یا استند مجموعه کارگاه‌های فصلی یا نیم‌سالانه
- طراحی پوستر و یا استند کارگاه‌های کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه
- طراحی بنر برای بلبورد محوطه دانشگاه
- طراحی پوستر و یا استند معرفی و آشنایی با آیین‌نامه تشویق مقالات کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه
- پیگیری و راه‌اندازی سامانه پیامکی اطلاع‌رسانی به شرکت‌کنندگان کارگاه‌های کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه

## کارگروه مقاله‌نویسی

### اعضای کارگروه

«مسئول کارگروه»

۱- میترا ابتهی (دانشجوی دکتری پژوهشی سالمندشناسی)



۲- مریم ترابیان (کاندیدای دکتری تخصصی سالمندشناسی)

### شرح وظایف:

- تشکیل کمیته مقاله‌نویسی (ویژه کمیته مقاله مرور سیستماتیک) و هماهنگی با کارگروه اطلاع‌رسانی برای دانشجویان علاقه‌مندی که مقاله مرور سیستماتیک دارند.
- شناسایی و ثبت‌نام دانشجویان مستعد و علاقه‌مند در کمیته مقاله‌نویسی
- ارائه مشاوره به متقاضیان با درج وابستگی سازمانی کمیته تحقیقات دانشجویی
- همکاری با کارگروه برگزاری کارگاه برای برگزاری دوره‌های مرتبط با مقاله‌نویسی



## اعضای کارگروه



وحید دلشاد (دانشجوی دکتری تخصصی سلامت در بلایا و فوریت‌ها)

### شرح وظایف:

- ارتقاء کیفیت فعالیت‌های تحقیقاتی داخلی به‌خصوص پروژه‌های دکتری
- تشکیل شبکه مجازی با استادان و پژوهشگران ایرانی مقیم خارج از کشور
- ارتقاء جایگاه دانشگاه در شاخص‌های توسعه علم و فناوری بین‌المللی
- گسترش روابط بین‌المللی علم و فناوری در قالب همکاری افراد حقیقی
- دستیابی به اهداف علمی- فناوری خاص در حوزه علوم اجتماعی و توانبخشی

کارگروه  
طرح‌ها و تعاملات  
بین‌المللی

## کارگروه اطلاع‌رسانی (روابط عمومی)

## اعضای کارگروه

### مسئول کارگروه

مجید گلزارپور (دانشجوی دکتری تخصصی سلامت و رفاه اجتماعی)



سیده سارا موسوی مطلوب (دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت و رفاه اجتماعی)



فریبا خسروی (دانشجوی دکتری تخصصی فیزیوتراپی)

### شرح وظایف:

- اطلاع‌رسانی مجموعه کارگاه‌های فصلی و یا نیم‌سالانه
- اطلاع‌رسانی کارگاه‌های کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه
- اطلاع‌رسانی آیین‌نامه تشویق مقالات کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه
- اطلاع‌رسانی مهلت ارسال پروپوزال‌ها جهت بررسی در شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه
- به‌روزرسانی کامل سایت کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه به صورت روزانه و یا یک روز در میان در تعامل با روابط عمومی دانشگاه
- اطلاع‌رسانی فلوجارت ثبت تا به اجراءسیدن پروپوزال
- اطلاع‌رسانی برنامه زیر واحد مشاوره کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده‌ها
- ارائه گزارش کارگاه‌های برگزار شده توسط کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه
- اطلاع‌رسانی نشست‌ها و همایش‌های دانشجویی مرتبط با کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه‌ها
- اطلاع‌رسانی آیین‌نامه‌ها و مطالب مرتبط با کمیته تحقیقات دانشجویی کشور
- ارائه صورت جلسات شورای مرکزی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه به صورت ماهانه
- به‌روزرسانی بانک اطلاعاتی دانشجویان دانشگاه به تفکیک رشته و مقطع تحصیلی
- اطلاع‌رسانی فعالیت‌های کمیته تحقیقات دانشجویی با روش‌های مختلف
- تهیه مطالب و محتوای لازم جهت اطلاع‌رسانی‌ها
- طراحی اطلاعیه‌ها و بروشورهای مربوط به فعالیت‌ها
- توزیع اطلاعیه‌ها در سطح دانشگاه و خوابگاه‌ها
- برقراری ارتباط با سایر تشکلهای و انجمن‌های دانشجویی
- تلاش برای آشنایی بیشتر دانشجویان با فعالیت‌های کمیته تحقیقات دانشجویی
- برگزاری تور بازدید از دانشگاه برای دانشجویان جدیدالورود



## کارگاه‌های ۱۳۹۹

آموزش نرم افزار Endnote  
آقای دکتر غلامرضا قائد امینی هارونی  
۳ شهریور ماه سال ۱۳۹۹

آموزش نرم افزار AMOS  
آقای دکتر غلامرضا قائد امینی هارونی  
۲۳ آذر ماه سال ۱۳۹۹

آموزش نرم افزار Endnote  
آقای دکتر غلامرضا قائد امینی هارونی  
۴ مهر ماه سال ۱۳۹۹

spss پیشرفته  
آقای دکتر سینا احمدی  
۲۱ بهمن ماه سال ۱۳۹۹

آموزش نرم افزار STATA  
آقای دکتر سینا احمدی  
۴ آذر ماه سال ۱۳۹۹

آموزش نرم افزار spss  
آقای دکتر غلامرضا قائد امینی هارونی  
۱۹ مهر ماه سال ۱۳۹۹

ایزاسازی (۳ روزه)  
آقای دکتر عباس عبادی، آرمن زارعیان، حمید شریف نیا  
۲۹ بهمن لغایت ۱ اسفند ماه سال ۱۳۹۹

روش تحقیق  
آقای دکتر مهدی نوروزی  
۱۷ آذر ماه سال ۱۳۹۹

چگونه فصل نتایج را حرفه‌ای بنویسیم؟ (۸ روزه)  
آقای دکتر یدالله ابوالفتحی ممتاز  
۷ بهمن لغایت ۲۰ اسفند ۱۳۹۹

آموزش پروپوزال نویسی  
آقای دکتر سینا احمدی  
۱ مهر ماه سال ۱۳۹۹

Spss مقدماتی  
آقای دکتر سینا احمدی  
۸ بهمن ماه سال ۱۳۹۹

آموزش نرم افزار Spss  
آقای دکتر غلامرضا قائد امینی هارونی  
۱۶ آذر ماه سال ۱۳۹۹

آموزش نرم افزار Endnote  
آقای دکتر سینا احمدی  
۲ دی ماه سال ۱۳۹۹

جستجوی پیشرفته  
خانم دکتر زهرا جرجران شوشتری  
۲ اسفند ماه سال ۱۳۹۹

معادلات ساختاری SEM  
آقای دکتر غلامرضا قائد امینی هارونی  
۲ آبان ماه سال ۱۳۹۹

جستجوی پیشرفته  
خانم دکتر زهرا جرجران شوشتری  
۴ آبان ماه سال ۱۳۹۹

جستجوی پیشرفته  
خانم دکتر زهرا جرجران شوشتری  
۲۹ دی ماه سال ۱۳۹۹

مطالعات مرور سیستماتیک  
خانم دکتر راضیه بید هندی  
۳۰ آذر ماه سال ۱۳۹۹



## کارگاه‌های ۱۴۰۰

دانش افزایی و ثروت آفرینی

آقای دکتر سید فرهاد طباطبایی قمشه  
۵ تیر ماه سال ۱۴۰۰

spss مقدماتی

آقای دکتر غلامرضا قائد امینی هارونی  
۹ خرداد ماه سال ۱۴۰۰

روش تحقیق کمی با تأکید بر طراحی مطالعات

آقای دکتر محمد ساعتچی  
۱۲ خرداد ماه سال ۱۴۰۰

آموزش نرم افزار Endnote

آقای دکتر غلامرضا قائد امینی هارونی  
۱۷ خرداد ماه سال ۱۴۰۰

مطالعات مرور سیستماتیک

خانم دکتر راضیه بید هندی  
۲۲ خرداد ماه سال ۱۴۰۰

spss پیشرفته

آقای دکتر غلامرضا قائد امینی هارونی  
۲۳ خرداد ماه سال ۱۴۰۰

تحلیل محتوای کیفی، آموزش نرم افزار MAXQDA

آقای دکتر نافع باباصفیری  
۲۱ و ۲۲ تیر ماه سال ۱۴۰۰

آموزش پروپوزال نویسی

آقای دکتر سینا احمدی  
۲۳ فروردین ماه سال ۱۴۰۰

تحلیل محتوای کیفی، آموزش نرم افزار MAXQDA

آقای دکتر سید فهیم ایران دوست  
۳۰ فروردین ماه سال ۱۴۰۰

مقاله نویسی

خانم دکتر سیما قاسمی  
۱۳ و ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۰

جستجوی مقدماتی

خانم دکتر زهرا جرجران شوشتری  
۲۱ اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۰

آموزش پروپوزال نویسی

آقای دکتر سینا احمدی  
۳ خرداد ماه سال ۱۴۰۰

جستجوی پیشرفته

خانم دکتر زهرا جرجران شوشتری  
۵ خرداد ماه سال ۱۴۰۰



# پژوهشگران برتر

دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

جناب آقای میثم مصلاهی  
«دانشجوی دکتری ژنتیک پزشکی»

پژوهشگر برتر «بندک» آیین‌نامه تسهیلات آموزشی، پژوهشی و رفاهی ویژه استعدادهای درخشان؛ اخذ عنوان سخنران برتر در بیستمین کنگره پژوهشی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در کرمانشاه (سال ۱۳۹۸)

جناب آقای حامد صدیقی  
«دانشجوی دکتری رشته سلامت و رفاه اجتماعی»

جناب آقای امید مساح چولابی  
«دانشجوی دکتری مطالعات اعتیاد»

پژوهشگران برتر «بندک» آیین‌نامه تسهیلات آموزشی، پژوهشی و رفاهی ویژه استعدادهای درخشان؛ اخذ عنوان «پوستر برتر» در بیست و یکمین کنگره پژوهشی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در بابل (سال ۱۳۹۹)

جناب آقای سید صالح هاشمی  
«دانشجوی کارشناسی ارشد ژنتیک انسانی»

جناب آقای محمد اقبالی  
«دانشجوی دکتری پرستاری»

پژوهشگران برتر «بندک» آیین‌نامه تسهیلات آموزشی، پژوهشی و رفاهی ویژه استعدادهای درخشان (سال ۱۴۰۰)

جناب آقای محسن امینی‌زاده برنجانی  
«دانشجوی دکتری سلامت در بلایا و فوریت‌ها»





# تاریخچه کمیته تحقیقات دانشجویی

بر اساس آیین‌نامه کشوری کمیته‌های تحقیقات دانشجویی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به منظور ارتقاء سطح دانش، ایجاد و تقویت روحیه پژوهش، حمایت از فعالیت‌های جمعی پژوهشی دانشجویان، راهنمایی و توانمندسازی دانشجویان در جهت کارایی و بالندگی علمی پژوهشی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه زیر نظر کمیته کشوری تحقیقات دانشجویی طبق مفاد این آیین‌نامه تشکیل می‌شود.

## تعریف:

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تحت حمایت و نظارت مدیریت معاونت فن‌آوری دانشگاه و بر اساس قوانین و رسالت‌های دانشگاه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌کند.

## تاریخچه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی:

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی در سال ۱۳۸۳ به همت سرکار خانم دکتر روشنک وامقی پایه‌گذاری شد. با انتخاب ایشان به عنوان معاون پژوهشی دانشگاه، کمیته تحقیقات دانشجویی نیز به‌طور مستقیم زیر نظر معاونت پژوهشی شروع به کار کرد، به‌گونه‌ای که از بین دانشجویان دانشگاه سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی نیز انتخاب شد. در این میان هم‌زمان با حادثه ناگوار و دلخراش زلزله بم، تیمی از دانشجویان عضو کمیته تحقیقات دانشجویی برای انجام مطالعه تحقیقاتی مشاهده‌ای وارد شهر بم شدند و جناب آقای کوششی (از اعضای هیئت علمی فعلی مرکز تحقیقات اعصاب و روان دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی) نیز یکی از اعضای تیم اعزامی به شهر بم بودند. انجام وظایف اعضای کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه به هر نحوی در حال انجام بود.

در سال ۱۳۸۶ سرکار خانم دکتر روشنک وامقی به‌طور مستقیم سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی شدند و کمیته همچنان به‌طور مستقیم زیر نظر معاونت پژوهشی بود. با توجه به ضعف زیرساخت‌های کمیته تحقیقات دانشجویی که به دلیل تازه تأسیس بودن کمیته بود، دامنه فعالیت‌های کمیته تحقیقات محدود به جذب دانشجو و آشناسازی آنها با کمیته و انجام فعالیت‌هایی مانند داوری مقالات و طرح‌های پژوهشی بود.

در سال ۱۳۸۹ کمیته تحقیقات دانشجویی با سرپرستی جناب آقای دکتر عرب به فعالیت خود ادامه داد و فصلنامه دانشجویی "دانشجو محقق" نیز در این دوران به دست دانشجویان که عضو شورای مرکزی دانشگاه بودند شروع به فعالیت کرد. هدف این فصلنامه آشنایی دانشجویان با موضوعات پژوهشی، آموزشی و چاپ مقالات بود. پس از گذشت زمان این فصلنامه به فعالیت خود ادامه نداد.

در سال ۱۳۹۰ کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با سرپرستی سرکار خانم دکتر سجادی، پزشک و متخصص طب کار و از اعضای محترم هیات علمی گروه رفاه اجتماعی، در قالب یک شکل علمی- دانشجویی زیر نظر مدیریت معاونت تحقیقات فناوری به‌طور رسمی فعالیت خود را آغاز کرد. این کمیته با توجه به نقش انکارناپذیر پژوهش در توسعه همه‌جانبه و لزوم ارتقای سلامت جامعه در پی آن است که بستری مناسب برای ارتقای سطح توانمندی‌های علمی و پژوهشی دانشجویان فراهم نماید. لذا کلیه فعالیت‌های کمیته تحقیقات دانشجویی دانشجو-محور بوده و از همکاری دانشجویان علاقمند و فعال استقبال می‌نماید.

در سال ۱۳۹۹ با روی کار آمدن سرکار خانم دکتر ناهید رحمانی، از اعضای هیئت علمی گروه آموزشی فیزیوتراپی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، کمیته تحقیقات دانشجویی زیر نظر مدیریت معاونت فناوری و با زحمات مسئول محترم کمیته تحقیقات سرکار خانم نمازی یوسفی به کار خود ادامه داده است.

از اقدامات اساسی سرکار خانم دکتر رحمانی، همکاری کمیته‌های تحقیقات دانشجویی ۱۰ منطقه تهران است تا بتوان با چنین همکاری‌هایی کارگاه‌های آموزشی و پژوهشی بیشتری برگزار شود و دانشجویان بتوانند از تسهیلات دانشگاه‌های مختلف بهره‌مند شوند. در حال حاضر، دانشجویانی که بتوانند مقالات خود را با مضمون فناوری از طریق کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی چاپ کنند کمک هزینه‌ای بالغ بر ۱۰۰ میلیون ریال دریافت خواهند بود. همچنین، از اقدامات دیگر سرکار خانم دکتر رحمانی اجرای طرح آموزشی دستیار پژوهشی است تا دانشجویان بتوانند با فراگرفتن دوره‌های آموزشی لازم در کنار اساتید خود به‌عنوان مشاور نیز فعالیت‌های مربوطه را انجام دهند.

تنظیم: سرکار خانم مریم ترابیان  
کاندیدای دکتری تخصصی سالمندشناسی  
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی





## گفتاور صمیمانه با سرکار خانم دکتر فرحناز محمد شاهدهرغی

دکترای تخصصی پرستاری سالمندی و سالمندشناسی  
استاد تمام دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

تهیه و تنظیم: سیده سارا موسوی مطلوب  
دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت و رفاه اجتماعی  
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

به دانشجویان عزیز توصیه می‌کنم بیشتر از آنچه لازم است مطالعه کنند، در یک تیم تحقیق مسلط‌ترین فرد به موضوع باید دانشجو باشد

درمانی قابل مشاهده است که پرستاران از صبح تا شب و از شب تا صبح بصورت مستمر حضور دارند بطوریکه حتی اگر پزشک و یا سایر اعضای تیم سلامت بر بالین بیمار نباشند حضور پرستاری الزامی است. یک ویژگی دیگر کار پرستاری این است که بصورت Holistic عمل می‌کند. پرستاری برخلاف سایر رشته‌ها نمی‌تواند خدماتی را از هم تفکیک کند. درست است که در پرستاری رشته‌های تخصصی مانند روان پرستاری، سلامت جامعه و سایر تخصص‌ها را داریم اما به طور کل پرستاران مجبور هستند خدمات را به صورت Holistic انجام دهند. این بدان معناست که پرستاران باید تمام ابعاد وجودی بیمار را مشاهده کنند و ارائه خدمت کنند.

پرستاری در کشور ما متأسفانه محدود شمرده شده که عواقب آن را نیز شاهد هستیم. کرنا فرصت خیلی خوبی برای ما بود چشم‌ها را بشویم و جور دیگر به نظام سلامت نگاه کنیم. به وضوح دیدیم که تا چه حد نیازمند خدمات خارج از بیمارستانی هستیم. این در حالیست که مراقبت در بطن جامعه‌فی‌نفسه به جرات می‌توان گفت در پرستاری بیشتر از سایر رشته‌ها دیده می‌شود. در پرستاری تأکید به ارائه خدمت فقط در محیط بیمارستان نیست، بیشتر سطوح خدمات پرستاری در خارج از بیمارستان‌ها ارائه می‌شود. بطور مثال برای پیشگیری، در مراکز و کلینیک‌های سرپایی، در مراکز جامع سلامت شهری و روستایی باید این خدمات ارائه شود. در کشورهای دیگر از این پتانسیل به خوبی استفاده می‌کنند. در کشورهای پیشرفته به سطح پیشگیری بسیار توجه و بر روی آن سرمایه‌گذاری می‌کنند، از همین روی سطح پیشگیری در این کشورها بسیار بالاست. اما متأسفانه در کشور ما بخش اعظم سرمایه‌گذاری بر سطح درمان است. بنابراین توجه بیشتر به این وجه از خدمات پرستاری که عمده آن خارج از بیمارستانی است در ارتقا خدمات سلامت بسیار موثر خواهد بود.

**سابقه رشته پرستاری در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی را بفرمایید.**

در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی گروه پرستاری از همان بدو تاسیس و کلنگ زنی دانشگاه ایجاد شد و پس از آن سایر رشته‌ها در دانشگاه وارد شدند. همانطور که می‌دانید در رشته پرستاری در دانشگاه‌ها حدود ده تا دوازده تخصص وجود دارد که بصورت تخصصی و رشته‌ای مشغول به فعالیت هستند. در دانشگاه ما گروه پرستاری با رشته‌های پرستاری سالمندی، پرستاری سلامت جامعه، روان پرستاری و پرستاری توان بخشی مشغول فعالیت است.

دو رشته پرستاری سالمندی و پرستاری توانبخشی در کشور با پیشنهاد گروه آموزشی پرستاری دانشگاه ما به وزارت بهداشت ایجاد شد و در واقع از نظر رشته پرستاری سالمندی و پرستاری توانبخشی رتبه یک در بین گروه‌های آموزشی و دانشکده‌های پرستاری در سطح کشور هستیم.

**اهمیت پرستاری در حوزه توانبخشی چیست؟**

همانطور که عرض کردم پرستاری نقش‌های مختلفی را می‌تواند عهده‌دار باشد. پرستار علاوه بر ارائه مراقبت مستقل، بسیاری از مراقبت‌ها را نیز با کمک

عشق به حرفه، پژوهش، درس و دانشگاه در میان کلامشان موج می‌زند. مهربان هستند و با اخلاق، دقیق، متخصص و صاحب‌نظر در امر سلامت به ویژه حوزه توانبخشی و سلامت اجتماعی؛ سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی عضو برجسته هیئت علمی گروه آموزشی پرستاری، گروه آموزشی سالمندشناسی و مرکز تحقیقات سالمندی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران و در مرتبه استاد تمامی این دانشگاه قرار دارند. در اولین شماره از این نشریه در گپ و گفتی صمیمانه میزبان ایشان هستیم تا ضمن آشنایی بیشتر با این چهره سرشناس از مسیری که تا به اکنون طی کرده اند بیشتر بدانیم و برای موفقیت‌الگو بگیریم و درس بیاموزیم.

**لطفا خودتان را معرفی بفرمایید**

فرحناز محمدی هستم، استاد تمام رشته پرستاری سالمندی و سالمندشناسی و دارای دکترای این رشته هستم.

مقطع کارشناسی را در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کارشناسی ارشد را در دانشگاه علوم پزشکی کرمان به پایان رساندم. مقطع دکتری تخصصی پرستاری را در دانشگاه علوم پزشکی ایران و مشترک با دوره بورس خارج از کشور در موسسه کارولینسکا سوئد سپری کردم. در واقع دوره تخصصی سالمندی را هم در سوئد و هم در دوره مشترک دانشگاه با دانشگاه پاریس و دانشگاه نیویورک گذراندم. سال ۱۳۷۱ وارد دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی شده و کار خود را به عنوان دانشجوی بورس شروع کردم. در سال ۷۴-۷۳ استخدام شدم و از آن زمان تا اکنون تدریس در بخش‌های مختلف دانشگاه عمدتاً در گروه پرستاری و سالمندی را عهده‌دار بوده‌ام. همچنین تا قبل از راه‌اندازی رشته‌های تحصیلات تکمیلی در دانشگاه عمده فعالیت‌هایم در بخش‌های آموزشی و انجام طرح‌های پژوهشی بوده و پس از آن نیز در مقاطع ارشد و دکتری به تدریس پرداخته‌ام.

**رشته پرستاری را معرفی بفرمایید و اینکه چه نقشی در نظام آموزشی و سلامت دارد.**

پرستاری یکی از رشته‌های تخصصی در کشور ماست که از طریق آموزش دانشگاهی ارائه می‌شود و دارای مقاطع کارشناسی، ارشد و دکتری است. پرستاری یکی از اعضای مهم تیم سلامت محسوب می‌شود و در کنار سایر رشته‌های تخصصی که تیم سلامت را تشکیل می‌دهند پرستاران را نیز تربیت می‌کنیم.

پرستاران در ارائه خدمات پرستاری نقش مهمی را دارا هستند. همانطور که می‌دانید برای بخش مراقب سلامت ما مراقبت‌های مختلفی را تعریف می‌کنیم. مثلاً خدمات فیزیوتراپی، مراقبت‌های کاردرمانی، مراقبت‌های مددکاری و همین‌طور سایر رشته‌ها که یک بخش مهم آن پرستاری است. تفاوت پرستاری با سایر رشته‌ها در این است که رشته پرستاری و مراقبت‌های پرستاری بصورت ۲۴ ساعته

به بیماران ارائه می‌شود اما در سایر رشته‌ها به صورت مقطعی است. به عنوان مثال فیزیوتراپ، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر وارد می‌شود، خدمات را ارائه می‌کند و سپس به‌طور مثال با چند روز فاصله مجدداً خدمات انجام می‌گردد. اما خدمات پرستاری بصورت مراقبت مستمر است و نمی‌توان آن را قطع نمود. همین امر به وضوح در بیمارستان‌ها و مراکز



assessment بیماران پیدا می کند. انواع و اقسام assessment tool برای پرستاری وجود دارد. بنابراین یک پرستار در طول دوران تحصیل خود assessment ها را یاد می گیرد. بر این اساس nursing diagnosis می گذارد. تشخیص های پرستاری با تشخیص های پزشکی زمین تا آسمان متفاوت است. به طور مثال پزشک تشخیص کرونا می گذارد ولی پرستار تشخیص احتمال اضطراب در بیمار را می گذارد. احتمال عدم دانش کافی خانواده نسبت به بیماری کرونا را می گذارد. احتمال آسیب رسیدن به اعضای دیگر خانواده به دلیل مسری بودن بیماری را می گذارد. تشخیص پرستاری توسط ناندانا انجمن پرستاری در آمریکای شمالی است که تشخیص ها را در سراسر جهان استاندارد می کند در واقع نقشی مشابه CDC در پزشکی دارد. پرستاران تشخیص را می گذارند، برنامه ریزی می کنند و مداخله ای که طراحی کرده اند را implement می کنند. حال سوال اینجاست که چه کسی می تواند پرستار خوب باشد، پرستاری که به خوبی بتواند فرآیند پرستاری را انجام دهد. در مورد توانایی های علمی یک پرستار باید توانمندی هایی از قبیل شناختی، روانی- حرکتی، نگرشی و عاطفی داشته باشد. هنر پرستاری هم این است که بداند این علم را در کجا استفاده کند بداند کجا همدلی کند، کجا مداخله روانی- حرکتی یا روانشناختی داشته باشد، کجا آموزش بدهد و کجا پژوهش کند. کجا مشاوره دهد و کجا در تیم سلامت هماهنگی و مدیریت را انجام دهد. بنابراین پرستار خوب فقط به معنای صرفا شب تا صبح مراقب بیمار بودن نیست البته که هست ولی در کنار مبنای علمی و هنر آن.

**لطفا چند ژورنال معتبر و چند کتب پژوهشی برای علاقمندان پژوهش معرفی بفرمایید.**

خوشبختانه ژورنال های خوبی در داخل کشور داریم. حدود پنجاه ژورنال پرستاری به زبان فارسی توسط دانشگاه های مختلف در کشور چاپ می شود. همچنین ژورنال های بین المللی خوبی نیز توسط دانشگاه های مختلف مانند دانشگاه تهران، دانشگاه شیراز، دانشگاه اصفهان در حوزه اختصاصی پرستاری داریم که آی اس آی و اسکوپوس هستند. مانند

nursing practice today، international community- base nursing، international nursing.

در دنیا هم بیش از ۹۰۰ عنوان ژورنال درجه یک وجود دارد که خوشبختانه وزارت بهداشت از طریق کنسرسیوم که برقرار کرد ارتباط را فراهم کرده است. چند نمونه از آن ها

Advanced nursing, Rehabilitation nursing, Geriatrics nursing

که اختصاصی پرستاری هستند.

در مورد کتاب هم به دانشجویان توصیه می کنم حتما سری به کتابخانه بزنند. همیشه همراه که ورودی های جدید را داشتیم من یک جلسه تور کتابخانه برگزار می کردم و به دانشجویان می گفتم شما باید این کتاب ها را لمس کنید، باز کنید، تورق کنید، نگاه کنید چقدر این کتب ارزشمند هستند. زمانی که نمایشگاه بین المللی کتاب برگزار می شد من خودم شخصا برای خرید کتاب داوطلب می شدم و برایم آن فضا حکم بهشت را داشت. ان شاءالله کرونا تمام شود و باز هم بتوانیم برای خرید کتاب اقدام کنیم.

کتابخانه رشته پرستاری در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی مربوط به رشته پرستاری سالمندی و پرستاری توانبخشی رتبه یک را در بین دانشگاه های کشور داراست. بسیاری از دانشگاه های علوم پزشکی کشور، مدرس و جاهای دیگر برای تهیه کتب خود از کتابخانه ما استفاده می کنند. علاوه بر کتب موجود خوشبختانه با همت خانم دکتر ظریفیان نیز با کتب الکترونیک توانستیم کتابخانه دانشگاه را غنی تر کنیم.

**دانشجویان برای تقویت روحیه پژوهشگری خود از ابتدا چه اقداماتی باید انجام دهند؟**

یک فرد نمی تواند فقط یک پژوهشگر خوب باشد. پژوهشگری مستلزم این است که فرد سایر توانایی های خود را نیز بالا ببرد. برای اینکه یک پژوهشگر خوب بود باید در درجه اول باید Critical Thinking تفکر انتقادی داشت. برای یک موضوع پژوهشگر خوب سوال چرا و چگونه می پرسد.

سایر اعضای تیم سلامت به صورت collaborate و مشترک انجام می دهد. بنابراین پرستاری فی نفسه یک کار تیمی است. در واقع وقتی بحث تیم سلامت را مطرح می کنیم پرستاران از همان ابتدا پرچم دار این گروه هستند و هیچ وقت خود را جدا نمی بینند. این است که در کنار سایر اعضای تیم سلامت در قالب interdisciplinary (بین رشته ای) یا در کشورهای پیشرفته به صورت transdisciplinary (فرا رشته ای) نقش خود را ایفا می کنند که بسیار ارزشمند است. متأسفانه ما هنوز فلسفه این ها را در کارهای خودمان و کارهای مراقبت سلامت کشورمان نمی بینیم و جای تاسف دارد چون با این روش نمی توانیم از پتانسیل واقعی دانش آموختگانمان استفاده کنیم.

همانطور که عرض کردم یکی از رشته های پرستاری، پرستاری توانبخشی است. فلسفه توانبخشی Community-base (جامعه محور) بودن آن است. الان در دنیا در مورد فلسفه Community-base بودن Rehabilitation صحبت می کنند و همانطور که اشاره کردم چون پرستاری فی نفسه به صورت Community-base است خیلی خوب در این حوزه گنجانده می شود و با توجه به اینکه این کار تیمی و در تعامل با سایر اعضای تیم کار می کند نقش بسیار مهمی را داراست. چرا که بسیاری از مراقبت هایی که به صورت توانبخشی در انستیتوها ارائه می شود به خوبی توسط پرستارها امکان استمرار آن در out-patient و در منزل بیمار وجود دارد. جهت توضیح بهتر در بین متخصصان توانبخشی مثلا فیزیوتراپ بیمار را تحت برنامه فیزیوتراپی قرار می دهد و استمرار آن را از طریق تفکر interdisciplinary و transdisciplinary به پرستار توانبخشی می سپارد که این پرستار در منزل بیمار ارائه خدمات را برای بیمار که در منزل بستری است فراهم می کند. لذا از این طریق کمبود مراکز توانبخشی جبران می شود، بسیاری از هزینه های توانبخشی برای بیماران کاهش می یابد، استمرار خدمات فراهم می شود و انگیزه بیمار به دلیل دریافت خدمات توانبخشی در منزل خود بالاتر می رود که همه این ها بسیار ارزشمند است. متأسفانه هنوز در کشور ما به این بخش توجه نشده است.

**اهمیت پرستاری در دوران کرونا را بفرمایید.**

نقش پرستاری در دوران کرونا کاملا واضح است. بخصوص زمانی که بیمار موقعیت اورژانسی و بحرانی پیدا می کند نقش پرستاران در کنار پزشکان کاملا نمود دارد و این مهم نیز در دنیا به آن پرداخته شد. به خصوص در کشور ما که تعداد پرستاران به دلیل اینکه جایگاهشان به خوبی دیده نمی شود کم است. همچنین rate کناره گیری از کار پرستاری بالاست و جذب دانشجویان و فارغ التحصیلان ما نیز کم است. از این رو به شدت با کمبود نیروی پرستاری مواجه هستیم. در دوران کرونا این نقش به خوبی اهمیت خود را نشان داد. بخصوص همین ایام کنونی که با این بیماری درگیر هستیم بسیاری از مراقبت های بیماران کرونایی می تواند در منزل انجام شود. اما آن هم شرط هایی دارد چرا که نمی توان این امر مراقبتی خطیر را به خانواده ای که آموزش ندیده سپرد.

مثلا می توان تزریق سرم، داروها، خدمات توانبخشی را در منزل انجام داد اما اینکه چه کسی انجام دهد بسیار مهم است و پرستار تنها گزینه جهت انجام این مراقبت هاست. اما آیا به این تعداد پرستار داریم؟ همین ضعف فلسفه و دیدگاه ما در نظام سلامت که نقش پرستار را فقط در بیمارستان می بینیم اکنون نمود پیدا کرده است. از همین نظر دوران کرونا درس خوبی را به ما و همچنین به مسئولین به منظور بازبینی جدی در حوزه ارائه خدمات سلامت و برنامه ریزی و مدیریت آن داد اگرچه بسیار گران بود.

**ویژگی های یک پرستار نمونه چیست؟**

وقتی روز پرستار می رسد من خیلی ناراحت می شوم. صحبت می شود از فرشتگانی سفید پوش و این مسائل احساسی، در حالی که در واقع پرستاری علم و هنر است. علم مبنای بودن یک پرستار خوب است. یک پرستار خوب باید عالم باشد. پرستار خوب باید دانش کافی را داشته باشد. یک پرستار خوب باید بتواند Clinical judgment انجام دهد. ابزار کار پرستاران فرآیند پرستاری است که در آن پرستاران دانش کافی برای



نگاه عمیق نیازمند مطالعه است. آنقدر باید خوب بخوانید که بتوانید خوب تحلیل کنید. چرا این مشکل وجود دارد و چگونه می توان مشکل را حل کرد و چگونه می توان این مساله را مطالعه کرد. اگر توانستید این سوالات را پاسخ بدهید آن موقع است که می توانید یک پژوهشگر خوب باشید.

ضعیف ترین تفکر آن است که یک پژوهشگر بگوید من مطالعه ای را انجام دادم چون در ایران وجود نداشت. تحقیق و تولید شواهد یک پله است، دیگران در مطالعات قبلی پله ها را ساختند هر پژوهشگر پله بعدی را می سازد. بخصوص در مورد دانشجویان این مورد خیلی مهم است که پله بعدی را بسازند.

پژوهشگر خوب هر روز در حوزه ای که علاقمند است مطالعه می کند، هر روز جستجو می کند که چه شواهد جدیدی در این حوزه وجود دارد و نه به اجبار استاد بلکه خودش عاشق کشف کردن است.

من همیشه به دانشجویان توصیه می کنم شما باید در حوزه ای که برای مطالعه وارد شده اید باید حتی از استاد راهنمای خود نیز مسلط تر باشید و در واقع در تیم تحقیق مسلط ترین فرد به آن موضوع باید شما باشید. این ها ویژگی پژوهشگر خوب است

**شما نمونه یک استاد بسیار باسواد و با اخلاق و برای بسیاری از افراد الگو هستید. چطور می توان روزی مثل سرکارخانم دکتر محمدی شد؟**

سیاسگزاری می کنم ولی من خودم را در این حد نمی دانم. من فقط تلاشم را می کنم همیشه بهترینم را به دانشجویانم را ارائه کنم. من معتقدم دانشجویی که با هزار امید و آرزو و علاقه وارد تحصیلات می شود به خصوص دانشگاه ما که تحصیلات تکمیلی است من به عنوان معلم باید آن چه را که بلدم به دانشجو منتقل کنم. من زمانی می توانم استاد خوبی باشم که اگر سواد من در این سطح است دانشجوی من سوادش از سطح من بالاتر باشد آن موقع است که می توان گفت توانسته ام استاد خوبی باشم یا خیر

من خاطره ای را برایتان تعریف کنم، زمانی که دانشجوی کارشناسی بودم خیلی سرکلاس برایم سوال ایجاد می شد و همیشه از استادم می خواستم که نکات بیشتری را بگوید ولی چون زمان کلاس اجازه نمی داد و یا سوالات خارج از سرفصل های درس بود یاد گرفتم که خودم **life long learner** باشم.

من از همان موقع دانشجویی دایما در کتابخانه و به دنبال پاسخ سوالاتم بودم. به حدی که اگر جواب را نمی یافتم به شدت آزرده می شدم. آن موقع هم که اینترنت نبود به کتابخانه های دانشکده های دیگر می رفتم و سوالاتم را می پرسیدم، کتاب ها را مطالعه می کردم. دوستانی که مرا می شناسند از علاقه من به لوازم التحریر خبر دارند، من خودکار های رنگی زیادی دارم، آن موقع هم هر سوالم را با یک رنگ می نوشتم و رفرنس می دادم. بعد از اتمام دوره لیسانس بلافاصله در آزمون ارشد قبول شدم. آن موقع هم ظرفیت پذیرش کل کشور ۶ نفر بود. چون از قبل مطالعه بسیار مطالعه داشتم، مطالعه جزوات و کتاب ها را به شب امتحان موکول نمی کردم و همیشه مطالعه داشتم. هر موضوعی برایم تدریس می شد مشتاق می شدم که بیشتر و بیشتر در موردش بدانم. همین الان هم پایان نامه ای را با دانشجو شروع می کنیم بیشتر از دانشجو در آن مورد می خوانم و بیشتر از دانشجو دنبال مطالب می گردم. موردی داشتم که دانشجویی لیست مقالاتی را برایم فرستاد اما من با مطالعاتی که داشتم متوجه شدم که بسیاری از مقالات را مطالعه نکرده است که باعث تعجب دانشجو شد. این نشان دهنده این است که دانشجو دقت لازم را نداشته است. من به دانشجویان توصیه می کنم کمتر از لفظ اشتباه کردن استفاده کنند. درست است همه ما اشتباه می کنیم ولی وقتی رویه درست باشد رفته رفته از تعداد اشتباهات کاسته می شود. نکته بعدی اینکه ما باید در کارمان ثابت قدم باشیم. دانشجویان عزیز بدانند که شما به واسطه مالیاتی که از این مردم گرفته می شود مشغول تحصیل هستید، ما به مردم مدیون و متعهد هستیم. عزیزان من این حق الناس است. دانشجویان عزیز وظیفه شما این است که خوب درس بخوانید وقتی توی خیابان کودکان کار را می بینید که تا کمر توی سطل زباله خم شده اند بدانید از مالیاتی

که از مردمی مثل این کودک گرفته شده هزینه تحصیل رایگان شما شده است. این فرصت تحصیل مغتنم است که در اختیار شما قرار داده شده و دیگران از آن بی بهره اند. ما باید طوری درس بخوانیم که بتوانیم نیاز مردم را رفع کنیم.

من همیشه به دانشجویانم توصیه می کنم بیشتر از آنچه لازم هست مطالعه کنید، از سایت ها و تکست بوک های تخصصی استفاده کنید، استفاده از سایت های جنرال در شان تحصیل در مقاطع ارشد و دکترا نیست. مقالات را در حوزه ای که انتخاب کردید بیشتر مطالعه کنید، از منابعی که دانشگاه در اختیارتان گذاشته نهایت استفاده را ببرید. اینکه در کتابخانه خلوت باشد درست نیست. بپذیریم که با این بهایی که خودمان می دهیم و از دیگران می گیریم درس می خوانیم این حقش نیست.

اگر به صحبت هایم فکر کنید این توصیه ها را جدی بگیرید قطعاً به درجات بالاتری خواهید رسید

**یک خاطره تلخ یا شیرین از حضور در مراکز درمانی یا آموزشی بفرمایید.**

خاطرات شیرین و تلخ در طول خدمات ما زیاد بوده است. یادم می آید تازه کارم را در دانشگاه شروع کرده بودم و دانشجویان را برای کارورزی برده بودند. معمولاً هر بار یک دانشجو رو مسئول تزریق داروها می گذاشتیم. دارویی داشتیم به نام پنسیلین کریستال که تنها نوعی از پنسیلین است که می توان آن را با شرایط خاص به صورت وریدی تزریق کرد. دارو ها را تهیه و آماده کردیم که برای تزریق به بیمار اقدام کنیم. در همان موقع من را پیچ کردند و رفتم. وقتی برگشتم دیدم دانشجو دارو را تزریق کرده است. من تعجب کردم و پرسیدم در غیاب من چطور تزریق انجام دادید. ایشان پاسخ داد با اطلاع مسئول بخش این کار را انجام دادم. از ایشان که توضیح بیشتری خواستم پوکه ای که با آن تزریق کرده بود را نشان داد و من دیدم به جای پنسیلین کریستال، پنسیلین معمولی را که داخل عضلات تزریق می شود اشتباهی به رگ بیمار تزریق کرده است. وقتی موضوع را متوجه شدم داشتم فینت می کردم چون تزریق پنسیلین های شیری رنگ به داخل ورید مساوی است با مرگ بیمار! بیمار هم یک جوان ۲۴ ساله بود. پیش خودم گفتم دیگه بیمار فوت شد و هراسان شروع به دویدن کردم به سمت بخش سراغ بیمار.

وقتی رسیدم بیمار مشغول گاز زدن یک سیب بزرگ بود وقتی مرا دید من با تعجب او را نگاه می کردم و او مرا. باورم نمی شد که زنده است. دانشجو و دیگران همه جمع شدند که چه اتفاقی افتاده است. به خیر گذشته بود. معلوم شد نکاتی که به دانشجویان آموزش داده بودم و اصولی که تاکید می کردم کمک کننده بود. چون پنسیلین کریستال را خیلی وقت ها مستقیم به رگ مریض تزریق می کردند و من همیشه تاکید می کردم اصول صحیح این است که داروها درون میکروست ریخته و با سرم رقیق شود. خوشبختانه بیمار ما هم یک جوان ۲۴ ساله رو به بهبودی بود و همچنین پنسیلین ریخته شده درون میکروست با حجم زیادی از سرم رقیق شده بود کمک کرد تا بیمار ریاکسیون نشان ندهد و به پزشک نیز گزارش دادیم و خوشبختانه به خیر گذشت. برای همین به دانشجویان توصیه می کنم دنبال راه میان بر نباشند و همه نکات را اصولی یاد بگیرند مطمئن باشند که موفق می شوند.

**و حرف آخر؟**

در آخر هم از حضرتعالی تشکر می کنم، خیلی خوشحال شدم که کمیته تحقیقات دانشجویی برنامه های جدید خود را آغاز کرده است. در سال ۱۳۷۱ اولین کلنگ تشکیل کمیته های تحقیقات دانشجویی در کشور به زمین خورد و من اولین عضو کمیته تحقیقات دانشجویی بودم. فضای بسیار خوبی بود، امیدوار هستم این فضاها تقویت شود. من همیشه به دانشجویانم توصیه می کنم اولین اقدام در بدو ورود به دانشگاه قبل از دریافت کارت غذا دریافت کارت کتابخانه و عضویت در کمیته تحقیقات دانشجویی باشد. ما دانشگاه تحصیلات تکمیلی هستیم و نیاز به کارگاه های بیشتری داریم چون از هر کارگاه مطلب جدیدی یاد می گیریم. سیاسگزارم بابت وقتی که به من دادید. از شما، خانم دکتر رحمانی سرپرست محترم کمیته تحقیقات و عزیزانی که قبلاً فعال بودند و از سرکارخانم دکتر سجادی نیز بسیار متشکرم و برای همگی آرزوی موفقیت دارم.



## مصاحبه با جناب آقای دکتر محمد علی محسنی بندپی

دکترای تخصصی فیزیوتراپی  
استاد تمام دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی  
عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی

تهیه و تنظیم: سیده سارا موسوی  
دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت و رفاه اجتماعی  
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی



### کاهش هزینه های درمان، بهبود کیفیت زندگی؛ ارمغان توجه ویژه به حوزه توانبخشی در نظام سلامت

عضو هیئت علمی گروه فیزیوتراپی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران گفت: ارتقاء نقش و جایگاه توانبخشی در نظام سلامت، کنترل هزینه های سلامت و افزایش کیفیت زندگی همه آحاد جامعه را در پی خواهد

این بدان مفهوم است که در کنار یک پزشک خانواده، ماما، پرستار و یا بهروز این سطح از خدمات توانبخشی توسط متخصصان این حرفه ارائه می شود. دکتر محسنی بندپی تاکید کرد در این سطح از خدمات ضمن بررسی وضعیت فرد بیمار (کودک، بزرگسال، سالمند) از نظر موارد پزشکی توسط پزشک خانواده، سایر شاخصه ها از جمله وضعیت عضلانی-اسکلتی، تعادل، پوکی استخوان و حتی مسائل اجتماعی مرتبط با سلامت فرد نظیر مناسب بودن محیط زندگی و کار وی نیز توسط متخصصان توانبخشی می تواند کنترل و بررسی شود.

وی در خصوص اهمیت این طرح گفت: در این سیستم افراد قبل از ابتلا به بیماری کنترل می شوند و هزینه های نظام سلامت و مخارج بیمار نیز به طور چشمگیری کاهش خواهد یافت. به طور مثال در مورد سالمندان قبل از وقوع اتفاقاتی نظیر افتادن و ابتلا به شکستگی و پس از آن نیاز فرد بیمار به انواع درمان های پزشکی و استفاده از پروتزهای مختلف و سپس ارجاع وی به خدمات سطح توانبخشی و در نهایت بهبود فرد بیمار و بازگشت به زندگی عادی که کیفیت آن کمتر از گذشته است در این طرح از همان ابتدا متخصصان توانبخشی قبل از وقوع پیشامد برای فرد مداخله انجام می دهند (early intervention). قدرت عضلانی-اسکلتی و تعادل وی را بهبود می بخشند و همچنین با تغییر محیط زندگی و کار فرد ریسک افتادن را کاهش می دهند. واضح است از این طریق هزینه های نظام سلامت را کنترل می کنند و در نهایت کیفیت زندگی افراد نیز بهبود پیدا خواهد کرد.

این استاد برجسته گروه توانبخشی تاکید کرد: واضح است که زمان تجویز داروها و مداخلات پزشکی (Medical Intervention) به سر آمده و اکنون زمان آن رسیده است که با توجه هرچه بیشتر به حوزه توانبخشی بتوان بر چهره های جدید بیماری های مختلف فائق آمد. بر همین مبنا نظام سلامت کشورهای توسعه یافته نیز به نقش متخصصان سایر حرفه های پزشکی بیشتر توجه نموده اند/ انتهای پیام

به گزارش خبرنگار نشریه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی جناب آقای دکتر "محمدعلی محسنی بندپی"، استاد تمام گروه فیزیوتراپی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: بیش از دو دهه است که مهمترین عوامل تهدید کننده سلامتی بشر از بیماری های واگیر (communicable diseases) به سمت بیماری های غیرواگیر (Non-communicable diseases) تغییر یافته اند که سبکته های قلبی و مغزی، پدیده سالمندی، بی تحرکی مفرط، تغذیه نامناسب، چاقی، اختلالات عضلانی-اسکلتی از مهمترین بیماری های این گروه هستند.

وی افزود با تغییر چهره بیماری ها نقش گروه های مختلف نظام سلامت در مدیریت و کنترل آن ها نیز تغییر یافته است و نظر به روند افزایش شیوع این بیماری ها، گروه توانبخشی در هر سه مرحله پیشگیری، درمان و توانبخشی می تواند نقش موثری را ایفا می نماید.

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس تغییرات در نظام سلامت و قانون برنامه هفتم را ضروری دانست و گفت: به سادگی روشن است تحول در نظام سلامت می تواند از تحمیل هزینه های هنگفت بر دولت ها، جوامع و افراد مبتلا جلوگیری به عمل آورد. وی همچنین با ابراز خرسندی از ایجاد تغییرات مطلوب در نگاه سیاست گذاران و برنامه ریزان وزارت بهداشت و همچنین قانون برنامه هفتم گفت: امیدواریم در آینده بتوانیم نقش و جایگاه توانبخشی در نظام سلامت را ارتقا دهیم، هزینه های نظام سلامت را کنترل کنیم و کیفیت زندگی آحاد جامعه را بهبود بخشیم.

این استاد دانشگاه اشاره به اهمیت گروه های توانبخشی در دانشگاه اظهار کرد ارتقا سطح تحصیلات گروه های مرتبط با توانبخشی به عنوان یکی از شاخه های اصلی حوزه توانبخشی مدنظر قرار گرفته است. وی علاوه بر این ادغام توانبخشی در مراقبت های بهداشتی اولیه (Primary health care) را از جمله اقدامات مهم دیگر دانست و در تایید این امر گفت: در این طرح متخصصان توانبخشی دیگر منتظر طی سلسله مراتب توسط بیمار از ابتدای مسیر یعنی ابتلا به بیماری، سپس دریافت خدمات اورژانسی پزشکی و سپس در سطح سوم دریافت خدمات توانبخشی نمی مانند بلکه از همان ابتدا در کنار پزشک حضور دارند.



## کیفیت خواب سالمندان و سلامت روان

# «وینار حقوق شهروندی سالمندان با تأکید بر حق بهداشت و سلامت» موضوع وینار: «اختلالات خواب و سلامت روان در سالمندان»

سخنران: حمید خاکباز

### مقدمه

**تعریف:** سالمندی دوره‌ای است که با خرد و انتقال دانش و تجربه آغاز می‌شود و در پایان مرحله زندگی انسان روی می‌دهد. سالمندی با تباهی کارکردهای انسان همراه است و به لحاظ جسمی و فیزیولوژیکی توانمندی‌های افراد کاهش می‌یابد. همچنین برخی نظریه‌پردازان بر این باورند که توانایی‌های شناختی و رشدی نیز در این دوره به تحلیل می‌رود. همچنین دوره سالمندی طولانی‌ترین دوره زندگی است، پس با توجه به ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جسمانی و روانشناختی باید سالمندان را ارزیابی کنیم. محققان با توجه به آنچه در هزاره سوم رخ خواهد داد کره خاکی را «کره سالمندان» توصیف کرده‌اند.

**آمار:** رشد تقریبی مورد انتظار در جمعیت سالمندان از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۲۵ معادل ۶۹۴ میلیون یا ۲۲۳ است یعنی تا سال ۲۰۲۵ ۱/۲ میلیارد سالمند خواهیم داشت. ۸۰ سالمندان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که ایران هم جزو این کشورهاست. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۵ جمعیت سالمند کشور به ۸/۵ میلیون نفر یا بیشتر هم برسد (آمارها با توجه به نرخ مرگ و میر نیز متغیر است) که این امر نیازمند تغییرات اساسی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی است. در سال ۱۳۹۶ جمعیت سالمند کشور ۹/۲ بوده است و پیش‌بینی شده تا پایان سال ۱۴۰۰ آمار سالمندان ۱۰/۵ درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص دهند.

**سن شروع سالمندی:** سالمندی امری نسبی است و مطلق نیست. سن شروع سالمندی نیز قراردادی است، پس بر اساس سن نمی‌توانیم تعیین کنیم سالمندی از چه سالی شروع می‌شود ولی ناگزیریم بر اساس معیارهای گوناگون همچون شاخص‌های اجتماعی یا شاخص کیفیت زندگی تقسیم‌بندی دوران سالمندی را انجام دهیم.

مثلاً در کشورهای در حال توسعه مثل ایران سن سالمندی از ۶۰ سالگی شروع می‌شود. سازمان جهانی بهداشت نیز ۶۰ تا ۷۴ سالگی را سالمند جوان، ۷۵ تا ۹۰ سالگی را سالمند میانسال و ۹۰ سالگی به بالا را سالمند پیر طبقه‌بندی می‌کند.

**امید به زندگی:** امید به زندگی زنان در ایران ۷۸ سال و مردان نیز ۷۳ سال است.

**رشته‌های مربوطه در زمینه سالمندان:** زیست‌شناسی، پزشکی، مشاوره توانبخشی و روانشناسی، اقتصاد، جامعه‌شناسی و مددکاری اجتماعی

### نوع نگرش نسبت به سالمندان و سلامت روان

نوع نگرش بدبینانه که نسبت به سالمندان در کشورهای در حال توسعه وجود دارد باعث ایجاد نشخوار فکری در سالمندان می‌شود و این فکر را در ذهن آنها ایجاد می‌کند که من در این جامعه هیچ ارزشی ندارم چون من هیچ کارایی ندارم و همین امر روند شکل‌گیری مشکلات و اختلالات روانی همچون اختلالات خواب را در آنها ایجاد خواهد کرد. برای رفع این نگرش بدبینانه و کمک به ایجاد حس ارزشمندی و مولد بودن سالمندان و آرامش آنها کشورهای مثل آمریکا، فرانسه و انگلستان به دلیل بار منفی واژه سالمند از واژه‌های ملایم‌تری مثل «سن سوم» یا «شهروندان ارشد» استفاده می‌کنند. کاهش بار منفی جملات آرامش را به سالمندان و به دنبال آن خواب آنها برمی‌گرداند.

گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از اجتماع، افسردگی و سایر اختلالات روانشناختی، استفاده از خانه یا آسایشگاه سالمندان، کمبود مکان‌های مناسب‌سازی‌شده برای سالمندان جهت انجام فعالیت‌های بدنی، فراهم نبودن کامل امکانات و تسهیلات شهری و مشکلات جسمانی مربوط به این دوره نیز بر سلامت روان سالمندان اثر منفی برجای می‌گذارد.





## مشکلات ناشی از اختلالات خواب و ارتباط آن با سلامت روان سالمندان:

بروز اختلالات خواب باعث کاهش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود و این امر سلامت روان آنها را نشانه می‌گیرد. کیفیت خواب یک شاخص مهم سلامتی در سالمندان است و جالب است بدانیم اختلالات خواب پس از سردرد و اختلالات گوارشی در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد.

اختلال در خواب می‌تواند آثار منفی بر حوزه‌های مختلف زندگی داشته باشد و باعث افسردگی و کاهش عملکرد سیستم ایمنی بدن و بیماری‌های قلبی، دمانس، خلق ناپایدار، اضطراب و اختلالات مربوط به حافظه می‌شود.

## درمان اختلالات خواب و مشکلات مربوط به سلامت روان سالمندان:

یکی از مهمترین روش‌های مقابله با اختلالات خواب در سالمندان دارو است که این روش هزینه‌های اقتصادی زیادی را با توجه به پدیده «خاکستری شدن جمعیت» بر کشور تحمیل می‌کند؛ لذا توجه به سایر رویکردهای درمانی همچون درمان‌ها و خدمات روانی-اجتماعی که در مراکز روزانه نیز ارائه می‌شود حائز اهمیت است. در زمینه‌های توانبخشی و روانشناختی از رویکردهای درمانی همچون درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با ذهن آگاهی برای کاهش استرس‌های ناشی از پدیده سالمندی برای بهبود کیفیت خواب و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی استفاده می‌شود.

## اختلالات خواب و سلامت روان سالمندان:

سالمندان به برنامه‌های مدون و بررسی منظم سلامت در دو بعد جسم و روان نیاز دارند. یکی از مشکلات رایج دوران سالمندی اختلالات خواب است. دوران سالمندی یکی از چالش‌های مهم در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و درمانی تمام کشورها به شمار می‌رود، چرا که پیری جمعیت می‌تواند منجر به افزایش تعداد افراد در معرض خطر بیماری‌های مزمن شود و وضعیت سلامت جامعه را به مخاطره بیندازد.

خواب از جمله ابعادی است که بر سلامت روان و جسم تأثیر می‌گذارد و حتی نیازمند توجه در ابعاد قانونی و حقوق شهروندی است که در کشور ما ۶ ماده از منشور حقوق شهروندی مرتبط با حق حیات، سلامت و کیفیت زندگی است که ماده ۵ منشور حقوق شهروندی این است: حق توان‌خواهان (شهروندان دارای معلولیت) و سالمندان نیازمند است که از امکانات درمانی و توانبخشی برای بهبودی و یا توانمند شدن در جهت زندگی مستقل و مشارکت در جنبه‌های زندگی بهره‌مند شوند.

توجه به کیفیت خواب به دو دلیل اهمیت دارد: ۱. شکایات مربوط به خواب شایع هستند. ۲. خواب بی‌کیفیت شاخص مورد توجه در بسیار از بیماری‌هاست. حدود ۷۰٪ سالمندان به اختلالات خواب مبتلا هستند که شامل بیداری‌های شبانه، اختلال در به خواب رفتن، بیدار شدن زود هنگام، خواب عمیق کوتاه و مدت زمان اندک خواب است که این امر تأثیر منفی بر سلامت روان سالمندان و مصرف داروها جهت رفع این اختلالات دارد؛ پس استفاده از این داروها حتی علاوه بر ضررهای اقتصادی باعث به خطر افتادن کارکردهای اجرایی سالمندان می‌شود.

لذا سالمندان با توجه به شرایط جسمانی و روانی خود نیازمند حضور در فرآیندهای درمانی و توانبخشی هستند که باید با خواب تأمین شود تا بدنشان برای حداقل کارکردهای مربوط به امور زندگی روزمره آماده شود؛ برای رفع این مشکلات کشور چین دانشگاهی تأسیس کرده است با عنوان دانشگاه سالمندان و در این دانشگاه برای پرورش قوای ذهنی و کاهش اختلالات مربوط به دوره سالمندی مثل اختلالات خواب، متخصصان آموزش‌هایی را برای آنها در نظر گرفته‌اند و آموزش‌ها و درمان‌ها به صورت مدون برای سالمندان اجرا می‌شود و خود سالمندان نیز درگیر این آموزش‌ها هستند.

## مراکز روزانه (day center)

اخیراً مراکز روزانه برای سالمندان تأسیس شده است که دو رویکرد دارند:

۱. خدمات پزشکی ۲. خدمات روانی-اجتماعی

در این مراکز کمک به سالمندان نیازمند یک کار تیمی و گروهی است. پژوهش خانم علی‌اصغرپور (۱۳۹۱) از آسایشگاه سالمندان کهریزک نشان داد که ۸۸٪ سالمندان به اختلالات خواب مبتلا هستند اما پس از همه‌گیری ویروس کرونا طبق اعلام سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و سازمان بهزیستی آمار مبتلایان به اختلالات روانشناختی از جمله اختلالات خواب بیشتر شده است و این امر نیازمند یک پژوهش تیمی متشکل از متخصصان مربوطه را می‌طلبد. به یاد داشته باشیم آسایشگاه سالمندان گوشه‌ای از مشکلات آنها را برطرف می‌کند.





# فصلنامه توانبخشی و سلامت

دوره اول - شماره ۱ - تابستان ۱۴۰۰







بسمه تعالی

شماره مجوز: ۱۳۰۰/۱  
تاریخ: ۱۳۰۰/۰۴/۰۱  
پیوست: ندارد

## امتیاز انتشار نشریه دانشگاهی توانبخشی و سلامت

مستندا به ماده ۲۱ دستورالعمل اجرایی ضوابط ناظر بر فعالیت نشریات دانشگاهی، تقاضای امتیاز انتشار نشریه دانشگاهی به صاحب امتیازی **کمیته تحقیقات دانشجویی** و مدیر مسئولی خانم **دکتر ناهید رحمانی** به شماره دانشجویی (کد ملی) **۲۳۹۱۶۹۵۱۶۰** و سردبیری آقای **حمید خاکباز** به شماره دانشجویی **۹۴۲۲۶۶۰۰۱** با زمینه انتشار **علمی و اجتماعی** و ترتیب انتشار **فصلنامه** و نحوه انتشار چاپی و الکترونیک ظرف مهلت مقرر قانونی در ماده مذکور، در جلسه شماره ۱ مورخه ۰۰/۰۴/۰۱ کمیته ناظر بر نشریات دانشگاهی دانشگاه **علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی** مطرح و با صدور امتیاز انتشار آن موافقت گردید.

رئیس کمیته ناظر بر نشریات دانشگاهی دانشگاه **توانبخشی و سلامت اجتماعی**

تاریخ / امضاء

تذکرات:

- ۱- به موجب این برگه، امتیاز انتشار نشریه دانشگاهی **توانبخشی و سلامت** صادر و به صاحب امتیاز، مدیرمسئول و سردبیر نشریه تحویل داده می‌شود و با ارائه آن، این نشریه اجازه چاپ، انتشار، توزیع و فروش نشریه و ویژه نامه‌های آن در سطح دانشگاه **توانبخشی و سلامت اجتماعی** و سایر اماکن زیرمجموعه آن (مذکور در تبصره ۵ ماده ۱ دستورالعمل فوق الذکر) را داشته و هیچ شخصی به هیچ دلیلی، حق ایجاد هرگونه خللی در فعالیت نشریه و یا جلوگیری از فرآیند چاپ، انتشار و توزیع نشریه را ندارد. مسئولیت نظارت بر فعالیت نشریات دانشگاهی بر عهده کمیته ناظر بر نشریات دانشگاه می‌باشد.
- ۲- درج شناسنامه نشریه شامل زمینه نشر، نام صاحب امتیاز، مدیرمسئول، سردبیر یا شورای سردبیری، دانشگاه صادرکننده مجوز، شماره، تاریخ انتشار و دوره نشر در هر شماره نشریه الزامی است.
- ۳- نشریه موظف است صرفاً در زمینه/زمینه‌های انتشار فوق الذکر فعالیت نماید.
- ۴- نشریه موظف است توالی انتشار خود را رعایت کند.
- ۵- مسئولیت کلیه مطالب مندرج در نشریه بر عهده مدیرمسئول است و وی موظف است سه نسخه از هر شماره را بلافاصله پس از انتشار به دبیرخانه کمیته ناظر بر نشریات دانشگاه تحویل دهد.
- ۶- هیچ مقام دولتی و غیر دولتی حق ندارد برای چاپ مطلب یا مقاله ای درصدد اعمال فشار بر نشریات برآید یا به سانسور و کنترل محتوای نشریات مبادرت ورزد. نظارت قبل از چاپ به هر دلیل و تحت هر شرایطی، ممنوع است.
- ۷- در صورتی که صاحب امتیاز یا مدیرمسئول، شرایط مقرر قانونی را از دست بدهند، صاحب امتیاز موظف است ظرف یک ماه پس از ابلاغ مکتوب کمیته ناظر، نسبت به انتقال امتیاز نشریه یا معرفی مدیرمسئول جدید به کمیته اقدام نماید. در غیر این صورت، امتیاز نشریه لغو می‌گردد.
- ۸- تعیین و تصویب هرگونه شرایط و مقررات مغایر یا محدود کننده علاوه بر مفاد دستورالعمل اجرایی ضوابط ناظر بر فعالیت نشریات دانشگاهی نظیر صدور مجوزهای مشروط یا موقت ممنوع است.

## به همت و همکاری معاونت فرهنگی دانشجویی



## تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تقویت سطح توجه و تنظیم هیجان نوجوانان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه

میلاد حیدریان<sup>۱</sup>  
دکتر مختار ویسانی<sup>۲</sup>



### چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تقویت سطح توجه و تنظیم هیجان نوجوانان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه بوده است. طرح پژوهش، از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان پسر دوره اول متوسطه آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهر سمنان در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ می باشد. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۶ دانش آموز (۸ نفر گروه کنترل و ۸ نفر گروه آزمایش) که بر اساس نظر مشاوره مدرسه و مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر، مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه بودند انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲) و پرسشنامه اختلال بیش فعالی و نقص توجه کانرز (۱۹۸۸) بودند. ابتدا برای هر دو گروه پیش آزمون اجرا گردید، سپس مداخله آزمایشی (درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) برای گروه آزمایش در طی ۱۰ جلسه به اجرا در آمد. پس از اتمام جلسات مداخله، مجدداً پس آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. نتایج فرضیه ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش معنی دار به کارگیری راهبردهای منفی هیجان و افزایش به کارگیری راهبردهای مثبت هیجان و ارتقاء سطح توجه در سطح ( $p < 0/01$ ) در مرحله پس آزمون گروه آزمای در مقایسه با گروه کنترل شده است.

**کلید واژگان:** اختلال بیش فعالی و نقص توجه، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سطح توجه

### مقدمه

قرن بیست و یکم، قرن تغییر و تحولات سریع و گسترده فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و به تبع آن انتظارات تازه ای برای نظام های آموزشی و خانواده به عنوان هسته اصلی این تغییرات به همراه داشته است. از طرف دیگر، آموزش و پرورش رکن اصلی در توسعه پایدار هر کشور است. لذا، اندیشمندان و متفکران هر جامعه ای به منظور افزایش بهره وری و کارایی دو نظام خانواده و آموزش و پرورش در امر تعلیم و

تربیت نوجوانان، به عنوان خروجی این دو نظام، اقدام به تشخیص، تدوین و آموزش برنامه های مدون در جهت رشد و ارتقاء وضعیت تحصیلی، اجتماعی و عاطفی نوجوانان نموده اند (گریلوسکی و کاروسکی، ۲۰۱۲).

از جمله اختلالات و مسائل روان شناختی نوجوانان، که اغلب نه خود نوجوانان و نه والدینشان شناخت کافی و روشنی از آن ندارند، اختلال بیش فعالی/نقص توجه<sup>۳</sup> (ADHD) است. این اختلال نخستین بار در سال ۱۸۴۵ توسط پزشک آلمانی به نام هافمن شناسایی شد (بچمن، لام و فیلیپسن، ۲۰۱۶). بیش فعالی/نقص توجه، اختلال عصبی رشدی است که با سه ویژگی اصلی، یعنی نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری توصیف می شود. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست پنجم (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳) اختلال بیش فعالی/نقص توجه این گونه تعریف شده است: الگوی مستمر بی توجهی و یا بیش فعالی شدید و تکرار شونده که به طور نمونه در کودکان یک سطح رشدی دیده می شود. برای این اختلال سه زیر گروه مطرح می شود که عبارتند از:

عمدتاً بی توجه<sup>۴</sup>، عمدتاً بیش فعال<sup>۵</sup> و نوع مرکب<sup>۶</sup> (ترکیبی از دو زیر گروه بیش فعال و نقص توجه).

اختلال بیش فعالی/نقص توجه با اسامی آسیب مغزی مختصر، اختلال عملکردی مغزی مختصر و اختلال پرتحرکی<sup>۷</sup> نیز نامیده شده است. این اختلال که با ناتوانی در حفظ توجه، بیش فعالی و تکانشگری مشخص می شود، برای مدت ها اختلال دوران کودکی پنداشته می شد و از نظر میزان شیوع، نسبت دخترها به پسرها در جامعه کلی تقریباً ۱ به ۳ و در موارد بالینی نسبتی بین ۱ به ۶ تا ۱ به ۹ گزارش شده است (راسمیوسن و لوندرو، ۲۰۰۹). کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه در معرض اغلب اختلالات روان شناختی همبود، نظیر اختلال سلوک و نافرمانی مقابله ای (ویلنس، ۲۰۰۴)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی (هوفاندر، اوسوسکی، لاندستروم و آنکارستر، ۲۰۰۹)، افسردگی، اضطراب و اتیسم (ریسن، کنستانتینو، گریمر، مارتین و تاد، ۲۰۰۸) و ناتوانی های یادگیری (کاراند، بوسرکار، کالکارنی و تاخر، ۲۰۰۹) هستند.

علاوه بر نقص توجه نوجوانان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه، نتایج حاصل از پژوهش های متعدد، حاکی از ضعف این نوجوانان در تنظیم هیجانات<sup>۸</sup> و سطح توجه<sup>۹</sup> می باشد (خانزاده، ۱۳۹۲؛ برادبری، ۲۰۱۴؛ مونتیرو، بالگان و اوراتیل، ۲۰۱۴). منظور از تنظیم هیجان، ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجانات در آنها پدید می آید و چگونه باید آنها را ابراز نماید (زیلوسکا و سیگل، ۲۰۱۲). علاوه بر این، تنظیم هیجان مبتنی است بر فرآیندهای درونی و

3- attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)  
4- predominantly inattentive  
5- predominantly hyperactive  
6- combined type  
7- hyperkinetic  
8- manage emotion  
9- attention

۱-دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دبیرتعمیر روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم رفتاری دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران، تهران، ایران.

ایمیل: mi.haldarian@usw.ac.ir شماره همراه: ۰۹۳۶۷۲۹۴۷۴۲  
با آرایه شماره: ۲۶۳۷-۰۵۳۸-۰۰۰۳-۰۰۰۰/https://orcid.org

۲- نویسنده مسول، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فرهنگیان کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.  
ایمیل: m.welsani@gmail.com شماره همراه: ۰۹۱۲۶۴۳۷۹۹۲



تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس، حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، به گارگیری مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و به طور کلی هیجانات منفی جلوگیری می کند و باعث می شود چرخه های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند (دیو، ویلسون، اونگ و کوپمن، ۲۰۰۹).

درمان های ذهن آگاهی به واسطه این که به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می پردازد دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری های جسمانی گزارش شده است. در همین راستا، نتایج حاصل از پژوهش های متعدد حاکی از تأثیر درمان ذهن آگاهی بر اضطراب (زیدان، جانسون، دایموند، دیوید و گولکاسیان، ۲۰۱۰)، استرس و عزت نفس (گلدین و گروس، ۲۰۱۰)، بهزیستی روانی، جسمانی و هیجانی (فلوگل، وینسنت، لوهرد، باوئر و واهنر، ۲۰۱۰)، کیفیت خواب (شاپیرو، بوتزین، فیگوردو، لویز و شوارتز، ۲۰۰۳)، اختلال استرس پس آسیبی (هارینگتون، لوفردو و پرز، ۲۰۱۴)، پرخاشگری و عملکرد تحصیلی (کران، کران، ایمز، فنل، سیلورتون، ویلیامز و بارنهورف، ۲۰۱۴) و سازگاری اجتماعی و هیجانی (زیلوسکا و سیگل، ۲۰۱۲) می باشد.

با توجه به مطالبی که راجع به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، میزان شیوع بالای آن، عدم آشنایی والدین و مشکلات ناشی از این اختلال برای دیگر اعضای خانواده و تأثیرات منفی آن بر عملکرد اجتماعی و تحصیلی خود کودک بیان شد، به نظر می رسد آموزش و درمان این کودکان و همچنین تأکید بر لزوم مشارکت والدین در این زمینه، می تواند از اهمیت خاصی برخوردار باشد.

## روش پژوهش

روش اجرای این پژوهش از نوع طرح های شبه آزمایشی می باشد. طرح تحقیق به صورت طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه می باشد. متغیر مستقل، درمان ذهن آگاهی می باشد که فقط در گروه آزمایشی، اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت.

**جامعه، نمونه و روش نمونه گیری:** جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان پسر دوره اول متوسطه آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهر سنندج در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ می باشد. نمونه این تحقیق شامل ۱۶ نفر از جامعه مورد نظر بود. برای انتخاب نمونه پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از ناحیه ۲ آموزش و پرورش شهر سنندج، دانش آموزانی که بر اساس نظر مشاور و مدیریت مدرسه دارای نشانگان بیش فعالی و نقص توجه بودند و مهارت مدیریت هیجان ضعیفی داشتند شناسایی شدند که تعداد آنها ۴۲ نفر بود. اما بعد از مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر، تعداد ۱۶ نفر که مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه بودند انتخاب شدند و در نهایت به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) گمارده شدند.



بیرونی پاسخ دهی در برابر مهار و نظارت، ارزیابی و تعدیل تعاملات هیجانی به خصوص خصایص زودگذر و تند آنها برای دستیابی به اهداف (بارکلی، ۲۰۰۹).

تنظیم هیجان موفق، می تواند منجر به دستاوردها و پیامدهای مثبت شود. افرادی که می توانند هیجانات خود را مدیریت و تنظیم نمایند معمولاً دستاوردهایی همچون رشد صلاحیت اجتماعی، عزت نفس، خودکارآمدی، سازگاری، شادکامی و کاهش استرس، اضطراب، پرخاشگری و ناامیدی در پی دارد. به طور کلی، می توان اذعان کرد که عدم تنظیم هیجان، منادی رفتارهای مشکل آفرینی همچون خشونت می باشد؛ چرا که تنظیم هیجان، همراه همیشگی آدمی است و به انسان توان سازگاری بیشتر به خصوص بعد از تجارب منفی را می دهد (هربرت و اسپارهام، ۲۰۱۷).

بارکلی (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان داد که علت بسیاری از رفتارهای مشکل آفرین نوجوانان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه در محیط های اجتماعی، آموزشی و خانوادگی، عدم برخورداری این نوجوانان از مهارت های تنظیم هیجان و مدیریت رفتار و عواطف می باشد. به عقیده بارکلی، میزان سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی، میزان خودکارآمدی و مهارت های حل مسئله، همدلی و هوش هیجانی در این نوجوانان پایین تر از نوجوانان عادی می باشد که می توان این مهارت ها را از طریق دوره های کارگاهی به آنها آموزش داد.

به دلیل مشکلات و پیامدهای منفی ناشی از این اختلال، همچون پرخاشگری، دستکاری اشیاء، رفتارهای پرخطر، افت تحصیلی و عدم عملکرد مناسب تحصیلی، روان شناسان، روان پزشکان و صاحب نظران حوزه تعلیم و تربیت به طرق و شیوه های مختلف سعی در درمان این اختلال را داشته اند. از جمله، روش های درمانی اختلال بیش فعالی/نقص توجه می توان به دارو درمانی، راهبردها و اصلاحات مبتنی بر کلاس درس و مدرسه، مدیریت رفتار، درمان شناختی-رفتاری نظیر گفتگو با خود، آموزش والدین و بهبود روابط متقابل کودک-والد اشاره نمود (کوپر و اریگان، ۲۰۰۱، ترجمه شریعت پناهی، ۱۳۸۷).

یکی از روشهای درمانی نسبتاً جدید برای درمان اختلال بیش فعالی/نقص توجه و تنظیم هیجانات نوجوانان دارای این اختلال، درمان ذهن آگاهی<sup>۱</sup> است. زیلوسکا و سیگل در کتابی تحت عنوان «راهنمای ذهن آگاهی برای بزرگسالان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه<sup>۲</sup>» اظهار می کنند که علت بسیاری از مشکلات اجتماعی، بین فردی، درون فردی، عاطفی و شناختی نوجوانان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه، به دلیل عدم تنظیم هیجانات، مهارت های خود-نظارتی، خود-تنظیمی و مشکلات شناختی همچون نقص توجه و تمرکز می باشد که یکی از مؤثرترین رویکردها برای آموزش این مهارت ها، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۳</sup> می باشد.

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان های شناختی-رفتاری نسل سوم یا موج سوم<sup>۴</sup> قلمداد می شود. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئین های مذهبی شرقی دارد (زیلوسکا و سیگل، ۲۰۱۲).

ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریج فروکاهنده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود (اکمانی، سفاردی، تناراسوراجو و ساتاپاربا، ۲۰۱۶).

درمان ذهن آگاهی می تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفاء کند. در حالت های «توجه آگاهانه»<sup>۵</sup> پخش اطلاعات از چرخه های دو طرفه معیوب، به طرف تجربه فوری و کنونی چرخش پیدا می کند. در اصل، آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می دهد که چگونه مهارت های عادی (واقع در موتور مرکزی) را از حالت

1- mindfulness  
2- The Mindfulness Prescription for Adult ADHD  
3- mindfulness-based intervention  
4- third wave  
5- mindfulness awareness



## ابزارهای پژوهش

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهوون (۲۰۰۲) به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخداد‌های تهدید کننده یا استرس زای زندگی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲۶ ماده است و نه راهبرد شناختی را ارزیابی می کند که چهار راهبرد آن، یعنی راهبردهای ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه انگاری، به عنوان راهبردهای منفی تنظیم هیجان تلقی می شوند و پنج راهبرد آن، یعنی راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می دهند.

نمره گذاری این پرسشنامه به صورت پنج درجه‌ای در مقیاس لیکرت (همیشه؛ اغلب اوقات؛ گاهی؛ به ندرت؛ هرگز) می باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می دهد.

نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می آید و می تواند در دامنه ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد و جمع کل نمرات در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می گیرد.

پایایی پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. کاستر و بست (۲۰۱۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را برابر با ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی خرده مقیاس های مثبت و منفی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۷ به دست آمد، که بیانگر پایایی مناسب این ابزار در پژوهش حاضر است.

**مقیاس اختلال بیش فعالی و نقص توجه کانرز:** این مقیاس توسط گویت، کانرز و آلریچ (۱۹۷۳) ساخته شده است و ریتمن، هامل، فرانز و گراس در سال ۱۹۹۸ آن را تجدید نظر نمودند و نسخه جدید آن را چاپ کردند. ماده های این مقیاس به صورت یک طیف ۴ درجه ای از نوع لیکرت می باشد که از هرگز (نمره ۰) تا خیلی زیاد (نمره ۳) نمره گذاری می شوند. از بین ۴۸ ماده، ۲۶ گویه آن مربوط به اختلال بیش فعالی/نقص توجه می باشد که شامل دو خرده مقیاس، بیش فعالی (۱۶ گویه) و بی توجهی (۱۰ گویه) می باشد. دامنه نمره های ۲۶ گویه مربوط به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، بین ۰ تا ۷۸ قرار دارد. ریلی (۲۰۱۱) در پژوهش خود، ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ به دست آمدند.

## یافته های پژوهش

در جدول ۱ شاخص های مربوط به امار توصیفی برای نمونه مورد بررسی شامل میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره برای متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش آورده شده است.

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می شود میانگین و (انحراف معیار) پیش آزمون و پس آزمون راهبردهای مثبت هیجان در گروه کنترل به ترتیب ۳۴/۲۰ و (۴/۱۱) و ۳۵/۹۳ و (۳/۴۵) و گروه آزمایش به ترتیب ۳۵/۹۳ و (۴/۶۵) و ۴۳/۰۶ و (۳/۸۴) می باشد. میانگین و (انحراف معیار) پیش آزمون و

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهشی

گروه	متغیر	پیش آزمون			پس آزمون				
		حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
گروه کنترل	سطح توجه	۸	۲۹	۱۷/۲۰	۴/۸۵	۱۱	۲۷	۱۸/۲۶	۴/۸۰
	راهبردهای مثبت هیجان	۳۱	۳۹	۳۴/۲۰	۴/۱۱	۲۸	۴۰	۳۵/۹۳	۳/۴۵
	راهبردهای منفی هیجان	۳۲	۴۰	۳۴/۰۹	۳/۵۲	۲۹	۳۹	۳۳/۹۳	۳/۲۱
	سطح توجه	۱۳	۲۴	۱۸/۱۳	۳/۷۹	۶	۱۳	۱۰/۳۳	۲/۶۷
	راهبرد های مثبت هیجان	۳۲	۴۱	۳۵/۹۳	۴/۶۵	۱۳	۲۸	۴۳/۰۶	۳/۸۴
	راهبردهای منفی هیجان	۲۹	۳۹	۳۳/۸۶	۳/۱۳	۱۷	۳۰	۲۲/۱۲	۴/۲۸

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرنف درمورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

شاخص های آماری	Z	sig
راهبردهای مدیریت هیجان	۰/۸۳۴	۰/۴۹۰
سطح توجه	۰/۶۰۱	۰/۸۶۳



## جدول ۳. نتایج آزمون همگنی واریانس لون برای متغیر راهبردهای مدیریت هیجان و سطح توجه

متغیرهای وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	sig
سطح توجه	۱	۱۴	۴/۰۷	۰/۱۰۵
راهبردهای مدیریت هیجان	۱	۱۴	۰/۳۵۰	۰/۵۵۹

همچنین، نتایج بدست آمده در جدول ۵ نشان می دهند که تحلیل کوواریانس یکراهه پس آزمون ها در متغیر سطح توجه ( $F = ۳۶/۷۸$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) معنادار می باشد، بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز در تأیید می شود.

### بحث و نتیجه گیری

یکی از نتایج این پژوهش، تأثیر معنی دار درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه می باشد که با توجه به نتایج تحلیل مانکووا، فرضیه اول تحقیق تأیید می شود ( $p < ۰/۰۰۱$ ). نتیجه تحقیق حاضر با نتیجه تحقیق ویسانی (۱۳۹۴)، دیوو همکاران (۲۰۰۹)، فلوگل و همکاران (۲۰۱۰) و بچمن و همکاران (۲۰۱۶) همسو است.

در تبیین این یافته می توان گفت که فراگیری مهارت هایی همچون آشنایی با زبان غیرکلامی و نحوه تفسیر آن، خودآگاهی و شناخت ویژگی ها و احساسات شخصی باعث می شوند که کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه در صورتی که با یک موقعیت غیرمنتظره برخورد کنند بتوانند هیجانات، احساسات و تغییرات فیزیولوژیکی خود را سریعاً درک کنند و قبل از اینکه اقدام به انجام کاری کنند، ابتدا ارزیابی مناسبی از وضعیت صورت دهند و سپس متناسب با آن شرایط مناسب ترین تصمیم را اتخاذ کنند (گانگر، ۲۰۱۰).

از طرف دیگر، با توجه به اینکه یکی از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه، استفاده از راهبردهای هیجان مدار و اجتنابی حل مسئله می باشد، لذا آموزش ذهن آگاهی، به این کودکان یاد داد که علاوه بر راهبردهای ناکارآمد، می توان از راهبردهای کارآمد دیگری همچون راهبرد مسئله مدار برای حل تعارضات بین فردی و درون فردی استفاده کرد و به جای بروز هیجانات منفی مانند سرزنش خود و دیگران، فاجعه سازی از یک رخداد و ارزیابی منفی، بتوانند راهبردهای مثبت دیگر مانند ارزیابی مجدد موقعیت، پذیرش و برنامه ریزی به کار گیرند که در چنین شرایطی به جای ابراز هیجانات منفی، می توانند هیجانات مثبت خود را ابراز کنند (وانگ، برینک ورت و اکلز، ۲۰۱۳).

همچنین، یکی دیگر از نتایج این پژوهش، تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح توجه کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه می باشد که با توجه به نتایج تحلیل مانکووا، فرضیه دوم تحقیق نیز تأیید می شود ( $p < ۰/۰۰۱$ ). نتیجه تحقیق حاضر با نتیجه تحقیق گلدین و گروس (۲۰۱۰)، هارینگتون و همکاران (۲۰۱۴) و هربرت و اسپارهام (۲۰۱۷) همسو است.

در تبیین نتیجه به دست آمده می توان گفت که کودکان در جریان درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی یاد می گیرند که چگونه از حواسپرتی و به هم خوردن تمرکز خود در حین انجام تکالیف مهم جلوگیری کنند، در این روش کودکان، به صورت عینی خواهند فهمید که برای پی بردن به سرخ ها و دریافت نکات کلیدی در موقعیت های تحصیلی و اجتماعی باید به چه صورت عمل کنند و چگونه نکات کلیدی را از نکات جزئی و کم اهمیت تشخیص دهند.

بر اساس عقیده راکمانی و همکاران (۲۰۱۶)، یکی از علل اصلی نقص توجه و عدم تمرکز کافی در کودکان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه و کودکان

پس آزمون راهبردهای منفی هیجان در گروه کنترل به ترتیب  $۰/۹/۳۴$  و  $(۵۲/۳)$  و  $۹۳/۳۳$  و  $(۲۱/۳)$  و گروه آزمایش به ترتیب  $۸۶/۳۳$  و  $(۱۳/۳)$  و  $۱۲/۲۲$  و  $(۲۸/۴)$  می باشد. میانگین و (انحراف معیار) پیش آزمون و پس آزمون سطح توجه در گروه کنترل به ترتیب  $۲۰/۱۷$  و  $(۸۵/۴)$  و  $۲۶/۱۸$  و  $(۷۱/۴)$  و گروه آزمایش به ترتیب  $۱۳/۱۸$  و  $(۷۹/۳)$  و  $۳۳/۱۰$  و  $(۶۷/۲)$  می باشد.

به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن داده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد در همه متغیرها مقدار  $Z$  مشاهده شده کوچکتر از مقدار جدول بحرانی  $Z$  است و بنابراین فرض نرمال بودن داده ها رعایت شده است ( $p > ۰/۰۵$ ). بنابراین امکان استفاده از آزمون های پارامتریک وجود دارد.

یکی دیگر از پیش فرض های استفاده از تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس خطای گروه های مورد مطالعه است، برای بررسی این پیش فرض از آزمون لون استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج بدست آمده در جدول ۳ نشان می دهند که آزمون لون در متغیر راهبردهای مدیریت هیجان ( $F = ۰/۳۵۰$  و  $p = ۰/۵۵$ ) و سطح توجه ( $F = ۴/۰۷$  و  $p = ۰/۱۰۵$ ) معنی دار نمی باشد. بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای راهبردهای مدیریت هیجان و سطح توجه به طور معنی داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس ها تأیید می شود.

### فرضیه ها

**فرضیه اول:** درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح توجه نوجوانان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه تأثیر دارد.

**فرضیه دوم:** درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه تأثیر دارد.

برای تحلیل فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. در این تحلیل میانگین های پس آزمون گروه آزمایش با میانگین های گروه کنترل مقایسه شده و نمره های پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی به کار گرفته شدند. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را روی نمرات پس آزمون با کنترل پیش آزمون ها نشان می دهد.

مندرجات جدول ۴ نشان می دهد که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای مدیریت هیجان و سطح توجه در پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس های یکراهه در متن مانکووا روی متغیرهای مدیریت هیجان و سطح توجه انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج بدست آمده در جدول ۵ نشان می دهند که تحلیل کوواریانس یکراهه پس آزمون ها در خرده مقیاس های راهبردهای مثبت مدیریت هیجان ( $F = ۳۱۲/۹۷$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) و راهبردهای منفی مدیریت هیجان ( $F = ۷۹/۸۷$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) معنادار می باشد، بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می شود.



جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون‌های تأیید کننده انجام تحلیل کواریانس چند متغیری

آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	sig	توان آماری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۹۳۸	۲	۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۷۱۴
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۲	۲	۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۷۱۴
اثر هتلینگ	۱۵/۰۱	۲	۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۷۱۴
بزرگترین ریشه روی	۱۵/۰۱	۲	۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۷۱۴

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا برای مقایسه پس آزمون ها

منبع متغیر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig	توان آماری	مجذور اتا
مدل	سطح توجه	۴	۱۱۵/۵۲	۱۱/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۶۰۹
	راهبردهای مثبت هیجان	۴	۸۴۴/۷۲	۵۵/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۶۳۳
	راهبردهای منفی هیجان	۴	۱۱۷۸/۵۲	۵۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۰/۶۱۵
گروه	سطح توجه	۱	۴۹۱/۳۹	۳۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۵۹۳
	راهبردهای مثبت هیجان	۱	۱۸۵۳/۶۳	۹۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۰/۷۱۹
	راهبردهای منفی هیجان	۱	۱۱۶۴/۵۵	۵۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۶۸۵

صورت به شرح زیر عمل کرد: (الف) آموزش مهارت های شناختی، شامل خزانه اطلاعات و مهارت های پردازش و کسب اطلاعات، توانایی تصمیم گیری، باورهای کارآمد و ناکارآمد و سبک های اسنادی، (ب) آموزش مهارت های رفتاری، شامل مذاکره، ایفای نقش، جرأت مندی، مهارت های محاوره ای برای شروع و تداوم تعامل های اجتماعی، (ج) آموزش مهارت های هیجانی، شامل برقراری روابط مثبت با دیگران، ایجاد و گسترش اعتماد و روابط حمایتی دو جانبه و شناسایی و پاسخ دهی مناسب به علائم هیجانی در تعامل های اجتماعی و (د) آموزش مهارت های انگیزشی، شامل ساختار ارزشمند فرد، افزایش سطح رشد اخلاقی، احساس اثربخشی و کنترل و در نهایت احساس خودکارآمدی فرد.

در نهایت، با توجه به هدف ها و ابعاد وسیع آموزشی درمان ذهن آگاهی، از آموزش مهارت های اجتماعی همچون همپاری، مسئولیت پذیری و خودمهارگری گرفته تا آموزش دانش ارتباط غیرکلامی و خودآگاهی در روابط و تعاملات اجتماعی، می توان به تأثیر این برنامه مداخله ای بر کاهش رفتارهای تکانشگری و بیش فعالی کودکان اذعان کرد. علاوه بر این، با توجه به تأکید درمان ذهن آگاهی بر آموزش تکنیک های افزایش تمرکز و توجه، همچون آموزش نحوه تشخیص نکات کلیدی از جزئیات نامربوط، توجه گزینشی به محرک ها، بازداری توجهی، توجه پایدار و ارتقاء کارکردهای اجرایی، می توان نتیجه گرفت که این روش می تواند در افزایش سطح توجه کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه در دانش آموزان پسر دوره ابتدایی نقش مؤثر و مناسبی داشته باشد.

دارای اختلالات یادگیری، عدم تفکیک مناسب متن از حاشیه می باشد و معمولاً به جای سعی در یادگیری و توجه به نکات کلیدی موضوع، به بررسی نکات جزئی و بی ارزش موضوع سرگرم می شوند. لذا، در طول جلسات درمان ذهن آگاهی، حافظه دیداری، توالی دیداری و حافظه شنیداری که عناصر اصلی حفظ تمرکز و توجه هستند آموزش داده می شود. یکی از مشکلات کودکان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه، کارکردهای اجرایی ضعیف آن ها می باشد.

بر اساس نظر انجمن روان شناسی بریتانیا (۲۰۰۹) ضعف در کارکردهای اجرایی، پایه و اساس بیش فعالی، تکانشگری، نقص توجه و عدم تمرکز مناسب می باشد. کارکردهای اجرایی، به مجموعه ای از عملیات پردازشی عالی ذهن اطلاق می شود که بر اساس رفتارهای هدفمند، چهارچوبی برای رسیدن به هدف فراهم می کند. مهمترین ابعاد کارکردهای اجرایی که در درمان ذهن آگاهی به کودکان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه آموزش داده می شود عبارتند از: پشتکار، فراشناخت، تنظیم عواطف، بازداری از پاسخ یا واکنش، توجه مستمر و حافظه فعال.

در همین راستا، اشمیت و استیشر (۲۰۱۲)، در تبیین تأثیر درمان ذهن آگاهی در کاهش رفتارهای تکانشی و بی توجهی کودکان، به آموزش ابعاد ذکر شده از کارکردهای اجرایی در فرآیند درمان ذهن آگاهی اشاره می کنند و بر این عقیده اند که برای افزایش کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه از طریق آموزش ذهن آگاهی، می توان به چهار



## منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳). تهران: نشر روان.
- کوپر، بل و آرنگان، ج. فینتان (۲۰۰۱). تعلیم و تربیت کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/بیش فعالی. ترجمه ابوالفضل شریعت پناهی (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.
- Bachmann, K., Lam, A. P., & Philipsen, A. (2016). Mindfulness-Based cognitive therapy and the Adult ADHD Brain: A Neuropsychotherapeutic Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 7(117), 1-7.
- Barkley, R. A. (2009). *Deficient Emotional Self-Regulation is a Core Component of ADHD: Evidence and Treatment Implications*. New York: Guilford.
- British Psychological Society. (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists. Retrieved from <http://www.nccmh.org.uk/>
- Crane, C., Crane, R. S., Eames, C., Fennell, M. J., Silverton, S., Williams, M. G., & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 17-24.
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and Rumination: Does Mindfulness Training Lead to Reductions in the Ruminative Thinking Associated With Depression? *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 5(5), 265-271.
- Flugel, C. K., Vincent, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., & Wahner, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program Complement. *The Clin Pract*, 16, 36-40.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Journal of Emotion*, 10, 83-91.
- Gralewski, J., & Karwowski, M. (2012). Creativity and school grades: A case from Poland. *Journal of Thinking Skills and Creativity*, 7, 198-208.
- Harrington, R., Loffredo, D. A., & Perz, C. A. (2014). Dispositional mindfulness as a positive predictor of psychological well-being and the role of the private self-consciousness insight factor. *Personality and Individual Differences*, 71, 15-18.
- Herbert, A., & Esparham, A. (2017). Mind-Body Therapy for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Children*, 4(13), 1-13.
- Hofvander, B., Ossowski, D., Lundstrom, S., & Anckarsater, H. (2009). Continuity of aggressive antisocial/behavior from childhood to adulthood: The question of phenotype definition. *International Journal of Psychiatry*, 32, 224-234.
- Karande, S., Bhosrekar, K., Kulkarni, M., & Thakher, A. (2009). Health-related quality of life of children with newly diagnosed specific learning disability. *Journal of Tropical Pediatrics*, 55, 160-169.
- Monteiro, N. M., Balogun, S. K., & Oratile, K. N. (2014). Managing stress: the influence of gender, age and emotion regulation on coping among university students in Botswana. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(2), 153-173.
- Monteiro, N. M., Balogun, S. K., & Oratile, K. N. (2014). Managing stress: the influence of gender, age and emotion regulation on coping among university students in Botswana. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(2), 153-173.
- Pliszka, S. R., Greenhill, L. L., & Crismon, M. L. (2000). The Texas children's medication algorithm project: Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 908-919.
- Rasmussen, K., & Levander, S. (2009). Untreated ADHD in adults: Are there sex differences in symptoms, comorbidity and impairment? *Journal of Attention Disorders*, 12(4), 353-360.
- Reiersen, A. M., Constantino, J., Grimmer, M., Martin, N. G., & Todd, R. D. (2008). Evidence for shared genetic influences on self-reported ADHD and autistic symptoms in young adult Australian twins. *Twin Research and Human Genetics*, 11, 579-585.
- Rukmani, M. R., Sephardi, S. P., Thennarasu, K., Raju, T. R., Sathyaprabha, T. N. (2016). Heart rate variability in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A pilot study. *Ann. Neurosciences*, 23, 81-88.
- Schmidt, C., & Stichter, J. P. (2012). The use of peer-mediated interventions to promote the generalization of social competence for adolescence with high-functioning autism and asperger's syndrome. *Exceptionality*, 20, 94-113.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer An exploratory study. *Journal of Psychosom Res*, 54, 85-91.
- Wilens, T. (2004). Attention deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinic of North American*, 27, 283-301.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cognition*, 19, 597-605.
- Zylowska, L., & Siegel, D. (2012). *The Mindfulness Prescription for Adult ADHD: An 8-Step Program for Strengthening Attention, Managing Emotions, and Achieving Your Goals*. New York: Taylor Francis Group.





## تبیین نشانگان ضربه عشق بر اساس آشفتگی روانشناختی و صفات تاریک شخصیت با میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی

معصومه احمدی<sup>۱</sup>  
مهسا جعفری<sup>۲</sup>



### چکیده

ضربه عشقی در دانشجویان پدیده‌ای رایج است که باعث بروز مشکلات روان‌شناختی در آن‌ها می‌گردد.

هدف پژوهش حاضر، تدوین مدل ساختاری نشانگان ضربه عشق بر اساس آشفتگی روانشناختی و صفات تاریک شخصیت با میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی در دانشجویان دختر بود. نمونه آماری این پژوهش ۲۲۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه محقق اردبیلی بودند که به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه ضربه عشق (LTI)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱)، مقیاس صفات تاریک شخصیت جانسون و ویستر و پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی لیهی (LESS) بودند. برای آزمون مدل پیشنهادی از روش مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار lisrel 8.8 و spss۲۴ استفاده شده است. نتایج به‌دست آمده نشان داده که شاخص‌های برازش مدل مفهومی تحقیق پس از اصلاحات جزئی در سطح قابل قبولی بوده است و مدل ارزیابی شده با داده‌ها برازش خوبی داشته است و طبق ضرایب رگرسیونی بدست آمده متغیر طرحواره‌های هیجانی نقش میانجی را در بین رابطه آشفتگی روانشناختی و صفات تاریک شخصیت با نشانگان ضربه عشق داشته است.

کلیدواژه: نشانگان ضربه عشق، آشفتگی روانشناختی، صفات تاریک شخصیت، طرحواره‌های هیجانی.

### مقدمه

ارتباط، یکی از جنبه‌های مهم زندگی انسان است که دارای ابعاد مختلفی بوده و به صورت گوناگون شکل می‌گیرد. برقراری ارتباط به شکل موثر و یا ضعیف، بخش اصلی زندگی ما را تشکیل می‌دهد که یکی از مهم‌ترین ابعاد آن، ارتباط با جنس مخالف و مسئله ارتباط با جنس مخالف و مسئله ارتباط دوستانه بین دختران و پسران است، این نیاز در مقطع خاصی از زندگی یعنی سنین جوانی مطرح می‌شود (آقاجانی، اکبری، خلعتیری، صادقی و عباس، ۲۰۱۸)؛ این در حالی است که بسیاری از روابط عاشقانه، موفقیت آمیز نیست و شکست در عشق ممکن است در هر رابطه‌ای رخ دهد (امان‌اللهی، تردست و اصلاتی، ۲۰۱۶). عشق تنها راه حل برای داشتن دنیایی بهتر و عادلانه و همچنین راهی برای شادی درونی و صلح و آرامش است و از دست دادن آن مهمترین منابع درد و رنج است (پرلیپسکان، ۲۰۱۴). یکی از مشکلات عمده افراد، شکست در روابط عشقی و عاطفی است؛ به طوری که تجربه شکست عشقی با کاهش سطح بهزیستی (سیمون و بارت، ۲۰۱۰)، سطح پایین رضایت از زندگی (روحادث، کامپداس، آتکینز، استانلی و مارکمن، ۲۰۱۱) و خشم و اندوه (اسبارا و امری، ۲۰۰۵) ارتباط مستقیم دارد.

نشانگان ضربه عشق<sup>۲</sup> شامل مجموعه‌ای از نشانه‌ها و علائم شدیدی است که پس از مدتی انحلال رابطه عاشقانه ظاهر می‌شود. این مسئله باعث اختلال در عملکرد فرد در بسیاری از حوزه‌ها از جمله خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی شده و در نهایت به واکنش‌های ناسازگار منجر می‌شود (راس، ۲۰۰۷) و واکنش‌های غیرانتظاری به دنبال داشته و مدت زیادی باقی می‌ماند. این فروپاشی، افسردگی و خشم، احساس ناامنی عمیق، احساس درماندگی، گناه، هراس، ناامیدی، بدبینی، بی‌قراری، آسیب‌پذیری، از دست دادن تمرکز، انگیزه و انرژی، نشانه‌های فیزیکی مثل سردرد و بی‌نظمی خواب، بی‌اشتهایی یا پرخوری، تغییرات میل جنسی، بی‌حوصلگی و کندی روانی حرکتی و آشفتگی روان‌شناختی<sup>۱</sup> ایجاد می‌کند (واپلد، ۲۰۱۷).

میزان آشفتگی روان‌شناختی ایجاد شده به وسیله ضربه عشقی ممکن است پیش‌بین نشانگان ضربه عشقی باشد. آشفتگی روان‌شناختی یک حالت ذهنی ناخوشایند با نشانه‌هایی چون استرس، خلق پایین، اضطراب، افسردگی است که منجر به پایین آمدن سلامت روان شده و بر سطح کارکرد افراد تاثیر می‌گذارد (بایرام و بیلگل، ۲۰۰۸). در واقع آشفتگی روانشناختی یک اصطلاح کلی است که با تجربه حالات هیجانی یا شناختی آزاردهنده که با دامنه‌ی گسترده‌ای از آسیب‌های روانی ارتباط دارد. فرایندهای شناختی منفی و معیوب در شکل‌گیری و حفظ آشفتگی روان‌شناختی دخیل تلقی شده‌اند (مهو و شرر، ۲۰۱۵).

آشفتگی روان‌شناختی در میان دانشجویانی که دچار ضربه عشق شده‌اند از شیوع فزاینده‌ای برخوردار است (دل‌آرا و وودگیت، ۲۰۱۵)؛ کنتوان گلوس تسوری، کاندی، پاپا، اسکاس، پاپاگورگیو، ۲۰۱۵؛ لی و ایگساو، لیو و لی ۲۰۱۶؛ مکزی، وگال، موندت، براون، سیواس، هیلی جنستین و فلمینگ، ۲۰۱۱) که یکی از علت‌های آن می‌تواند مربوط به زندگی شخصی و مسائل عاطفی آنها باشد (دیربای و همکاران، ۲۰۰۶). آشفتگی روان‌شناختی در درازمدت در دانشجویان جوانی که دچار ضربه عشق شده‌اند با دامنه‌ی گسترده‌ای از نتایج منفی از قبیل تضعیف عملکرد تحصیلی، رفتار صدمه به خود و افکار خودکشی مرتبط تلقی شده است (بایرام و بیلگل، ۲۰۰۸؛ گارلو و همکاران، ۲۰۰۸). راستر، فو، کوتووا و هاگل (۲۰۱۴) تعدادی از آشفتگی‌های روان‌شناختی بعد از شکست عشقی ارائه داده‌اند که عبارتند از: حزن و ناراحتی، پریشانی ناشی از جدایی که شامل احساس عمیق غم و درد کاهش عزت نفس، مشکل در پذیرش ضربه، کاهش اعتماد به دیگران، کاهش عواطف و تحرک در زندگی، ایجاد پوچی و بی‌معنایی و ایجاد زمینه برای اختلالاتی همچون افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر

و





در مورد ارتباط بین صفات تاریک شخصیت و شکست روابط عاطفی مشخص شده است که این صفات با خیانت به معشوق (پرور، هانت، جیمز و ابل، ۲۰۱۷)، سطوح پایین از تعهد و صمیمیت در رابطه (علی و جامرو-پرمزیک، ۲۰۱۳)، بدبینی و بی‌اعتمادی (کریستی و گیز، ۲۰۰۴)، شرکای جنسی متعدد (ویزر، پوزبون، بوگارت و آشتون، ۲۰۱۴)، رفتار جنسی اجباری و رفتارهای خارج از چارچوب (مک‌هسکی، ۲۰۱۱) و رضایت پایین از رابطه (ایسال، ۲۰۱۸) در ارتباط می‌باشد.

پژوهش‌های پیشین نقش چندین سازه روان‌شناختی، مانند طرحواره‌های هیجانی را در تداوم، صمیمیت و رضایت از روابط عاشقانه مشخص کرده‌اند (چاتاو و ویشمن، ۲۰۰۹؛ کار، ۲۰۰۶). بسیاری از انسان‌ها به خاطر مشکلات ارتباطی در جستجوی درمان هستند، همچنین در بسیاری از اختلالات روانی شناخته شده مشکلات بین فردی دیده می‌شود. اغلب مشکلات بین فردی که افراد تجربه می‌کنند تحت تاثیر شیوه تصور آنها در مورد خود و دیگران است.

این شیوه تصور، طرحواره<sup>۲</sup> نامیده می‌شود. طرحواره بر پایه تجربه‌های ذهنی زندگی و رشد هشیارانه و ناهشیارانه اوایل کودکی شکل می‌گیرد (جیمز، سوزمن و بلاک بسول، ۲۰۰۴). یانگ بر این باور است که طرحواره به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیزگی و تفریح، محدودیت‌های واقع بینانه و خویش‌داری (یانگ، کلاسکو و ویشر، ۲۰۱۰؛ یوسفی، آبدین، تبرگر و فزآبادی، ۲۰۱۱).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه به علت ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند. نیازهای بنیادی، همچون دلبستگی ایمن<sup>۳</sup> به دیگران، خودگردانی<sup>۴</sup>، آزادی در بیان نیازها<sup>۵</sup> و هیجان‌های سالم، خودانگیزگی<sup>۶</sup> و محدودیت‌های واقع بینانه<sup>۷</sup> (تیم، ۲۰۱۰). این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند و فرد را به لحاظ روان‌شناختی نسبت به ایجاد آشفتگی‌هایی چون افسردگی، اضطراب، ارتباطات ناکارآمد، اعتیاد و اختلالات روانی<sup>۸</sup> آسیب پذیر می‌سازند (یانگ، ۱۹۹۹).

از نظر روانشناسان تکاملی صفات تاریک شخصیت می‌توانند تحت تاثیر شرایط و طرحواره‌های دوران کودکی قرار گیرند. استرس‌ها، ناملامت، خشونت‌ها یا روابط والدینی بی ثبات که منجر به تشکیل طرحواره‌های ناسازگار می‌شود رویکردی به زندگی را فعال می‌سازد که در تسخیر صفات تاریک شخصیت است (هارنسکی و کیل، ۲۰۱۰).

هر مرحله تحولی جدید، نیازمند نقش‌ها، مسئولیت‌ها، توقعات شناختی و سازگاری‌های رفتاری است، بنابراین طرحواره‌ها و راهبردهای مقابله‌ای پیشین با چالش‌رو به رو می‌شوند. افرادی که در خانواده‌های ناکارآمد بزرگ شده‌اند، به احتمال زیاد سبک‌های انعطاف‌ناپذیر و راهبردهای مقابله‌ای ترس برانگیز و ثابتی را به کار می‌گیرند. بنابراین چنین افرادی در گذار از مراحل زندگی (روابط عاشقانه) با مشکلات بیشتری رو به رو می‌شوند (ضرب، ۲۰۰۷). طرحواره‌هایی که در کنار آمدن با رویدادهای اوایل زندگی به کار رفته‌اند، در برخورد با رویدادهای بعدی زندگی ناکارآمد و در بعضی اوقات ناسازگارانه هستند. بنابراین ممکن است بر روابط بعدی زندگی اثر بگذارند و از توانایی فرد برای احساس رضایت در روابط عاشقانه جلوگیری کرده و دچار شکست و ضربه‌عشقی می‌شوند (فتلی، نولر، ۱۹۹۶).

پژوهش‌های چندی به بررسی رابطه میان طرحواره‌های اولیه با صمیمیت، نزدیکی، استحکام و سازگاری در روابط عشقی پرداختند و نشان داده‌اند طرحواره‌های ناسازگار اولیه با صمیمیت و سازگاری در روابط عاشقانه و زناشویی رابطه دارند (مک-دروم، ۲۰۰۸؛ بایرامی، فیهیمی، اکبری و امیری، ۲۰۱۲). پژوهش‌های سامر و کوزارلی (۲۰۰۴) نشان داد طرحواره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری<sup>۹</sup>، محرومیت هیجانی<sup>۱۰</sup>، استحقاق‌بزرگ‌منشی<sup>۱۱</sup> و خود انضباطی و خودکنترلی ناکافی<sup>۱۲</sup> با کاهش رضایت از روابط عاشقانه و ضربه‌عشقی رابطه دارند.

برخی ویژگی‌ها مانند صفات شخصیت، ما را در درک روابط رمانتیک، کیفیت آن و همبستگی مثبت و منفی آن با سلامت و شکست عاطفی یاری می‌دهد. افراد مختلف، ذهنیت‌های متفاوتی نسبت به عاطفه، محبت و دلبستگی دارند که از سالها قبل، در ذهن آنها شکل گرفته است. کسانی که به هر دلیلی، داشتن رابطه عاطفی با والد خود را از دست می‌دهند، همیشه به دنبال یک جایگزین می‌گردند. بر این اساس اگر در رابطه عاشقانه نیز با شکست مواجه شوند، یک احساس عدم امنیت به آنها دست خواهد داد؛ بر این اساس، اثرات و پیامدهای منفی ضربه‌عشقی از فردی به فرد دیگر متفاوت است. از این رو، تفاوت‌های فردی در ویژگی‌های زیادی از جمله نوع شخصیت در سازگاری فرد با شکست عاطفی موثر است و بر روی انتظارات فرد درباره‌ی خود و دیگران تاثیر می‌گذارد (ضاربه و همکاران، ۲۰۱۴). آن دسته از جنبه‌های شخصیت که در دهه اخیر در کانون توجه تجربی و پژوهشی بوده‌اند، شامل سه گانه تاریک شخصیت<sup>۱۳</sup> می‌شوند که متشکل از سه صفت شخصیتی خودشیفتگی<sup>۱۴</sup>، جامعه‌ستیزی<sup>۱۵</sup> و ماکیاولیسم<sup>۱۶</sup> است (بشریور، ۱۳۹۴). اولین مولفه از صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، خودشیفتگی است که به احساسات مبالغه‌آمیز بزرگ‌منشی، غرور، غرق شدن در خود و محق بودن اشاره دارد. خودشیفتگی در جنبه‌های مختلف عملکرد بین فردی تداخل ایجاد می‌کند، چون دیگران از گرایش‌های استثمارگرانه، خودمحوری و بزرگ‌منشی فرد خودشیفته به ستوه می‌آیند (زیگلر-هیل، ۲۰۱۶؛ مورف و رادوالف، ۲۰۰۱) جامعه‌ستیزی، نحس‌ترین صفت در مجموعه صفات تاریک است (پاول هوس و ویلیامز، ۲۰۰۲؛ رادومن، ۲۰۱۲). و با ویژگی‌هایی مانند تکانش‌گری، هیجان‌طلبی، سنگدلی، گستاخی و پرخاشگری بین فردی مشخص می‌شود (پاتریک و فاولیس، ۲۰۰۹). سومین مولفه صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، اصطلاح ماکیاولیسم است که به احترام اندیشه‌های نیکولا ماکیاولی به این نام معروف شده است. ماکیاولیسم منعکس‌کننده جهت‌گیری به شدت خودخواهانه‌ای است که فرد تمایل دارد از هر راهی مانند فریب کاری، تقلب و بهره‌کشی به اهداف خود برسد (زیگلر-هیل، ۲۰۱۶). پولاس و ویلیامز (۲۰۰۲) که اصطلاح صفات سه‌گانه تاریک شخصیت را ابداع و مطرح کردند، شباهت‌ها و تفاوت‌ها بین صفات سه‌گانه شخصیت را گسترش دادند. این نویسندگان اشاره کردند صفات تاریک شخصیت ویژگی‌های مشترکی مانند ناسازگاری، سنگدلی، فریب کاری، خودمحوری، فقدان صداقت و فروتنی و گرایش به بهره‌کشی بین فردی دارند.

به نظر می‌رسد که عشق و بسیاری از جنبه‌های سرمایه‌گذاری عاطفی در روابط عاشقانه با خصوصیات بنیادی شخصیت انسان مرتبط باشند، که شامل صفات سه‌گانه تاریک شخصیت هم می‌شود (وایت، هندریک و هندریک، ۲۰۰۴). صفات تاریک شخصیت از جمله مولفه ماکیاولیسم با همدلی عمومی و روابط عاطفی مرتبطند. افراد دارای صفات تاریک شخصیت، معمولاً به ماجراجویی تمایل دارند و به دنبال حس‌های نو هستند. آنها در روابط‌شان با دیگران از آنها سواستفاده و بهره‌کشی کرده و در این زمینه، هیچ احساس گناه و اضطرابی نمی‌کنند. این افراد معمولاً به دنبال به حداکثر رساندن منافع خود بوده و در روابط شخصی بی‌مسئولیتند و از صمیمیت اجتناب می‌کنند. لذا این ویژگی‌ها باعث شکست در روابط عشقی و کاهش رضایت در روابط می‌شوند (وای و تیلوپوس، ۲۰۱۲؛ جانسون، لیونس، بتلو رز، ۲۰۱۳؛ جانسون و کراس، ۲۰۱۳).

- 1-Dark personality traits
- 2-Narcissism
- 3-Antisocial
- 4-Machiavellianism
- 5-Schema
- 6-secure attachment
- 7-autonomy

- 8- freedom to express valid needs and emotions
- 9-secure attachment
- 10-realistic limits
- 11-psychoomatic disorders
- 12- mistrust/abuse
- 13-emotional deprivation
- 14-entitlement/grandiosity
- 15-insufficient self-control/self-discipline



خود کنترلی ناکافی با کاهش رضایت از روابط عاشقانه و ضربه عشقی رابطه دارند. اکبری و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که دانشجویان دارای شکست عشقی با نشانگان بالینی دارای طرحواره های ناسازگار اولیه فعال تری هستند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تبیین نشانگان ضربه عشق دانشجویان بر اساس آشفتگی روان شناختی و صفات تاریک شخصیت با میانجی گری طرحواره های هیجانی در دانشجویان اجرا شد.

## روش

روش پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ (N=۶۰۰) بودند. از آنجایی که به رغم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم در مدل های ساختاری ۲۰۰ است (حبیبی، ۲۰۱۲)، نمونه پژوهش مورد نظر با توجه به عدم امکان دستیابی به فهرست کامل افراد به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۲۲۰ نفر دختر می باشد. روش جمع آوری داده ها به این صورت بود که با توجه به شرایط قرنطینه و رعایت دستورالعمل های بهداشتی و عدم دسترسی حضوری به آزمودنی ها، داده های پژوهش به صورت پرسشنامه اینترنتی گردآوری شد. برای سنجش متغیرهای پژوهش از ۴ پرسشنامه به شرح زیر استفاده گردید:

**مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱):** مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند تهیه شد. این مقیاس، یک مقیاس خود گزارشی است که هر یک از علائم افسردگی، اضطراب و استرس را مورد ارزیابی قرار می دهد. این مقیاس فرم کوتاه آن دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سه سازه روانی را توسط ۷ عبارت می سنجد. آزمودنی ها می بایست به عبارات در یک طیف چهار گزینه ای (از اصلا تا خیلی زیاد) با نمره گذاری ۰ برای گزینه اصلا و ۳ برای گزینه خیلی زیاد پاسخ دهند. علاوه بر این، در این پرسشنامه همه سوالات به صورت مستقیم نمره گذاری می شود. نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده اضطراب، افسردگی و استرس بالاتر در فرد است. هنری و کوافورد (۲۰۰۵) با استفاده از یک نمونه ۱۷۹۴ نفری در انگلستان، پایایی کل این مقیاس را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و برای سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ گزارش دادند. (شغیعی و فاتحی زاده، ۱۳۹۶). سامانی و جوکار (۱۳۸۶) ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه را در ایران

مورد بررسی قرار دادند. اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ برای این سه مقیاس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸.

**پرسشنامه طرحواره هیجانی لیهی<sup>۱</sup> (LESS):** مقیاس طرحواره هیجانی لیهی، توسط لیهی (۲۰۰۲) و به منظور شفاف سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجانات و طرحواره های هیجانی آن ها معرفی شده است. در این مقیاس افراد دیدگاه خود را درباره ۵۰ عبارت و در یک مقیاس ۶ گزینه ای بین ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) ابراز می دارند. اعتبار بخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، ساده انگاری هیجانی،

پیگیری ارزش های بالاتر، کنترل بی حسی هیجانی، نیاز به منطق گرایی، تداوم هیجانی، همگانی بودن هیجانات، پذیرش هیجانات، نشخوار ذهنی، ابراز هیجانی و سرزنش دیگران، طرحواره های هیجانی مورد ارزیابی در این مقیاس می باشد. هر یک از این ابعاد بین ۲ تا ۷ عبارت را در خود گنجانده است. از آنجا که برخی از ابعاد طرحواره های ناسازگار و برخی طرحواره های سازگار را می سنجد لذا نمره کلی وجود ندارد و نمرات هر بعد جداگانه محاسبه می شود. در مطالعه ای که بر روی ۱۲۸۶ شرکت کننده بر روی فرم اصلی این مقیاس انجام شده همسانی درونی بالایی به میزان ۰/۸۰ گزارش شده (لیهی، ۲۰۱۱). همچنین در مطالعه ای دیگر آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ و ضریب اعتبار دو نیمه آن برابر با ۰/۷۰ گزارش شده است (پاروز و همکاران، ۲۰۱۱). خانزاده و همکاران همبستگی هر گویه را با نمره کل زیر مقیاس مربوط به آن بین ۰/۵۲ تا ۰/۹۲ و همبستگی هر گویه با نمره کل مقیاس را بین ۰/۱۲ تا ۰/۵۲ به دست آورده اند. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس ها در دامنه بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است. همچنین ضریب همسانی درون مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمده است (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین در این پژوهش میزان پایایی این پرسشنامه ۰/۹۵ برآورد گردید.

## جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهشی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشدیدی
ضربه عشقی	۲۵/۵۲	۴/۰۱	۱۶/۰۳	-۰/۸۳	-۰/۱۶
سایکوباتی	۱۲/۱۳	۳/۶۸	۱۳/۵۶	۰/۹۷	۰/۴۲
خودشیفتگی	۲۱/۵۰	۲/۳۹	۵/۶۹	-۰/۲۲	۰/۶۹
ماکیاولیستی	۲۳/۵۷	۳/۸۶	۱۴/۹۰	-۰/۴۰	-۰/۸۶
افسردگی	۱۹/۰۱	۱/۸۱	۳/۲۸	-۰/۵۸	-۰/۱۸
اضطراب	۱۸/۱۲	۱/۲۸	۱/۶۵	-۰/۲۳	۰/۱۰
استرس	۱۹/۲۷	۱/۱۳	۱/۲۷	-۰/۷۰	۰/۶۳
طرحواره های هیجانی انطباقی	۱۰۳/۱۰	۲۴/۰۳	۵۷۷/۵۲	-۰/۷۸	-۰/۳۸
طرحواره های هیجانی غیر انطباقی	۱۲۱/۵۳	۳۰/۷۴	۹۴۵/۲۲	-۰/۸۸	-۰/۰۷



پرسشنامه ضربه عشق (LTI): مقیاسی است که راس در سال ۱۹۹۹ برای سنجش شدت ضربه عشق تهیه کرده و از ده ماده ۴ گزینه‌ای تشکیل شده است. این پرسشنامه یک ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم می‌کند. نقطه برش این پرسشنامه، ۲۰ در نظر گرفته می‌شود. در نمره‌گذاری گزینه‌های هر سوال، به ترتیب نمره ۳ تا صفر گرفته می‌شود، فقط سوال‌های یک و دو به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بعد از امتیازدهی، جمع نمره‌ها به عنوان وضعیتی از نشانگان ضربه در نظر گرفته می‌شود. اگر نمره آزمودنی بین ۲۰ تا ۳۰ قرار گرفته باشد، این شرایط به معنای تجربه جدی نشانگان ضربه عشق می‌باشد و درخواست کمک از افراد حرفه‌ای و متخصص (مشاور روانشناس) توصیه می‌شود (راس، ۲۰۰۷). ضربه همسانی درونی (ضربه‌آلفا) این پرسشنامه ۰/۸۱ و ضربه اعتبار آن در ایران با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ به دست آمده است (اکبری، محمود علیلو، خانجانی و پوربریفی، ۲۰۱۲). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

### روش اجرا

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که کل پرسشنامه و هدف مطالعه بر روی یک صفحه اینترنتی طراحی شد و لینک آن از طریق برنامه واتساپ، تلگرام و اینستاگرام برای دخترانی که در گروه‌های دانشگاهی بودند ابتدا سوال به عمل آمد که دارای سابقه شکست عاطفی باشند، و بعد برای آن‌ها ارسال شد و دختران از طریق آن لینک می‌توانستند وارد صفحه پرسشنامه‌ها شده و

مقیاس ۱۲ آیتمی سه صفت تاریک شخصیت جانسون و وبستر: این مقیاس توسط جانسون و وبستر (۲۰۱۰) ساخته شده و شامل ۱۲ گویه است که سه صفت تاریک ماکیاول‌گرایی، سایکوپاتی و خودشیفتگی را می‌سنجد. آزمودنی‌ها به گویه‌های این آزمون در مقیاس لیکرت ۹ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۹ (کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهند که نمره بالا نشان دهنده بیشتر بودن آن صفت در فرد است. هریک از خرده آزمون‌های این ابزار همبستگی خوبی با پرسشنامه‌های خودشیفتگی (راسکین و تری، ۱۹۸۸)، ماکیاول‌گرایی (کریستی و گیس، ۱۹۷۰) و مقیاس سایکوپاتی (پاول هاوز، همفیل و هاری، ۲۰۱۰) دارد و ضربه پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۹ برای کل مقیاس، ۰/۸۶ برای ماکیاول‌گرایی، ۰/۷۶ برای سایکوپاتی و ۰/۸۷ برای خودشیفتگی گزارش شده است (جانسون و وبستر، ۲۰۱۰). سوالات ۱ تا ۴ این مقیاس، صفت ماکیاول‌گرا، سوالات ۵ تا ۸، صفت خودشیفتگی و سوالات ۹ تا ۱۲ نیز صفت سایکوپاتی را اندازه می‌گیرد. روایی پرسش‌نامه به وسیله تحقیقات قبلی و همچنین نظر اساتید دانشگاهی مورد تأیید واقع شده و پایایی آن نیز به وسیله ضربه آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ گزارش شده است (بشرپور و شفیعی، ۱۳۹۴).



## جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
۱- ضربه عشقی									۱	
۲- سایکوپاتی								۱	۰/۶۳**	
۳- خودشیفتگی							۱	۰/۶۶**	۰/۸۲**	
۴- ماکیاولیستی						۱	۰/۸۳**	۰/۸۲**	۰/۸۷**	
۵- افسردگی					۱	۰/۸۹**	۰/۹۱**	۰/۶۴**	۰/۸۸**	
۶- اضطراب				۱	۰/۸۱**	۰/۷۲**	۰/۷۸**	۰/۵۴**	۰/۷۳**	
۷- استرس			۱	۰/۷۵**	۰/۸۷**	۰/۸۱**	۰/۸۵**	۰/۶۸**	۰/۸۲**	
۸- طر حواره‌های هیجانی انطباقی		۱	۰/۷۸**	۰/۷۱**	۰/۸۲**	۰/۸۲**	۰/۷۷**	۰/۵۶**	۰/۹۳**	
۹- طر حواره‌های هیجانی غیر انطباقی	۱	-۰/۴۰**	-۰/۶۵**	-۰/۷۲**	-۰/۶۷**	-۰/۵۲**	-۰/۶۸**	-۰/۴۶**	-۰/۴۸**	

انجام شد. جهت آزمون اثرهای واسطه‌ای در الگوی پیشنهادی و معنی‌داری آن‌ها از آزمون سوبل (۱۹۸۲) استفاده گردید.

### یافته‌ها

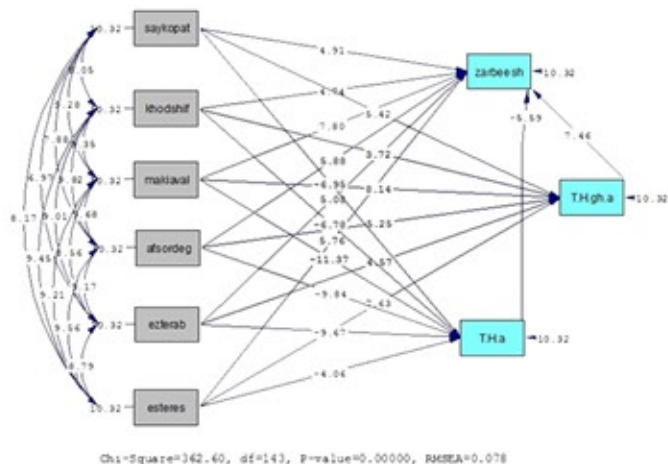
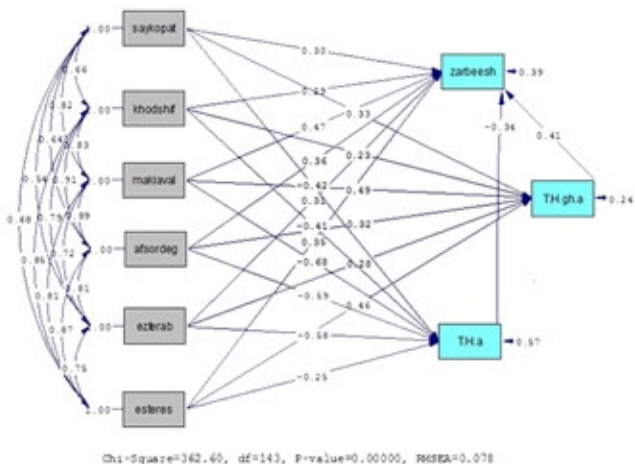
تعداد ۲۲۰ دانشجوی دختر در این پژوهش شرکت کردند که میانگین و انحراف سنی آن‌ها (۲۲/۶۳ ± ۵/۲۷) بود. از آنجایی که در بین پژوهش همه افراد دختر بودند این ویژگی جمعیت شناختی کنترل شد ولی در مورد وضعیت تحصیلات آزمودنی‌ها ۵۳/۲۱ دارای مدرک کارشناسی، ۴۴/۵۲ مدرک ارشد و تنها ۲/۲۷ مدرک دکترا دارند. همچنین در مورد وضعیت تأهل آزمودنی‌ها، تعداد ۱۷ نفر (۷/۷۲) مطلقه و ۲۰۳ نفر (۹۲/۲۸٪) مجرد بودند.

آن را تکمیل کنند. در فاصله ۱ اسفند تا ۳۰ اردیبهشت تعداد ۲۲۰ نفر تمام پرسشنامه‌ها را به صورت کامل تکمیل کرده بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی میانگین و انحراف معیار افراد نمونه با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. سپس در بخش آمار استنباطی برای بررسی فرضیه‌های پژوهش داده‌ها به روش معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به‌منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی، الگوی مدل معادلات ساختاری مورد استفاده قرار گرفت. در مرحله اول الگوی اندازه‌گیری و در مرحله دوم بخش ساختاری الگو بر پایه نتایج مرحله اول و با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری (SEM) بدست آمد. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویراست ۲۵ و AMOS ویراست ۲۳



نمودار ۲- آزمون مدل تحقیق (در حالت T-Value)

نمودار ۱- آزمون مدل تحقیق (در حالت استاندارد)



جدول ۳- شاخص‌های برازندگی مدل تحقیق

نتیجه	بازه قابل قبول	مقدار	نام شاخص
قابل قبول	کمتر از ۳	۲/۵۳	نسبت کای اسکور بر درجه آزادی
خوب	خوب: کمتر از ۰/۰۸   متوسط: ۰/۰۸ تا ۰/۱	۰/۰۷۸	شاخص ریشه میانگین مربعات خطا
قابل قبول	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۱	شاخص برازش تطبیقی
قابل قبول	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۲	شاخص نیکویی برازش
قابل قبول	بیشتر از ۰/۸۰	۰/۸۴	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده

برقرار است. همچنین بین صفات تاریک شخصیت (سایکوپاتی، خودشیفتگی، ماکیاوالیسم) با افسردگی به ترتیب  $(r=0/64; p<0/01)$ ،  $(r=0/91; p<0/01)$ ،  $(r=0/89; p<0/01)$ ، اضطراب به ترتیب  $(r=0/54; p<0/01)$ ،  $(r=0/78; p<0/01)$ ،  $(r=0/72; p<0/01)$ ، استرس به ترتیب  $(r=0/68; p<0/01)$ ،  $(r=0/85; p<0/01)$ ،  $(r=0/81; p<0/01)$ ، و طرحواره‌های هیجانی انطباقی به ترتیب  $(r=0/77; p<0/01)$ ،  $(r=0/82; p<0/01)$ ، رابطه مثبت و معنادار و با طرحواره‌های هیجانی غیر انطباقی به ترتیب  $(r=-0/46; p<0/01)$ ،  $(r=-0/68; p<0/01)$ ،  $(r=-0/52; p<0/01)$  در سطح معنادار ۹۹ درصد، رابطه منفی و معنی دار و بین آشفتگی روانشناختی (افسردگی)  $(r=0/82; p<0/01)$ ، اضطراب  $(r=0/71; p<0/01)$  و استرس  $(r=0/78; p<0/01)$  و با طرحواره‌های هیجانی انطباقی رابطه مثبت و معنی دار و بین آشفتگی روانشناختی (افسردگی)  $(r=-0/67; p<0/01)$ ، اضطراب  $(r=-0/72; p<0/01)$  و استرس  $(r=-0/65; p<0/01)$  با طرحواره‌های هیجانی غیر انطباقی رابطه منفی و معنی دار برقرار است. در ادامه تحقیق با استفاده از معادلات ساختاری و روش تحلیل مسیر به بررسی اثر مستقیم و غیر مستقیم صفات تاریک شخصیت (سایکوپاتی، خودشیفتگی، ماکیاوالیسم) و آشفتگی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) با میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی بر ضربه عشقی دانشجویان پرداخته می‌شود.

مطابق جدول ۱، میانگین امتیاز ضربه عشقی در افراد مورد مطالعه ۲۵/۵۲ بدست آمده است. از نظر میانگین صفات تاریک شخصیت، سایکوپاتی ۱۲/۱۳، خودشیفتگی ۲۱/۵۰ و ماکیاولیستی ۲۳/۵۷ بدست آمد. با در نظر گرفتن میانگین‌های بدست آمده، میزان مثلث تاریک شخصیت در سطح متوسطی می‌باشد. میانگین امتیاز متغیر افسردگی ۱۹/۰۱، اضطراب ۱۸/۱۲ و استرس ۱۹/۲۷ بدست آمد، با توجه به نمرات، دانشجویان مورد مطالعه اضطراب، افسردگی و استرس بالایی دارند. از سوی دیگر مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرهای پژوهش در بازه (۲، -۲) قرار دارد؛ یعنی از لحاظ کجی متغیرهای پژوهش نرمال بوده و توزیع آنها متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی آنها نیز در بازه (۲، -۲) قرار دارد؛ با توجه به نتایج ماتریس همبستگی (جدول ۲)، بین نشانگان ضربه عشق با سایکوپاتی  $(r=0/82; p<0/01)$  خودشیفتگی  $(r=0/82; p<0/01)$  ماکیاوالیسم  $(r=0/87; p<0/01)$  افسردگی  $(r=0/88; p<0/01)$ ، اضطراب  $(r=0/73; p<0/01)$  استرس  $(r=0/82; p<0/01)$  و طرحواره‌های هیجانی انطباقی  $(r=0/92; p<0/01)$  در سطح ۹۹ درصد رابطه مثبت و معنی دار و با طرحواره‌های هیجانی غیر انطباقی  $(r=-0/48; p<0/01)$  در سطح معنادار ۹۹ درصد، رابطه معکوس و معنی دار



جدول ۴- معادلات ساختاری مدل تحقیق

متغیرها	ضرایب مسیر	مقدار T	خطای استاندارد	معنی داری
سایکوپاتی	۰/۳۳	۵/۴۲	۰/۱۱۲	معنی دار
سایکوپاتی	-۰/۴۲	-۶/۹۵	۰/۱۰۲	معنی دار
سایکوپاتی	۰/۳۰	۴/۹۱	۰/۱۱۵	معنی دار
خودشیفتگی	۰/۲۳	۳/۷۲	۰/۱۲۳	معنی دار
خودشیفتگی	-۰/۴۱	-۶/۷۸	۰/۱۰۳	معنی دار
خودشیفتگی	۰/۲۹	۴/۷۴	۰/۱۱۷	معنی دار
ماکیاولیستی	۰/۴۹	۸/۱۴	۰/۰۹۴	معنی دار
ماکیاولیستی	-۰/۶۸	-۱۱/۳۷	۰/۰۷۲	معنی دار
ماکیاولیستی	۰/۴۷	۷/۸۰	۰/۰۹۶	معنی دار
افسردگی	۰/۳۲	۵/۲۵	۰/۱۱۳	معنی دار
افسردگی	-۰/۵۹	-۹/۸۴	۰/۰۸۲	معنی دار
افسردگی	۰/۳۶	۵/۸۸	۰/۱۰۹	معنی دار
اضطراب	۰/۲۸	۴/۵۷	۰/۱۱۸	معنی دار
اضطراب	-۰/۵۸	-۹/۶۷	۰/۰۸۳	معنی دار
اضطراب	۰/۳۱	۵/۰۸	۰/۱۱۴	معنی دار
استرس	۰/۴۶	۷/۶۳	۰/۰۹۷	معنی دار
استرس	-۰/۲۵	-۴/۰۶	۰/۱۲۱	معنی دار
استرس	۰/۳۵	۵/۷۶	۰/۱۱۰	معنی دار
طر حواره‌های هیجانی غیرانطباقی	۰/۴۱	۷/۴۶	۰/۱۰۳	معنی دار
طر حواره‌های هیجانی انطباقی	-۰/۳۴	-۵/۵۹	۰/۱۱۱	معنی دار

با توجه به جدول ۴، چون مقدار آماره T بین متغیرهای صفات تاریک شخصیت (سایکوپات، خودشیفتگی، ماکیاولیسم) و آشفتگی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) با طر حواره‌های هیجانی غیر انطباقی و ضربه عشقی خارج از بازه (۱/۹۶ & ۱/۹۶-) است لذا اثر مستقیم متغیرهای صفات تاریک شخصیت و آشفتگی روان‌شناختی بر طر حواره‌های هیجانی غیرانطباقی و ضربه عشقی، معنی دار و با در نظر گرفتن ضرایب مسیر جهت این تاثیر مثبت و معنی دار است. همچنین با در نظر گرفتن مقادیر آماره و ضرایب مسیر، اثر مستقیم متغیرهای صفات تاریک شخصیت و آشفتگی روان‌شناختی بر طر حواره‌های هیجانی انطباقی معنی دار و معکوس بدست آمد؛ و در نهایت اثر مستقیم متغیر طر حواره‌های هیجانی غیرانطباقی و انطباقی بر ضربه عشقی دانشجویان، معنادار و با توجه به ضرایب مسیر جهت آنها به ترتیب مثبت و معکوس بود.

جهت بررسی اثر غیرمستقیم صفات تاریک شخصیت (سایکوپاتی، خودشیفتگی، ماکیاولیسم) و آشفتگی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) بر ضربه عشقی دانشجویان با میانجی گری طر حواره‌های هیجانی از آزمون تست سوبل استفاده شده است. آزمون سوبل یکی از رویکردهای پرکاربرد در قبول یا رد فرضیات مربوط به نقش میانجی یک متغیر می‌باشد. که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است. همچنین برای تعیین شدت اثر غیرمستقیم از طریق میانجی از آماره‌ای به نام VAF<sup>۱</sup> استفاده می‌شود که مقداری بین ۰ تا ۱ را اختیار می‌کند؛ و هر چه این مقدار به ۱ نزدیک تر باشد، نشان از قوی‌تر بودن تاثیر میانجی دارد. درواقع این مقدار اثر غیرمستقیم به اثر کل را می‌سنجد.



## جدول ۵- نتایج تحلیل اثرات غیر مستقیم صفات تاریک شخصیت و آشفتگی روانشناختی بر ضربه عشقی دانشجویان با میانجی-گری طرحواره‌های هیجانی

نتیجه آزمون	آماره VAF	ضریب مسیر استاندارد	T-sobel	فرضیه پژوهش	سایکوپاتی
تأیید	۳۱/۰	۱۳/۰	۳۶/۲	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی
تأیید	۳۲/۰	۱۴/۰	۴۵/۲	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی انطباقی
عدم تأیید	-	-	۸۰/۱	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی
تأیید	۳۳/۰	۱۴/۰	۴۱/۲	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی انطباقی
تأیید	۳۰/۰	۲۰/۰	۱۸/۳	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی
تأیید	۳۳/۰	۲۳/۰	۷۱/۳	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی انطباقی
تأیید	۲۷/۰	۱۳/۰	۳۱/۲	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی
تأیید	۳۶/۰	۲۰/۰	۲۳/۳	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی انطباقی
تأیید	۲۷/۰	۱۲/۰	۰۹/۲	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی
تأیید	۳۹/۰	۲۰/۰	۱۹/۳	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی انطباقی
تأیید	۳۵/۰	۱۹/۰	۰۳/۳	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی
عدم تأیید	-	-	۶۹/۱	ضربه عشقی	طرحواره‌های هیجانی انطباقی

هیجانی غیرانطباقی می‌تواند تبیین گردد. همچنین ۳۲ درصد تأثیر سایکوپاتی بر ضربه عشقی، ۳۳ درصد تأثیر خودشیفتگی و ماکیاولیسم بر ضربه عشقی، ۳۶ درصد تأثیر افسردگی بر ضربه عشقی و ۳۹ درصد تأثیر اضطراب بر ضربه عشقی از طریق طرحواره‌های هیجانی انطباقی می‌تواند تبیین گردد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تبیین نشانگان ضربه عشق بر اساس آشفتگی روان‌شناختی و صفات تاریک شخصیت با میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی بود. نتایج نشان داد که مدل ارائه شده برای تبیین رابطه از برآزش مناسبی برخوردار است. یافته‌ها نشان داد که آشفتگی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (اضطراب، افسردگی و استرس) با نشانگان ضربه عشق رابطه مثبت و معناداری دارد که این نتیجه با یافته‌های اسپارا (۲۰۱۵)؛ دل پالسیو گونزالس، (۲۰۱۷)، رجبی و علیمرادی (۱۳۹۷) همسو بود. نتایج تحقیقات شلمن، سیفگ کرینک، اسکارف، لیو آری، و لوی (۲۰۱۸) بیان‌کننده این است که افرادی که دچار افسردگی ناشی از شکست عاطفی می‌شوند، در اوایل بزرگسالی با دشواری بیشتری به بهبودی دست خواهند یافت.

اضطراب و استرس نیز به عنوان یکی دیگر از پیامدهای شکست در رابطه عاشقانه باعث کاهش سازگاری هیجانی در این افرادی می‌شود (فاگوندا، ۲۰۱۴). بنابراین، عدم توانایی در غلبه بر جدایی و ادامه دادن نشخوار فکری درباره رابطه منحل شده ممکن است باعث شود دانشجویان در معرض استرس قرار بگیرند و شروع درونی شدن آسیب روانی را توضیح دهد (میشل، مک لاکین، شپرد و تولن هوکسما، ۲۰۱۶). همچنین، گاهی دانشجویان دارای شکست عاطفی تنهایی را برای خویش انتخاب می‌کنند. این تنهایی ناشی می‌گردد.

با توجه به جدول ۵، میزان آمار تی غیرمستقیم (تی سوبل) بین متغیرهای سایکوپاتی، ماکیاولیسم، افسردگی، اضطراب و استرس با ضربه عشقی در میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی، خارج از بازه (۱/۹۶ & -۱/۹۶) است؛ لذا فرضیه اثر غیر مستقیم متغیرهای سایکوپاتی، ماکیاولیسم، افسردگی، اضطراب و استرس بر ضربه عشقی پذیرفته می‌شود. بنابراین متغیرهای سایکوپاتی، ماکیاولیسم، افسردگی، اضطراب و استرس علاوه بر اثر مستقیم، به طور غیرمستقیم و از طریق طرحواره‌های هیجانی غیر انطباقی نیز بر ضربه عشقی دانشجویان تأثیر می‌گذارند. همچنین میزان آمار تی غیرمستقیم (تی سوبل) بین متغیرهای سایکوپاتی، خود شیفتگی، ماکیاولیسم، افسردگی و اضطراب با ضربه عشقی در میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی انطباقی، نیز خارج از بازه (۱/۹۶ & -۱/۹۶) است؛ لذا فرضیه اثر غیرمستقیم متغیرهای سایکوپاتی، خود شیفتگی، ماکیاولیسم، افسردگی و اضطراب بر ضربه عشقی پذیرفته می‌شود. لذا متغیرهای سایکوپاتی، خود شیفتگی، ماکیاولیسم، افسردگی و اضطراب علاوه بر اثر مستقیم، به طور غیر مستقیم و از طریق طرحواره‌های هیجانی انطباقی نیز بر ضربه عشقی دانشجویان تأثیر می‌گذارند.

با توجه به میزان به‌دست‌آمده برای آماره VAF مشاهده می‌شود که ۳۱ درصد تأثیر سایکوپاتی بر ضربه عشقی، ۳۲ درصد تأثیر ماکیاولیسم بر ضربه عشقی، ۲۷ درصد تأثیر افسردگی و اضطراب بر ضربه عشقی و ۳۵ درصد تأثیر استرس بر ضربه عشقی از طریق طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی می‌تواند تبیین گردد. همچنین ۳۲ درصد تأثیر سایکوپاتی بر ضربه عشقی، ۳۳ درصد تأثیر خودشیفتگی و ماکیاولیسم بر ضربه عشقی، ۳۶ درصد تأثیر افسردگی بر ضربه عشقی و ۳۹ درصد تأثیر اضطراب بر ضربه عشقی از طریق طرحواره



گرفته می‌شود و یا فرد با آن می‌جنگد، اضطراب در فرد به شکل گسترده ای افزایش یافته و در مشکلات خود غرق می‌شوند و به‌اینترتیب توانایی خود را برای مقابله با این مشکلات از دست داده و این را در نظر نمی‌گیرند که افراد دیگر هم ممکن است به این مشکلات دچار باشند (هیم و نورف، ۲۰۱۷).

باتوجه به معنی‌داری میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی انطباقی در مسیر رابطه صفات تاریک شخصیت (سایکوپات، خودشیفتگی و ماکیاولیستی) با نشانگان ضربه عشق می‌توان انتظار داشت که صفات تاریک شخصیت علاوه بر اثر مستقیم، به واسطه طرحواره‌های هیجانی انطباقی نیز اثر غیرمستقیم بر نشانگان ضربه عشق داشته باشد. این یافته با نتایج تحقیقات نوردال، هولت و هوگوم (۲۰۱۶)، بال و سسرو (۲۰۱۱)؛ لطفی، دنیوی و خسروی (۲۰۱۷) و احمدی (۲۰۱۵) یکسان می‌باشد. نظریه پردازان شناختی - رفتاری معتقدند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت خود شیفته در مورد خودشان عقاید ناسازگارانه‌ای دارند. از جمله اینکه معتقدند آدم‌های استثنائی هستند که باید متفاوت تر از آدم‌های معمولی با آنها برخورد شود. طرحواره استحقات وقتی بوجود می‌آید که کودکان با آسان‌گیری افراطی از سوی والدین مواجه شوند و به آنها اجازه داده شود بدون در نظر گرفتن نیازهای دیگران هرکاری که می‌خواهند بکنند (یانگ، کلاسکو و ویشر، ۲۰۱۳).

باور به بی‌نقص بودن در تمام اوقات که معمولاً به‌علت اجتناب از عیب‌جویی است از ویژگی‌های طرحواره معیارهای سرسختانه است. آسیب‌پذیری عزت نفس افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته موجب می‌شود که آنان نسبت به آسیب ناشی از انتقاد یا شکست خیلی حساس باشند و در نتیجه برای اجتناب از سرافکنندگی تلاش می‌کنند کارها را به نحو احسن انجام دهند. طرحواره معیارهای سرسختانه از آنجا که طرحواره‌های ناسازگار اطاعت، ایشار، شکست و بازداری هیجانی پیشبینی کننده منفی اختلال شخصیت خودشیفته بودند می‌توان گفت که چون شخصیت‌های خودشیفته بیش از حد به خودشان ارزش می‌دهند و از خود راضی، متکبر و مغرورند. هنگام افشاکاری خویشتن، در طرحواره‌های ایشار و اطاعت نمره پایینی می‌گیرند و میزان طرحواره‌های هیجانی در آن‌ها کم است. همچنین فقدان نسبی ابراز هیجانات مثبت و آسیب‌پذیری به انتقاد یا شکست از دیگر ویژگی‌های افراد خودشیفته است. اما برای مثبت جلوه دادن خویش، در پایین گزارش دادن طرحواره‌های بازداری هیجانی و شکست اغراق می‌کنند (فتحی، آشتیانی و دستانی، ۲۰۱۳).

آخرین نتیجه‌ای که می‌توان از یافته‌های این پژوهش به‌دست آورد این بود که طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی در مسیر رابطه صفات تاریک شخصیت (سایکوپات، خودشیفتگی و ماکیاولیستی) با نشانگان ضربه عشق اثر غیرمستقیم دارد. این پژوهش با یافته‌های یوسفی و احمدیان (۲۰۱۷)، نوردال، هولت و هوگوم (۲۰۱۶)، (تیم، ۲۰۱۴) و بال و سسرو (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. در توضیح این یافته می‌توان گفت که بیشتر مشکلات میان‌فردی از شیوه تصور افراد در مورد خود و دیگران ناشی میشوند. این شیوه تصور طرحواره نامیده می‌شود (حمیدپور، ۲۰۱۲). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به دلیل تجارب منفی دوران کودکی ایجاد می‌شوند که بر شیوه تفکر، احساس و رفتار افراد در روابط صمیمانه بعدی و دیگر جنبه های زندگی تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای بقای خود می‌جنگند. یانگ این موضوع را به تمایل بشر برای هماهنگی شناختی تعبیر می‌کند. افراد به سمت وقایعی کشیده می‌شوند که با طرحواره‌هایشان همخوانی دارد و به همین دلیل تغییر طرحواره‌ها سخت است. طرحواره‌ها به‌گونه‌ای متناقض و اجتناب‌ناپذیر، زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می‌کشاند که در بیشتر وقتها برای بیماران زبان‌بخش است (هریس و کورتین، ۲۰۱۲).

از عواطف تلخی که در رابطه‌های بی سرانجام عشقی تجربه کرده‌اند. به عبارتی دیگر ترس جدایی، تصویر منفی که از دیر باز نسبت به یک رابطه و خودشان دارند و تجسم یک هویت مثبت ولی نا آشنا آن‌ها را وا می‌دارد که به تنهایی پناه برند و علائم افسردگی را نشان دهند. از سوی دیگر اعتقاد به این که اضطراب، یک واکنش عاطفی ناشی از تنهایی است، دور از واقعیت نیست. پذیرش این مسئله که تنهایی و طولانی شدن آن، باعث اضطراب خواهد شد نیز منطقی است (شغیعی و کلوندی، ۱۳۹۵).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که مولفه‌های صفات تاریک شخصیت (سایکوپات، خودشیفتگی و ماکیاولیستی) با نشانگان ضربه عشق رابطه مثبت و معنادار دارد. این نتیجه با یافته‌های فردیس (۲۰۱۷)، لطفی و سعادت‌ی سمیر (۲۰۱۸)، گونزگا، کامپوس و بردپوری، (۲۰۱۷)، بارلدز (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته نتایج فهمی، عظیمی، اکبری و امیری (۲۰۱۵) در مقاله خود حاکی از این بود که ویژگی‌های شخصیتی تاریک در روابط عاطفی هر فرد دخیل می‌باشد و نحوه برخورد با چالش‌های پیش‌رو در این نوع روابط را پیش‌بینی می‌کنند. خودشیفتگی با رویکرد متمرکز بر خود، استثمار، فقدان همدلی و خشونت (کامپیل و فوستر، ۲۰۱۰) مانع از ایجاد روابط می‌شوند. غیرانطباقی، به آسیب‌پذیری فرد برای انواع مختلف آشفتگی‌های روانی و شخصیتی منجر می‌شود. همین امر مانعی برای رضایت از زندگی و رابطه خواهد بود. از آنجا که طرحواره‌های هیجانی ناسازگار ناکارآمد هستند، ناخشنودی از روابط را در پی دارند و زمینه را برای شکست عاطفی فراهم می‌کنند وقتی سطوح رضایت‌بخشی و حمایت اجتماعی کم و مؤلفه اضطراب در مقیاس دلبستگی زیاد باشد، اجتناب و علائم افسردگی نیز افزایش می‌یابند (کیم، شارپ و کاربن، ۲۰۱۸).

طرحواره‌های هیجانی موجب سوگیری‌هایی در تفسیر رویدادها می‌شوند، این سوگیری‌ها در آسیب شناسی روانی میان فردی به صورت سوتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده، گمانه‌های نادرست و چشم داشت‌های غیرواقع بینانه در روابط پدید می‌آیند و با توجه به اینکه طرحواره‌ها در مسیر زندگی تداوم می‌یابند، بر چگونگی رابطه‌ی فرد با خود و دیگران تأثیر می‌گذارند (پاسکال، کرسستین و جین، ۲۰۱۸). طبق این نگرش، همواره برانگیخته شدن طرحواره‌های هیجانی ناکارآمدی که طی سالیان تجارب فردی شکل گرفته، همراه با بروز اختلالات هیجانی است. این طرحواره‌های برانگیخته شده، فرد را مستعد سوگیری در ارزیابی، یادآوری و تفسیر تجربه‌های روزمره می‌کند (یانگ و براون، ۲۰۱۳). طبق پژوهش‌های لیهی (۲۰۱۵) طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی با طیف گسترده‌ای از اختلال‌ها نظیر افسردگی، اضطراب، نگرانی مزمن و برخی اختلالات دیگر همبستگی دارد. مدل طرحواره‌های هیجانی معتقد است هنگامیکه یک هیجان برانگیخته و یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده یا کاهش می‌یابد. از سوی دیگر همانطور که ذکر شد طی تجربه شکست عاطفی هیجان شدیدی به فرد وارد می‌گردد، به دید و نگاه فرد زندگی و هیجانات تغییر کرده و باورها و طرحواره‌های خاصی را نسبت به هیجانات منفی در خود شکل می‌دهد مثل اینکه آیا این هیجانات قابل کنترل هستند یا خیر و یا اینکه چه مدت طول می‌کشند.

برخی از طرحواره‌های هیجانی بیشتر از سایر طرحواره‌ها مشخص‌کننده اختلال‌های خاص هستند. برای مثال طرحواره‌های هیجانی احساس گناه و باورهای فرد درباره طول مدت هیجان، بیشترین پیشبین آشفتگی روانی می‌باشد. وقتی این واقعیت که شکست، درد و رنج در زندگی اجتناب‌ناپذیر است از سوی این افراد به دلیل وجود طرحواره انکار نادیده



## منابع

امیری، سهراب، قاسمی، نواب و یعقوبی، ابوالقاسم. (۱۳۹۵). پایایی، روایی و تحلیل عاملی نسخه فارسی پرسشنامه استرس نوجوانان. فصلنامه اندازه گیری تربیتی، سال ۷، شماره ۲۵، ص ۸۹-۱۱۶.

بشربور، سجاد. (۱۳۹۴). صفات شخصیت، نظریه و آزمون. تهران: ساوالان.

بشربور، سجاد، شفیعی، معصومه. (۱۳۹۴). ویژگی های روان سنجی نسخه ی فارسی فرم کوتاه مقیاس سه صفت تاریک شخصیت در دانشجویان. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱(۱۹)، ۱-۱۱.

خانزاده، مصطفی؛ ادریسی، فروغ؛ محمدخانی، شهرام و سعیدیان، محسن. (۱۳۹۳). بررسی ساختار عاملی و مختصات روانسنجی مقیاس طرحواره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. مجله روانشناسی بالینی، ۱(۱۳)، ۹۱-۱۰۹.

رجیبی، سوران و علیمراد، محمد. (۱۳۹۷). درمان شناختی-رفتاری بر وضوح خودپنداره، افسردگی، اضطراب و استرس و عزت نفس در دانشجویان دارای نشانگان عشق ضربه. مجله مطالعات روانشناختی دانشگاه الزهراء، ۱۳(۳)، ۱۳۱-۱۴۷.

شفیعی، زهرا و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۶). روایی و پایایی مقیاس کامیابی در دانشجویان دانشگاه اصفهان در سال ۱۳۹۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ۱۶، ص ۱۰۱۳-۱۰۲۴.

شفیعی، خشیار و کلوندی، شهرام. (۱۳۹۵). بررسی عشق، رابطه اضطراب و افسردگی با شکست عشقی. همایش بین المللی روانشناسی و فرهنگ زندگی، ۱۹، ۳۴-۳۶.

صداقت، فیروزه رفیعی پور، امین و سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۵). مقایسه افسردگی در دانشجویان با و بدون نشانگان ضربه عشق شهر بندرعباس. مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، ۳(۱)، ۸۲-۸۸.

مهدی پور بازگیابی، مونا و صداقتی فرد، مجتبی. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین با سازگاری در خانه. فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی، ۲۱(۲۲)، ۲۱-۳۱.



Mehu, M., & Scherer, K. R. (2015). The appraisal bias model of cognitive vulnerability to depression. *Emotion Review*, 7(3), 272-279.

Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 339.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). Adult attachment orientations and relationship processes. *Journal of Family Theory & Review*, 4(4), 259-274.

Morf, C. C., & Rhodewalt, F. (2001). Expanding the dynamic self-regulatory processing model of narcissism: Research directions for the future. *Psychological Inquiry*, 12(4), 243-251.

Rhoades, G. K., Kamp Dush, C. M., Atkins, D. C., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2011). Breaking up is hard to do: the impact of unmarried relationship dissolution on mental health and life satisfaction. *Journal of family psychology*, 25(3), 366.

Rosse, R. B. (2007). *The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart*. Da Capo Lifelong Books.

Zeigler-Hill, V. E., & Marcus, D. K. (2016). *The dark side of personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology* (pp. xi-389). American Psychological Association.

Yousefi, R., Ahamadian, E., Afshghlhamane, K. (2017). [The role of early maladaptive schemas, personality traits and attachment styles in prediction symptoms of female students love trauma syndrome]. *Quarterly Journal of Women's Studies Sociological and Psychological*, 14(3), 171-90.

Zarb, J. M. (2007). *Developmental cognitive behavioral therapy with adults*. Taylor & Francis.

Zarei, E., KARAMI, B. R., Heydari, H., HOSSEIN, K. A., & Baharloo, G. (2014). Prediction of the Five-Factor Personality Traits of Students based on Adult Attachment Styles].

Yousefi, R., Abedin, A. R., Tigrari, A., & Fathabadi, J. (2010). The effectiveness of training intervention based on "schemas model" on marital satisfaction enhancement].

Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(1), 52-59.

Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 373-

Uysal, A. N. (2016). Predicting relationship satisfaction: Dark triad personality traits, love attitudes, attachment dimensions (Master's thesis, Doguş Universitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Valizadeh, M., Hasanvand, S., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2017). the relationship between early maladaptive schemas and coping with depression in students. *Contemporary Psychology (Special issue)*, 5, 787-788. (Persian)

Visser, B. A., Pozzebon, J. A., Bogaert, A. F., & Ashton, M. C. (2010). Psychopathy, sexual behavior, and esteem: It's different for girls. *Personality and Individual Differences*, 48(7), 833-838.

Wai, M., & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 794-799.

Watson, P. J., Grisham, S. O., Trotter, M. V., & Biderman, M. D. (1984). Narcissism and empathy: Validity evidence for the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of personality assessment*, 48(3), 301-305.

White, J. K., Hendrick, S. S., & Hendrick, C. (2004). Big five personality variables and relationship constructs. *Personality and individual differences*, 37(7), 1519-1530.

Wilde, J. L. (2017). It's Not Me It's You: Examining the Link Between Partner-Schema Organization, Relationship Functioning, and Depressive Symptoms].

Yousefi, R. (2015). The prediction of the symptoms of personality disorders on the basis of early maladaptive schemas and personality traits. *International Journal of Behavioral Sciences*, 9(1), 41-50.

Yavuz, K. F., Türkcapar, M. H., Demirel, B., & Karadere, E. (2011). Adaptation, validity and reliability of the Leahy Emotional Schema Scale Turkish version based on Turkish university students and workers. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24(4), 273.

Young, J. E., & Brown, G. (2011). *Young Schema Questionnaire, Special Edition*. New York, Schema Therapy Institute.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press(380).

Sbarra, D. A. (2006). Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: Survival analyses of sadness and anger. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(3), 298-312.

Sbarra, D. A., & Emery, R. E. (2005). The emotional sequelae of nonmarital relationship dissolution: Analysis of change and intraindividual variability over time. *Personal Relationships*, 12(2), 213-232.

Shulman, S., Seiffge-Krenke, I., Scharf, M., Lev-Ari, L., & Levy, G. (2017). Adolescent depressive symptoms and breakup distress during early emerging adulthood: Associations with the quality of romantic interactions. *Emerging adulthood*, 5(4), 251-258.

Simon, R. W., & Barrett, A. E. (2010). Non-marital romantic relationships and mental health in early adulthood: Does the association differ for women and men?. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(2), 168-182.

Sümer, N., & Cozzarelli, C. (2004). The impact of adult attachment on partner and self-attributions and relationship quality. *Personal Relationships*, 11(3), 355-371.





- Fahimi, S., Azimi, Z., Akbari, E., Amiri, A., Pursharthi, H. (2014). [Prognosis of clinical syndrome in students with experience of emotional breakdown based on personality structures: The role of moderating perceived social support (Persian)]. *Journal of Knowledge and Wellness*, 9(4), 46-59.
- Ali, S., & Alea, N. (2017). Does who I am or how I regulate matter? Consequences of manipulation of emotion regulation strategies. *The International Journal of Aging and Human Development*, 85(2), 1-15.
- Fathi Ashtiani, A., & Dastani, M. (2010). Psychological tests: assessing personality and mental health. *Tehran: Beast*, 27-44.
- Feeney, J. A. (2008). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 34.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488.
- Ghomrani, A., Samadi, M., Taghinejad, M., & Shamsi, A. (2015). The Study of the Validity and Reliability of the dark personality scale in students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(1), 34.
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Gonzaga, G. C., Campos, B., & Bradbury, T. (2007). Similarity, convergence, and relationship satisfaction in dating and married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(1), 34.
- Habibi, A. (2012). *Applied laser training*. Tehran: Base Electronic Publishing.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive therapy and research*, 26(3), 405-416.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023-1039.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.
- Hooman, H. (2005). *Modeling structural equations using LISREL software*. Tehran: SAMT Publication.
- Hosseini, F., Pakize, A., Salari, Z. (2015). The role of early maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation in students' anxiety. *J Behav Sci*, 7(4), 297-305.
- Harenski, C. L., & Kiehl, K. A. (2010). Reactive aggression in psychopathy and the role of frustration: Susceptibility, experience, and control. *British journal of psychology* (London, England: 1953), 101(03), 401.
- James, I. A., Southam, L., & Blackburn, I. M. (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(6), 369-377.
- Jonason, P. K., & Krause, L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 532-537.
- Jonason, P. K., Lyons, M., Bethell, E. J., & Ross, R. (2013). Different routes to limited empathy in the sexes: Examining the links between the Dark Triad and empathy. *Personality and Individual Differences*, 54(5), 572-576.
- Jonason, P. K., & Webster, G. D. (2010). The dirty dozen: A concise measure of the dark triad. *Psychological assessment*, 22(2), 420.
- Jones, D. N., & Weiser, D. A. (2015). Differential infidelity patterns among the dark. *Personality and Individual Differences*, 57, 20-24.
- Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*, 50(2), 67-72.
- Akbari, E., Mahmoud Aliloo, M., Khanjani, Z., Poursharifi, H., Fahimi, S., Amiri Pichakolaei, A., & Azimi, Z. (2012). Early maladaptive schemas and parenting styles of students who have failed in love with and without the clinical syndrome. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 18(3), 184-194.
- Ali, F., & Chamorro-Premuzic, T. (2010). The dark side of love and life satisfaction: Associations with intimate relationships, psychopathy and Machiavellianism. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 228-233.
- Amanelahi, A., Tardast, K., & Aslani, K. (2016). Prediction of love trauma syndrome based on the attachment styles and differentiation of self among Ahwaz universities females students whit love breakup experience. *Journal of Psychology*, 21 (6), 354-373.
- Atkinson, L., & Goldberg, S. (2003). Applications of attachment: The integration of developmental and clinical traditions. In *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 11-34).
- Ball, S. A., & Ceccero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of personality disorders*, 15(1), 72-83.
- Barelds, D. P. (2005). Self and partner personality in intimate relationships. *European Journal of Personality*. Published for the European Association of Personality Psychology, 19(6), 501-518.
- Bayrami, M., Fahimi, S., Akbari, E., & Amiri Pichakolaei, A. (2012). Predicting marital satisfaction on the basis of attachment styles and differentiation components. *J Fundam Ment Health*, 14(1), 64-77.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(8), 667-672.
- Brewer, G., Hunt, D., James, G., & Abell, L. (2015). Dark triad traits, infidelity and romantic revenge. *Personality and Individual Differences*, 83, 122-127.
- Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2002). Narcissism and commitment in romantic relationships: An investment model analysis. *Personality and social psychology bulletin*, 28(4), 484-495.
- Carr, A. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Routledge.
- Chatav, Y., & Whisman, M. A. (2009). Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. *Behavior therapy*, 40(1), 50-56.
- Christie, R., & Geis, F. L. (2013). *Studies in machiavellianism*. Academic Press.
- Delara, M., & Woodgate, R. L. (2015). Psychological distress and its correlates among university students: a cross-sectional study. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 28(4), 240-244.
- del Palacio-Gonzalez, A., Clark, D. A., & O'Sullivan, L. F. (2017). Distress severity following a romantic breakup is associated with positive relationship memories among emerging adults. *Emerging Adulthood*, 5(4), 259-267.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic medicine*, 81(4), 354-373.
- Eaton, J., Struthers, C. W., & Santelli, A. G. (2006). Dispositional and state forgiveness: The role of self-esteem, need for structure, and narcissism. *Personality and Individual Differences*, 41(2), 371-380.
- Fagundes, C. P. (2012). Getting over you: Contributions of attachment theory for postbreakup emotional adjustment. *Personal Relationships*, 19(1), 37-50.
- Karatzias, T., Jowett, S., Begley, A., & Deas, S. (2016). Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 30713.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1997). Neuroticism, marital interaction, and the trajectory of marital satisfaction. *Journal of personality and social psychology*, 72(5), 1075.
- Kim, S., Sharp, C., & Carbone, C. (2014). The protective role of attachment security for adolescent borderline personality disorder features via enhanced positive emotion regulation strategies. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 125.
- Kontoangelos, K., Tsiouri, S., Koundi, K., Pappa, X., Sakkas, P., & Papageorgiou, C. C. (2015). Greek college students and psychopathology: new insights. *International journal of environmental research and public health*, 12(5), 4709-4725.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral Practice*, 14(1), 36-45.
- Leahy, R. L. (2015). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In Sookman D, editor. *Treatment resistant anxiety disorders*. New York, Routledge, pp. 135-60.
- Lei, X. Y., Xiao, L. M., Liu, Y. N., & Li, Y. M. (2016). Prevalence of depression among Chinese University students: a meta-analysis. *PLoS one*, 11(4), e0153454.
- Lotfi, N., Saati Shamir, A. (2018). [Investigating the relationship between personality traits and attachment styles with emotional failure (Persian)]. *Clinical Psychology Research and Consulting*, 6(1), 112-98.
- LOTFI, R., Donyavi, V., & KHOSRAVI, Z. (2007). Comparison of early maladaptive schemas between personality disorder (cluster B) and normal subjects. *Mackenzie, S., Wiegel, J. R., Mundt, M., Brown, D., Saewyc, E., Heiligenstein, E., ... & Fleming, M. (2011). Depression and suicide ideation among students accessing campus health care. American journal of orthopsychiatry*, 81(1), 101.
- Manteghi, M. (2011). *Fervent love psychology*. Tehran: Besat Publication Institute.
- McDermott, N. (2008). Early maladaptive schemas, attachment, negative affect and relationship satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 44(2), 227-239.
- McDonald, M. M., Donnellan, M. B., & Navarrete, C. D. (2015). A life history approach to understanding the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*, vol 52, pp 601-605.
- McHoskey, J. W. (2001). Machiavellianism and sexuality: On the moderating role of biological sex. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 779-789.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-149.
- Antoine, P., Antoine, C., & Nandrino, J. L. (2008). Development and validation of the cognitive inventory of subjective distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(11), 1175-1181.
- Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and psychopathology*, 21(3), 913-938.
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of research in personality*, 36(6), 556-563.
- Prelicean, T. (2014). *Saint Augustine-The Apologist of Love*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 149, 765-771.
- Rauthmann, J. F. (2012). The Dark Triad and interpersonal perception: Similarities and differences in the social consequences of narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Social Psychological and Personality Science*, 3(4), 487-496.





## بازتوانی شناختی

# برنامه‌ای برای کمک مغز به خود

گردآورنده و مترجم:  
رقيه صباغی



درمان مبتنی بر بازتوانی شناختی (CRT) برنامه‌ای است که به افراد با آسیب‌های مغزی و تخریب‌های شناختی کمک می‌کند تا کارکردهای نرمال خود را بازسازی و احیا نمایند و نواقص شناختی موجود را جبران کنند. چرا که آثار درازمدت نواقص شناختی به دنبال چنین صدمات و آسیب‌هایی یک حقیقت تأیید شده است و جامعه متعهد به انجام مداخلاتی برای بازتوانی شناختی است (۱). سابقه استفاده از CRT به جنگ‌های جهانی اول و دوم برای کمک به سربازان جنگی برمی‌گردد. با این حال، این روش طی سال‌های ۱۹۸۰-۱۹۷۰ تغییرات قابل توجهی یافت. این تکامل ابتدا تحت تأثیر پژوهشگران بازتوانی و درمانگران علاقه‌مند به حوزه روانشناختی و همچنین مرهون تلاش‌های الکساندر لوریا بود که تعدادی از ایده‌های مهم را در مورد عصب شناخت و درمان تخریب‌های شناختی معرفی نمود. بازتوانی شناختی فرآیندی از بازآموزی مهارت‌های شناختی از دست‌رفته است.

اگرچه مهارت‌ها نتوانند باز آموخته شوند موارد جدیدی باید اندیشیده شود تا فرد قادر باشد نقص در عملکردهای شناختی را جبران نماید (۲). در واقع بدکارگری شناختی به معنای عملکرد زیر حد انتظار نرمال و یا از دست‌دادن توانایی در هر یک از عملکردهای شناختی است که ممکن است موقتی یا پایدار، پیش‌رونده یا ایستا و کلی یا جزئی باشد. تخریب‌های شناختی از این جهت حائز اهمیت است که به توبه خود روی عملکردهای هیجانی و رفتاری افراد اثر می‌گذارد و حتی ممکن است به شکل پایداری بر مشارکت اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد (۳). با همه این‌ها این نوع درمان بر خاصیت نوروپلاستیستی مغزی یا همان نرمش و انعطاف‌پذیری مغز استوار است و شامل برنامه‌های مشخصی است که مهارت‌ها و تمرین‌های خاص آموزشی را در بر می‌گیرد و با تدابیر فراشناختی همراه است که از طریق آن به بیماران کمک می‌شود تا با افزایش خودآگاهی و به‌کار بستن مهارت‌های حل مسئله به بهتر کردن وضعیت خود کمک کنند (۴). این نوع درمان به منظور ایجاد و افزایش عملکردهای شناختی در حوزه مهارت‌های توجه و ادراک، مهارت‌های اجرایی، مهارت‌های دیداری فضایی، مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی به‌کار می‌رود (۵) و تأثیر آن در درمان آسیب‌های تروماتیک مغز و آسیب‌های ناشی از سکته مغزی، فقدان اکسیژن و مواد سمی آنسفالیت و تومورهای مغزی ثابت شده است. همچنین در جنبه‌هایی از درمان فلج مغزی، سندروم داون، آلزایمر، اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی اختلالات رشدی از جمله اوتیسم، اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و پارکینسون مورد توجه قرار گرفته است. به طور کلی، این درمان شناختی برای ۳ گروه از افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد:

۱. اشخاصی که دچار ضربه‌های مغزی تروماتیک (سکته، تومور، آسیب شده اند.

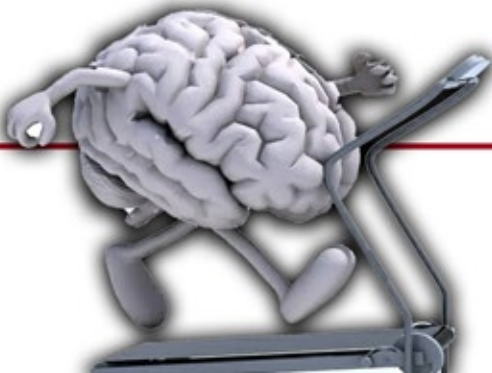
۲. اشخاصی که وضعیت شناختی آنان به علت اختلالات افسردگی و طیف اسکیزوفرنیا تخریب شده است.

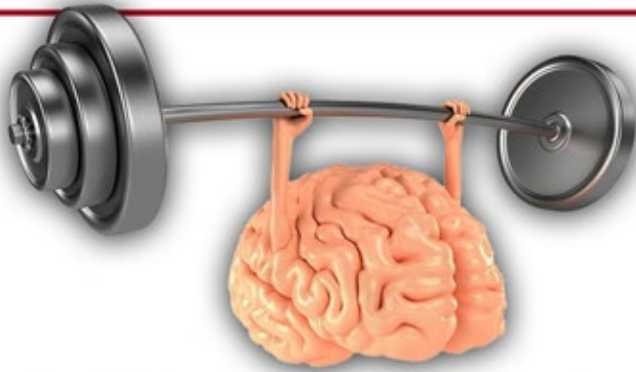
۳. کسانی که اختلالات یادگیری دارند (کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری که در عملکردهای مختلف از جمله توجه و تمرکز، حل مسئله، سازماندهی، تشخیص خطاها و استفاده از فیدبک‌ها ضعیف هستند). بازآموزی شناختی یک مداخله درمانی پذیرفته‌شده در حوزه‌های از علوم روانی - زبانی (علم مطالعه ارتباط بین زبان، شناخت و رفتار) است و در زمره آموزش خاص برای ناتوانی‌های یادگیری در کودکان و بزرگسالان برای چندین دهه قرار دارد.

در تمامی این موارد می‌توان از بازتوانی شناختی برای بهبود آسیب‌های فکری - روانی - ادراکی و مهارت‌های رفتاری و برای افزایش سطح خودمدیریتی و استقلال ناشی از آسیب‌های سیستم عصب-مرکزی و بهبود کارکردهای شناختی آسیب‌دیده از قبیل توجه، حافظه و یادگیری، ابزار عواطف، حل مسئله و عملکردهای اجرایی استفاده کرد. در بازتوانی شناختی از مدل‌های مختلفی استفاده می‌شود که در ذیل به چند مورد از آنها اشاره می‌شود.

۱. رویکرد آگاهی و یادگیری راهبردهای کلی: در این رویکرد که به عنوان استراتژی عمومی درمان شناختی نیز شناخته می‌شود تمرکز بر آموزش، مهارت‌های جبرانی و بازآموزی مغز است تا از طریق تمرین‌های مکرر، کارکردهای شناختی تخریب‌شده نیرو پیدا کند. این امر ممکن است با تقویت مهارت‌های بنیادی از قبیل توجه، تمرکز، زمان واکنش، پردازش دیداری و توانایی برای سازماندهی اطلاعات جدید اتفاق بیفتد. اینها اساس و مبنای بلوک‌هایی را می‌سازد که می‌تواند عملکردهای رفتاری پیچیده‌تر از قبیل لباس پوشیدن و پختن و ... را یکپارچه کند. تکالیف مداد-کاغذی، برنامه‌های سخت‌افزاری کامپیوتر و بازخورد‌های ویدئویی، همگی به ایجاد این مهارت‌ها کمک می‌کند (۴). در این روش بر بهبود آگاهی از فرایندهای شناختی تمرکز شده و به بیماران در ایجاد رویکردهای جبرانی سطح بالاتر مثل حل مسئله ی درونی و راهبردهای استدلال در جهت رفع نواقص شناختی کمک می‌شود.

۲. آموزش راهبردها در زمینه خاص و محدود: به این معناست که فشار تسهیل‌کننده سیستم‌های عصبی سازماندهی دوباره در عملکردها را تسهیل می‌کند. این رویکرد، مستلزم انجام تمرینات مکرر در قالب برنامه‌های طراحی شده است. دیری نمی‌باید که بیمار در تمرین‌های خاص یا گروهی از تمرین‌ها قدرت و تسلط پیدا می‌کند. تکالیف سطح بالاتر نیز مؤلفه‌های شناختی مورد نیاز را برای دستیابی به هدف مدنظر قرار می‌دهد تا جایی که تحریک ادامه‌یابد و فرایندهای شناختی عینی اتفاق بیفتد.





این بدن معنی است که از مسیرهای بی ضرر جدید استفاده کرده و گاهی اوقات از مسیرهای آسیب دیده جزئی کمک گرفته شود. این رویکرد باید بر نتایج ارزیابی جامع تکیه داشته باشد که به درمانگر کمک می کند تا عوامل زیربنایی را تحلیل نماید. دلایلی که برای پیشرفت در تمرین های مبتنی بر این روش مطرح می شود پیچیده است اما فرض بر آن است که ارتباط بین عوامل زیر نقشی اساسی در موفقیت ایفا می کند (۱):

- ◆ افزایش آگاهی از طریق تمرین ها
- ◆ رویکرد برنامه ریزی شده ساختارمند برای مواد
- ◆ فیدبک های عینی روزانه و اهداف معلوم و عینی
- ◆ زمان نسبتاً کوتاه در شکل دهی به تکمیل اجزا و عناصر یک فعالیت
- ◆ ایجاد اعتماد و اطمینان به خود در بیمار
- ◆ افزایش احساس کنترل در بیمار

◆ رشد و به کارگیری راهبردهای جبرانی برای عملکرد بهتر

**مدل آموزش راهبردی** شامل استفاده از محیط، استراتژی های درونی و بیرونی است (تمرکز در این مرحله بیشتر بر جبران است تا حل مسئله). بر اساس این مدل چون همیشه امکان اینکه مسیرهای عصبی جدید را در افراد مبتلا به آسیب شکل بدهیم وجود ندارد، پس لازم است راهبردهایی برای جبران نواقص باقی مانده آموخته شوند. در این زمینه راهبردها می توانند به دو نوع تقسیم شوند:

- ۱- راهبردهای درونی
- ۲- راهبردهای بیرونی

راهبردهای بیرونی شامل آن چیزی است که برای شخص بیرونی است از قبیل یادداشت ها، یادورها و تقویم و دفترچه های یادداشت. راهبردهای درونی شامل آن دسته از یادگارهایی است که نمی توانند توسط شخص دیگری مشاهده شوند از قبیل تجسم دیداری، تداعی کلمات. راهبردهای درونی نسبت به راهبردهای بیرونی نیازمند ظرفیت شناختی هستند (۶).

به کارگیری مستقلاً راهبردها به طور کامل به سطح آگاهی شخص آسیب دیده بستگی دارد. او ممکن است با وجود شکست در انجام تکالیف قادر نباشد نیازهایش را برای اجرای یک راهبرد درک کند. از این رو آگاهی از مشکلات برای استفاده از تعدیل کننده های محیطی و راهبردهای اجرایی ضروری است. اگر فردی که آسیب مغزی دیده آگاهی خوبی داشته باشد می توان انتظار داشت که راهبردهای یاد گرفته شده را به طور مستقل پیاده کند (۷).

**آموزش فعالیت های کارکردی** به انجام تکالیف مبتنی بر سه مرحله قبلی در زندگی واقعی و فعالیت های روزمره اشاره دارد. تمامی تکالیف مربوط به باز توانی شناختی باید بر بهبود کارکردهای زندگی واقعی تمرکز نماید. اهداف کارکردی باید در مشاوره نزدیک با اشخاص با آسیب های مغزی تعیین شود و اهداف برای این اشخاص مهم و ارزشمند باشد. از این رو باز توانی شناختی از یک طرف درصدد دستیابی به تقویت، یا تثبیت الگوهای رفتاری یاد گرفته شده قبلی است و از سویی دیگر به دنبال جایگزین الگوهای جدیدی از فعالیت های شناختی یا مکانیزم هایی برای جبران آسیب های سیستم عصبی است. این مداخلات جهت کمک به اشخاص برای مستقل عمل کردن تا حد امکان و مدیریت امور روزمره و برگشت

این اصل نهایی از درمان فرایندهای خاص، یادآور این است که ارزیابی موفقیت درمانی بر پیشرفت فرد در زندگی واقعی و موقعیت کاری تمرکز دارد تا صرف نتیجه نمرات آزمون ها و تست ها (۲).

در این روش بر آموزش راهبردهای خاص به درمانجویان مدیریت ادراکات خاص یا نواقص شناختی نیز تأکید می شود. برای مثال کسب یک عادت برای اسکن کردن کل محیط جهت غلبه بر بی توجهی نمونه ای از آن است. همچنین، ممکن است راهبردهای مربوط به مهارت های اجتماعی را برای کنترل و مدیریت تعاملات بین فردی یاد بگیرند یا از یک چک لیست ذهنی برای شناسایی برخی موارد استفاده کنند تا دامنه نگه داری در آنها افزایش یابد.

افراد و خانواده ها به اشکال متفاوتی به مداخلات مختلف در روش ها و زمان های مختلف پس از سانحه پاسخ می دهند (سطح عملکرد پیش از بیماری، شخصیت، حمایت های اجتماعی و تقاضاهای محیطی، تنها تعدادی از عواملی هستند که می توانند بر نتیجه اثر بگذارند. در کل، خانواده و سیستم حمایتی فرد آسیب دیده نقش مهمی در مداخلات ایفا می کند و آنان می بایست فعالانه در درمان شرکت نمایند.

شواهد پژوهشی و بالینی نشانگر این مطلب است که بین توانایی خانواده برای پذیرش و مقابله با تروما و موفقیت بیمار و باز توانی ارتباط وجود دارد به طور کلی، برنامه باز توانی شناختی شامل چهار مؤلفه است: به عبارتی در باز توانی شناختی موفقیت آمیز چهار رویکرد وجود دارد. این چهار رویکرد باید به شکل همزمان برای همه بیماران استفاده شود، اما تعادل نسبی بین آنها بر اساس وجود شرایط عصبی مثل تومور ممکن است متفاوت و جایگزین شود (۱).

## ۱- مدل آموزشی

### ۲- مدل آموزش فرآیندی

### ۳- مدل پیاده سازی و توسعه راهبردها

### ۴- مدل برنامه کارکردی در زندگی

**مدل آموزشی** بر نقاط قوت و ضعف شناختی تمرکز دارد (تمرکز بر ایجاد آگاهی از مشکل است) چرا که خود آگاهی از شرایط مهم در مسیر استقلال عملکردی و سبک زندگی سازنده برای افراد مبتلا به آسیب های مغزی است. همه افراد مبتلا به آسیب مغزی باید آموزش متناسب با توانایی و نیازشان را دریافت کنند و در حد امکان تا جایی که مهارت های زبانی، مهارت های توجهی و سطح آگاهی آنان اجازه می دهد در کارگاه های آموزشی حداقل یک بار حضور داشته باشند. آموزش می بایست در یک گروه آموزش رسمی اتفاق بیفتد و در جلسات فردی به عنوان یک فرآیند رو به رشد باشد. گروه های آموزشی باید توسط درمانگری آموزش دیده و متخصص هدایت شود و توصیه بر این است که دو درمانگر درگیر گروه باشند و حداقل سه و حداکثر هفت بیمار در هر گروه شرکت کنند و آموزش باید شامل حوزه های زیر باشد:

- نورواناتومی و فهم آسیب های مغزی شخص و آنچه که باز توانی در مورد آن عمل می کند.
- مشکلات شناختی که به دنبال آسیب های مغزی ظاهر می شود.
- مشکلات هیجانی که به دنبال آسیب های مغزی در فرد بروز می کند. در این مدل، هدف اصلی کمک به بیمار برای ایجاد خود آگاهی متناسب، عزت نفس بالاتر، اعتماد به نفس، شکل گیری حس کنترل شخصی و ایجاد اعتماد و اطمینان و کار روی روابط با درمانگر است. آموزش باید تا جایی که ضروری است ادامه یابد و در برخی از موارد حتی ممکن است سال ها طول بکشد.

**آموزش فرآیندی** اشاره به رشد مهارت ها از طریق باز آموزی مستقیم یا تمرین مهارت های شناختی زیربنایی دارد (تمرکز در این مرحله بر حل مسئله) است. هدف از این روش آن است که به شکل ضعیف بر مسیرهای عصبی کارکردی مغز برای به حداکثر رساندن کارآمدی آن تحریک ضعیفی داشته باشیم؛



به طور کلی بازتوانی شناختی به یکپارچه سازی آگاهی بیماران و مهارت‌های روانی - اجتماعی آنان از جمله: مهارت مقابله ای، اضطراب، خلق، عزت‌نفس، خودپنداره و انگیزش، مکان کنترل و سازگاری آنان می پردازد و شامل تکنیک‌ها و استراتژی‌های مداخلاتی هستند که بیمار و خانواده اش را در مدیریت، اصلاح و کاهش نواقص شناختی یاری می دهد. اهداف این درمان برای افزایش توانایی فرد برای عملکرد مستقلانه با کمترین محدودیت‌هاست. در نهایت این مدل درمانی باید سبب بهبود بخشیدن به زندگی و مهارت‌های زندگی واقعی باشد. در این زمینه مدل سلسله مراتبی، مهارت‌های شناختی به عنوان یک اصل باید در نظر گرفته شود. لازم به ذکر است که پنج حوزه مهارت‌های شناختی که در شکل مقابل آمده است باید به شکل جامع ارزیابی شود و هر کجا که ضروری و لازم است درمان اتفاق بیفتد (۱).

لازم است توجه داشته باشیم که مهارت‌های توجه باید به عنوان زیربنای ساختاری همه مهارت‌های شناختی در نظر گرفته شود. توجه، به فعالیت ذهنی پیچیده‌ای اشاره دارد که نشان می دهد فرد چگونه محرک‌های درونی و بیرونی را دریافت و پردازش می کند. نقص توجه در اشخاص با آسیب‌های مغزی شدید دیده می شود و ممکن است مشکلاتی را در حیطه تمرکز و توجه مستمر، تأخیر در سرعت پردازش، حواس‌پرتی و نقص در انجام تکالیف دوگانه و چندگانه شامل شود و ضروری است که روی مهارت‌های اجرایی و آگاهی در تمامی مراحل رشد شناختی کار شود (۲).

به روال عادی و مسئولیت پذیری در خانه و اجتماع و تعاملات بیشتر مفید است (۱).

دو رویکرد بنیادی برای بازتوانی شناختی امروزه مطرح است.  
۱- رویکرد ترمیمی که در آن نقص‌های فکری با تمرین‌های مکرر مختلف بهبود می یابد.

۲- رویکرد جبرانی که در آن علی‌رغم نواقص رو به رشد برای برگشت به کارکردها از ابزارهای سازگارانه و راهبردها و اصلاح محیط استفاده می شود (۳).

آموزش‌های ترمیمی بر بهبودبخشی کارکردهای خاص شناختی تمرکز دارد در حالی که آموزش‌های جبرانی بر سازگار شدن با وجود نواقص شناختی همراه است (۸). رویکرد جبرانی ممکن است در زمان‌های خاصی اثرات ترمیمی نیز داشته باشد. این آموزش‌ها باید برای هر آزمودنی پیشرونده و سازگار باشد و برنامه آموزشی مکرر و شدید باشد. درمان، شامل تکالیف درمانی طراحی شده سلسله مراتبی در اشخاص است و تمرین‌هایی را فراهم می کند که مستلزم استفاده از سیستم شناختی تخریب شده است. این دو تکنیک در ترکیب با هم استفاده می شوند و می تواند از اجزاء یک برنامه توانبخشی چند رشته‌ای جامع باشد که دیگر اشکال بازسازی و درمان‌های روانی - اجتماعی را نیز شامل شود (۱).

مداخلات برای بهبود شبکه‌ی عصبی و کارکردهای شناختی ممکن است انواع خاصی از تجارب و تحریکات از جمله پیچیدگی محیط با تغییرات وابسته به تجربه در بیولوژی و ارتباطات عصبی و رگ‌های کوچک خونی و حتی سازماندهی لایه‌های مغزی را شامل شود (۱). تمرین‌های شناختی به تغییر مغز توسط خودش کمک می کند. فعالیت سیستم شناختی ممکن است رشد دوباره را در افرادی که قربانیان سکته و آسیب‌های مغزی هستند فراهم نماید. لوریا معتقد بود که بهبود عملکرد می تواند از طریق ایجاد و تثبیت راه‌های ارتباطی جدید از طریق تمرینات بازآموزی شناختی به ویژه مورد هدف گرفتن منبعی از مشکلات برای فرآیندهای پایه که تخریب شده است اتفاق بیفتد (۱). قابل ذکر است که بازتوانی شناختی را نمی توان به عنوان یک درمان پایه، به تنهایی در نظر گرفت و می‌بایست بخشی از رویکرد چند رشته‌ای به کار گرفته شود (۳). در پیاده سازی روش‌های درمانی برای حیطه‌های خدمات دارویی، درمان جسمی، گفتاردرمانی، کاردرمانی، بازتوانی شناختی، مشاوره‌های روان - شناختی، مدیریت رفتاری، هنر و موسیقی درمانی و... لازم است اصول زیر مورد توجه قرار گیرد (۹):

✓ پیاده سازی و اجرای این تمرین‌ها بلافاصله پس از صدمه دیدن امکان پذیر است و پژوهش‌ها حاکی از این است که انجام دادن آن نتایج احتمالی را افزایش می دهد.

✓ این خدمات در یک شیوه جامع ارائه شود.

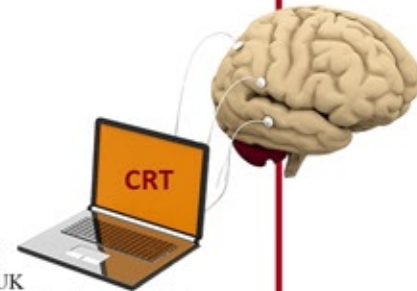
✓ خدمات در یک شیوه بین رشته‌ای ارائه گردد.

✓ درمان‌های مختلف باید روی نواقص کوچک و بزرگ تمرکز کند، هرچند که مهم است که مشکلات شناختی در موقعیت آزمایشگاهی بهبود یابد، به همان اندازه مهم است آنرا به زندگی واقعی تعمیم دهیم (۱۰).



#### References:

- 1- Malia .K. lawp (2003) Recommendations for best practice in cognitive rehabilitation therapy. Acquired brain injury .
- 2- Parente R & Herrman D (1996).Retraining Cognition Aspen mryland.P.5.
- 3- Apurba .B: A.C.(2016) Cognitive Impairment and Rehabilitation Strategies After Trumatic Brain Injury .
- 4- Robertson I(1999). Setting goals for cognitive rehabilitation .Current Opinion in Neurology.12 (6): 703-708
- 5- Malia KB, & Barannagan, AE (1997). Cognitive Rehabilitation Workshop cores book For Professional. Brain tree training UK
- 6- Malia KB & Barannagan AE (2004). How to do Cognitive rehabilitation Therapy: A guide for all Of Us. Brain Tree Training, UK
- 7- Kohler R ,Wilhem, EE, Shoulson I (2012).Cognitive Rehabilitation Therapy For Tramatic Brain Injury: Evaluating The Evidence Washing ton. DC.
- 8- Rattock J & Ross BP (1994).Cognitive rehabilitation ch .21 in Neuropsychiatry of TBI (Eds). Silver JM, Yudofsky Sc & Hales RE. American Psychiatric Press inc., Inc. Washingtone.DC
- 9- Vogenthaler D(1987) An Overview of head injury: its Consequences and rehabilitation. Brain Injury,1(1):113-127





## نشست مشترک دفتر نهاد مقام معظم رهبری با کمیته تحقیقات دانشجویی

توسعه مشارکت های علوم بین رشته ای دانشجویان تحصیلات تکمیلی

جلسه هماهنگی، بررسی و ایجاد راهبردهای جدید مشارکت حداکثری دانشجویان تحصیلات تکمیلی در راستای رسالت های دانشگاه برای انجام همکاری های مشترک پژوهشی علوم میان رشته ای با حضور مسئول دفتر نهاد مقام معظم رهبری و مسئول کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه برگزار شد.

به گزارش خبرنگار وبداي دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، حجت الاسلام والمسلمین محمد افشاری با اشاره به وحدت حوزه و دانشگاه، جریان سازی مباحث بین رشته ای دین و سلامت با حلقه ارتباطی ایجاد شده متشکل از دانشجویان تحصیلات تکمیلی در دفتر نهاد رهبری را امری مهم دانست و خواستار توسعه فعالیت ها و مشارکت حداکثری دانشجویان تحصیلات تکمیلی با حمایت کمیته تحقیقات دانشجویی شد. وی بر ضرورت ارتباط مباحث میان رشته ای دین و سلامت با علوم دیگر تأکید کرد و گفت: باید به انجام برنامه ها و اقداماتی که مطالعات دین و سلامت را با روشمندی خاص خود در دانشگاه ها به جریان می اندازد، توجه بیشتری داشته باشیم. حجت الاسلام والمسلمین محمد افشاری با اشاره به سند دانشگاه اسلامی که در عرصه فرهنگی - تربیتی، آموزشی - پژوهش و فناوری و مدیریتی محورهای اساسی را مطرح نموده است افزود: فعال سازی و مشارکت حداکثری دانشجویان تحصیلات تکمیلی و استادن در عرصه های بین رشته ای دین و سلامت، پیوست فرهنگی در مباحث آموزشی، تولید کارهای محصول محور در سطح کشور که به رفع مشکلات جامعه بیندیشد، ارتقاء مباحث دانش بنیان و ... از جمله مواردی است که باید مورد توجه دانشگاهیان قرار بگیرد.

سرکار خانم دکتر ناهید رحمانی سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی ضمن ابراز خرسندی از مشارکت بین بخشی دفتر نهاد رهبری و کمیته تحقیقات دانشگاه از حمایت همه جانبه کمیته تحقیقات دانشجویی در فعال سازی دانشجویان تحصیلات تکمیلی در عرصه میان رشته ای خبر داد و اظهار داشت: برای بهره مندی از ظرفیت دانشجویان تحصیلات تکمیلی و ترویج مباحث بین رشته ای، کمیته تحقیقات فناوری برگزار می نماید و بینارهایی در سطح کشور با خروجی مقالات مروری، تولید پرسشنامه، کتاب و سایر تولیدات علمی با سرفصل های مطرح شده و امتیازات آموزشی اثربخش بر رزومه علمی دانشجویان تحصیلات تکمیلی را پیشنهاد می دهد.

وی با اشاره به رسالت ها و رشته های آموزشی دانشگاه اشاعه مباحث بین رشته ای را مؤثر دانست و از فعالیت کمیته تحقیقات دانشجویی در وبینارهای متعدد و کارآمد، فصلنامه علمی - اجتماعی کمیته تحقیقات دانشجویی، علاقه مندی به پیوست فرهنگی در این فصلنامه و فعال سازی کارگروه فناوری کمیته تحقیقات فناوری خبر داد.

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی ایجاد بستر مناسب برای شکوفایی، رشد و اعتلای علمی و پژوهشی دانشجویان و تربیت پژوهشگران و مدیران آینده کشور، نهادینه ساختن فعالیت های پژوهشی در بین دانشجویان، توانمند سازی دانشجویان در زمینه پژوهش از طریق شیوه های مختلف آموزش نظری و عملی، ایجاد زمینه مناسب به منظور حمایت های مادی و معنوی دانشگاه از فعالیت های علمی دانشجویان را از دیگر برنامه های کمیته تحقیقات عنوان نمود.

لازم به ذکر است ایجاد کارگروه های تحقیقاتی محصول محور با خروجی کتاب، طراحی سرفصل های کتاب های درسی با مؤلفه های آموزشی، فعال سازی فضای فناوری در عرصه فناوری و سلامت اجتماعی در قالب اپلیکیشن، تلاش در جهت افزایش درآمدهای دانشگاه، ارتقاء رتبه دانشگاه و ... از دیگر برنامه های پیشنهادی این نشست مشترک بود.



در آرامشی هیچ بودیم  
در بستر شبیخون  
طوفان را آبستن شدیم  
که فقط کابوس ما را دوچندان کرد

این تاوان سنگین  
زیر پوست کدامین گناه بود؟!  
نه دعا پای گلدسته ها  
نه شراب نابی  
هیچ کدام چاره نشد  
نه پزشکی درمانش دانست  
نه عارفی در خلوت به امان ماند

کرونا  
این طوفان نحس  
از هر یک از ما عزیزی به یغما برد  
و ما هنوز تنمان گرم است  
وقتی طوفان رفت  
وقتی سحر شد  
ویرانی‌هایش را  
بر گونه‌های تاریخ  
به گریه خواهیم نشست

مستانه دادگر  
شاعر و نویسنده





سایه ژولیده غم  
کتاب‌های نیمه‌باز  
رؤیاهای دور  
همه را رها کن و  
با من بیا  
با من بیا و  
بگذار  
اولین ملودی سلامتی  
از گام‌های ما  
عاشقانه ببارد  
با من بیا و  
بگذار  
موسیقی ناب زندگی  
در گوش من و تو رها شود  
بگذار در موج شادی  
آواز بخوانیم  
بلند شویم  
با هم بخندیم  
تا فصل سلامت زندگی  
از ما  
رنگ دوباره‌ای از بهار بگیرد...

مستانه دادگر  
شاعر و نویسنده





دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

# کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

ایمیل [Src@uswr.ac.ir](mailto:Src@uswr.ac.ir)

وبسایت <https://src.uswr.ac.ir/>