

اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده

The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Metacognitive Beliefs and Concerns of Physical Image of Depressed Girl Students

Kamran PourMohammad Ghouchani*

M. A. of General Psychology, Shandiz
Institution of Higher Education.

kamranpsychologist063@gmail.com

Sorour Madhi

M. A. of General Psychology, Islamic Azad
University, Science and Research Branch,
Semnan

Kazem Ferootan nejad

M. A. Clinical Psychology, Islamic Azad
University, Khorasgan Branch, Isfahan

کامران پورمحمد قوچانی (نویسنده مسئول)

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، مؤسسه آموزش عالی

شاندیز

سرور مدحی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و

تحقیقات، سمنان

کازم فروتن نژاد

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان،

اصفهان

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of behavioral activation therapy on meta-cognitive beliefs and worries about the physical image of depressed girl students. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with the control group. A total of 30 undergraduate students of the Ferdowsi University of Mashhad were selected and randomly assigned to the same experimental and control groups after an initial clinical evaluation based on the criteria of the research. The experimental group received eight sessions of 90 minutes (weekly twice) of the behavioral activation group therapy group; the control group was placed on the waiting list. To collect information in two stages, pre-test and post-test, Wales et al. (2004) meta-cognitive questionnaire and the Littleton and Associates (200) Physical Image Worry Questionnaire were used. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The findings of this study showed that there is a significant difference between the mean scores of post-test of the experimental groups and the control group in the positive meta-cognitive beliefs about fear and concern of the body image. Since gaining a higher score in these two variables indicates the severity of these symptoms in people with depression, the mean of these scores in the intervention group in the post-test stage was significantly lower than the control group. Therefore, it can be said that the use of therapy techniques for treatment of behavioral activation is effective in reducing the positive meta-cognitive beliefs about worries and concerns about the physical image of depressed girl students.

Keywords: Behavioral activation therapy, positive metacognitive beliefs concerns, physical body concern, students.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده انجام شد. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد پس از ارزیابی بالینی اولیه و بر اساس ملاک‌های پژوهش، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو بار) برنامه گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری را دریافت کردند؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه فراشناختی ولز و همکاران (۲۰۰۴) و پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران (۲۰۰۰) استفاده شد. داده‌ها به کمک روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره، تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی و نگرانی از تصویر بدنی، تفاوت معناداری وجود دارد. از آنجا که کسب نمره بیشتر در این دو متغیر نشان از شدت این علائم در افراد دچار افسردگی است، میانگین این نمرات در گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل به میزان معنی‌داری پایین‌تر بود. بنابراین، می‌توان گفت که به کارگیری فنون درمان درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده، مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان فعال‌سازی رفتاری، باور فراشناختی مثبت درباره نگرانی، نگرانی از تصویر بدنی، دانشجویان.

مقدمه

ورود دانشجویان جوان به یک نقطه مکانی جدید، آنها را در معرض فشارهای متعدد از جمله شوک‌های فرهنگی قرار خواهند داد (ستارپور، احمدی و صادق زاده، ۱۳۹۴) که باعث بروز افسردگی در آنها می‌شود (بوچانان، ۲۰۱۷). واری‌های متعدد در سال‌های اخیر نشان می‌دهد، افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی به ویژه در بین زنان است (نوریس، اسپتیگو و کاتزمن، ۲۰۱۶). افسردگی بیان‌کننده یک حالت هیجانی است که با نشانگان روانی احساس بی‌ارزشی، احساس گناه، پوچی، بیهودگی و عدک لذت از فعالیت‌های اصلی زندگی مشخص می‌شود (اسپیگل و ریباً، ۲۰۱۵). نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه‌ها از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌رند (کنی و هولاهان، ۲۰۰۸). برخی از این علائم شایع عبارتند از: کاهش باورهای فراشناختی مثبت مانند خودآگاهی شناختی^۷ و ایجاد تصویر بدنی منفی^۸ (نوریس و همکاران، ۲۰۱۶؛ ماهاتی، باگیا، کریستوفر، اسنها و راو، ۲۰۱۵).

رابطه نگرانی تصویر بدنی منفی و افسردگی به صورت دو سویه است؛ به طوری که هر دو عامل بر تشدید یکدیگر تأثیر گذارند (نگل، جاکوبی، پاول، بیسودو-بام، هافلر، لیب و ویچن، ۲۰۱۶) تصویر بدنی فرد - یعنی تصویر ذهنی فرد از اندازه، شکل بدن خود، احساس فرد نسبت به تک تک و کل اعضای بدنش، و اینکه چگونه فرد ارزش، تأیید، عدم تأیید خود را ارزیابی می‌کند- تأثیر می‌گذارد (کوهن و بلانزسکی، ۲۰۱۵). یکی از ادعاهای تأیید شده در برخی پژوهش‌ها درباره مقوله تصویر بدن حاکی از آن است که افراد معمولاً زیبایی ظاهری را با ویژگی‌های شخصیتی مطلوبی همچون میزان شایستگی و سطح پذیرش اجتماعی ربط می‌دهند. زمانی که از نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در شکل‌گیری تصویر از بدن سخن به میان می‌آید، منظور انتظاری است که شخص بر مبنای مطلوب‌های تعریف شده در جامعه از بدن خود پیدا می‌کند (مورای، گریفز و ماند، ۲۰۱۶؛ کازاتو، میان، میلی، تاگانا، تادیسکو و اگریسی، ۲۰۱۶). اسمینک، ون هاکن، دانکر، ساسر، اولهینکل و هواک^۹ (۲۰۱۶)، مؤلفه‌های زیر را برای یک تصویر بدنی منفی ذکر می‌کنند: تحریف ادراکی، شکست در دست یافتن به هدف‌های غیرواقع‌بینانه درباره اندازه و وزن که به نارضایتی بدنی و خلقی منفی می‌انجامد، نیروگذاری روی ظاهر به عنوان یک ملاک اساسی ارزیابی خود که به توجه انتخابی به پیام‌های ظاهری می‌انجامد.

از سویی دیگر باورهای فراشناختی منفی یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی است که باعث تشدید نگرانی از تصویر بدنی در افراد افسرده می‌شود (لیانگ، ژيو، یوان، شاوو و بیان، ۲۰۱۳). باورهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده تجربه احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی می‌باشد. همچنین باورهای فراشناختی مثبت و منفی ممکن است سبب تداوم نگرانی‌های افراد شوند (پورنامداریان، بیرشک و اصغرزاد، ۱۳۹۱). براساس نظریه‌پردازی‌های اخیر، فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی است. فراشناخت‌ها بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص نظیر افکار مزاحم اثر می‌گذارد و باورهای فراشناختی در سبب‌شناسی و افسردگی نقش مؤثری دارد (ولز، ۲۰۰۹). شواهد و پژوهش‌های انجام شده حاکی از آنست که تعداد زیادی از مطالعات، ارتباط قابل اطمینانی بین فراشناخت و علائم افسردگی در آزمودنی‌های دیسفوریک نشان داده‌اند (نالن هاکسما، ۲۰۰۴) و پیش‌بینی‌های مدل فراشناختی به طور تجربی و فواید درمانی این مدل برای بیماران

^۱.Buchanan

^۲.depression

^۳. Norris, Spettigue & Katzman,

^۴.Spiegel & Riba

^۵.Kenney & Holahan

^۶. metacognitive beliefs

^۷.cognitive self-awareness

^۸.negative body image

^۹.Mahati, Bhagya, Christofer, Sneha & Rao

^{۱۰}.Nagl, Jacobi, Paul, Beesdo-Baum, Höfler, Lieb & Wittchen

^{۱۱}.Cohen & Blaszczynski

^{۱۲}.Murray, Griffiths & Mond

^{۱۳}.Cazzato, Mian, Mele, Tognana, Todisco & Urgesi

^{۱۴}.Smink, van Hoeken, Donker, Susser, Oldehinkel & Hoek,

^{۱۵}.Liang, Zhou, Yuan, Shao & Bian

^{۱۶}.Wells

^{۱۷}.Nolen Hoeksema

افسرده (پاپاگورجیو^۱ و ولز، ۲۰۰۱) را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. همچنین نتایج تحقیقات نشان داده است که نقص در فراشناخت با انواع اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی و مشکلات شخصیتی مرتبط است (جارد و همکاران^۲، ۲۰۱۶).

با در نظر گرفتن پیامدهای افسردگی بر زندگی، تحصیل و کار دانشجویان، به کارگیری مداخلات چندجانبه به منظور بهبود افسردگی و کاهش شدت علائم آن ضروری به نظر می‌رسد. یکی از درمان‌های شناختی که در مورد اختلالات گوناگون روان‌شناختی مورد استفاده بوده است، فعال‌سازی رفتاری^۳ است. این درمان، فرآیند ساختار یافته‌ای است که موجب افزایش تماس فرد با پیوستگی‌های محیطی شده و منجر به بهبود خلق، تفکر و کیفیت زندگی، کاهش اجتناب و ارزیابی‌های منفی و اضطراب اجتماعی در افراد افسرده می‌گردد (طاهری، طاهری و امیری، ۱۳۹۶). درمان فعال‌سازی رفتاری، که جزء درمان‌های موج سوم محسوب می‌شود، نوعی رفتار درمانی خالص است که تکنیک‌های عینی و راحت‌الاجرا برای درمان افسردگی و نشانه‌های آن ارائه می‌دهد و به علت کوتاه‌مدت بودن طول دوره‌ی درمان، مقرون به صرفه است (ریچاردز^۴، ۲۰۰۸). در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا بتواند در اولین وهله بهبود یابد و بیمار را از نظر رفتاری و اجتماعی فعال می‌کند و از طریق افزایش تعامل سازنده با افراد سالم و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، فشار روانی و باورهای منفی، بیمار را برای درگیر کردن کامل با فرآیند درمان به منظور حفظ بهبودی آماده کند (داو و لوکستون^۵، ۲۰۱۴). هدف این نوع درمان ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و همچنین جایگزینی نظامند الگوهای رفتاری ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه است. افزون بر این موارد، در این نوع درمان به کیفیت و بهبود کارکرد اجتماعی توجه می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا^۶، ۲۰۱۳). تا کنون این شیوه درمانی در درمان اختلالات نظیر اختلالات افسردگی و اضطراب (زمستانی، داودی، مهرابی زاده هنرمند و زرگر، ۱۳۹۲؛ خدایانه، مرادی و خدایانه، ۱۳۹۰)؛ افزایش کیفیت زندگی (پرهون، مرادی، حاتمی و مشیرپناهی، ۱۳۹۳)؛ کاهش اجتناب شناختی و ارزیابی‌های منفی (طاهری، طاهری و امیری، ۱۳۹۶)؛ سبک‌های اسنادی (شاره، ۱۳۹۵)؛ انعطاف‌پذیری کنشی، باورهای فراشناختی، نشخوار فکری (دشت بزرگی، ۱۳۹۷)؛ میلز و اندر^۷، ۲۰۱۵؛ پاتریک^۸، ۲۰۱۲)؛ کاهش استرس ادراک شده و احساس گناه (اندرسون^۹، ۲۰۱۵)؛ عطایی مغاللو و عطایی مغاللو، ۱۳۹۴) و باور مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و اجتناب‌شناختی کم (راسل^{۱۰}، ۲۰۱۳)، افراد با اختلال‌ها و بیماری‌های مختلف به کار برده شده است.

باتوجه به شیوع بالای اختلال افسردگی و علائم آن در بین دانشجویان و آثار منفی این اختلال بر عملکردهای دانشگاهی آنها در طول تحصیل و عملکرد شغلی آنها در آینده و نیز هزینه‌هایی که به دنبال آن بر جامعه و خانواده تحمیل می‌شود (زمستانی و همکاران، ۱۳۹۲) و با در نظر گرفتن اینکه دانشجویان در سنین اولیه جوانی به سر می‌برند و از یک طرف تجسمی که از بدن خود دارند در این دوران از اهمیت ویژه‌ای برای جوانان - به‌ویژه دختران جوان - برخوردار است و از سویی نقش باورهای فراشناختی در ارزیابی‌های مثبت و منفی از خودشان، نیاز به یافتن روشی جهت پیشگیری و درمان این اختلالات می‌تواند جهت ارتقاء سلامت جسمانی و روان‌شناختی، ضروری باشد. باتوجه به نتایج مطالعات انجام شده، به نظر می‌رسد روش درمانی فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی و نشانگان این اختلال مؤثر باشد. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده، انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. از بین دانشکده‌های دانشگاه فردوسی مشهد تعداد ۵ دانشکده شامل: مهندسی، اقتصاد و علوم اجتماعی، علوم تربیتی و روان‌شناسی، کشاورزی و تربیت بدنی به‌صورت تصادفی انتخاب

^۱. Papageorgiou

^۲. Jared & et al

^۳. Behavioral Activation (BA)

^۴. Richards

^۵. Dawe & Loxton

^۶. American psychiatric Association

^۷. Miles & Ander

^۸. Patric

^۹. Anderson

^{۱۰}. Rasel

و از هر دانشکده نیز چهار کلاس کارشناسی به شکل تصادفی انتخاب شدند و سپس تست افسردگی بک-۲ در بین ۴۵۰ نفر از دانشجویان دختر پخش شد. پس از جمع‌آوری کامل تست‌ها و نمره‌گذاری آنها، تعداد ۱۳۳ نفر از دانشجویان دختری که در این تست نمره‌ی ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) کسب کردند، به مصاحبه دعوت شدند. ولی از بین ۱۳۳ نفر، ۸۳ نفر در مصاحبه شرکت کردند. پس از انجام مصاحبه ساختار یافته، ۳۰ نفر را که دارای افسردگی شدید بودند به تشخیص روان‌شناس پژوهش انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن علائم اختلال افسردگی که با پرسشنامه افسردگی بک-۲ بررسی شد؛ نداشتن اختلال‌های حاد روان‌شناختی (به تشخیص روان‌شناس)؛ عدم دریافت دارودرمانی یا مداخلات روان‌درمانی به صورت همزمان، مقطع تحصیلی کارشناسی. ملاک خروج نیز شامل داشتن یک اختلال دیگر محور یک یا دو بر اساس پنجمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، داشتن بیماری جسمی ناتوان کننده و عدم رضایت برای شرکت در پژوهش. به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان خاطر در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و گزارش داده‌ها به صورت گروهی داده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه فرا شناختی^۱ (MCQ-30): این پرسشنامه توسط ولز و کاترایت-هان^۲ (۲۰۰۴) ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خود گزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد، پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت (۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم) محاسبه می‌شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس است: ۱- کنترل ناپذیری و خطر افکار؛ ۲- باورهای مثبت درباره نگرانی، ۳- اطمینان شناختی؛ ۴- نیاز به کنترل افکار و ۵- خودآگاهی شناختی (خانی پور، سهرابی، طباطبایی، ۱۳۹۰). در ایران شیرین زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظیری (۱۳۸۸)، این پرسشنامه را برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده نموده است. ضریب آلفای کرونباخ کُل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری (۰/۸۷)، باورهای مثبت (۰/۸۶)، اطمینان شناختی (۰/۸۰)، نیاز به کنترل افکار (۰/۷۱) و خود آگاهی شناختی (۰/۸۱) گزارش شده است. پایایی بازآزمایی این آزمون در فاصله ۴ هفته برای کُل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ برای جمعیت ایرانی گزارش شده است (محمد خانی و فرجاد، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر، مؤلفه باورهای مثبت درباره نگرانی مورد سنجش قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی^۳ (BCI): این پرسشنامه ۱۹ ماده‌ای توسط لیتلتون و همکاران^۴ (۲۰۰۵) ساخته شده است که به بررسی ناراضی‌تی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. در این ابزار از آزمودنی خواسته می‌شود در مورد هر یک از ماده‌ها، میزانی که آن ماده احساسات یا رفتارش را نشان می‌دهد، روی مقیاسی از ۱ تا ۵ درجه بندی کند. در این مقیاس نمره ۱ به معنی این است که (هرگز این احساس را نداشته‌ام یا این کار را انجام نداده‌ام) و نمره ۵ به معنی این است که (همیشه این احساس را دارم یا این کار را انجام میدهم). نمره کل پرسشنامه بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمره بیشتر، نشانگر بالا بودن میزان ناراضی‌تی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به دست آوردند. ضریب همبستگی هر کدام از سوالات با نمره کل پرسشنامه از ۰/۷۳ - ۰/۳۲ با میانگین ۰/۶۲ بوده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش شده است. در ایران نیز عسگری و رمضانی بدر (۱۳۹۴)، با استفاده از آلفای کرونباخ، اعتماد علمی این ابزار را سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ که با برای عامل اول ۰/۹۰ و عامل دوم ۰/۹۱، گزارش شد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی بررسی شد که آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرا بدین صورت بود که پس از اخذ مجوزات لازم و هماهنگی با مسئولین دانشگاه شهید فردوسی مشهد و انتخاب نمونه‌ی پژوهش و اجرای پیش‌آزمون‌ها، گروه آزمایش به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دوبار) الگوی برنامه درمانی فعال سازی رفتاری را بر اساس پروتکل ارائه شده توسط کانتر، بوش و راش^۵ (۲۰۰۸) (مطابق با جدول ۱) دریافت کردند؛ گروه کنترل به مدت

۱. Meta-Cognitions Questionnaire-30

۲. Wells, & Cater- Haiten

۳. Body Image Concern Inventory

۴. Littleton & et al

۵. Kanter, Busch & Rusch

دوماه در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی

جلسه اول	معارفه، آشنایی و سازماندهی گروه با اصول و قواعد درمان، برقراری رابطه درمانی با مراجعان و آموزش قراردادهای رفتاری (به صورت نوشتاری و کلامی)، تبادل نظر در مورد چگونگی رسیدن به اهداف مورد نظر.
جلسه دوم	آموزش و تمرکز بر فعال‌سازی رفتاری و نیز تعامل فرد با محیط و آموزش راهبردهای مناسب فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای، پخش فیلم کوتاه اثر پروانه.
جلسه سوم	آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفاف‌بخشی گروهی (با چهار محور توجه‌هایی در مورد زمینه‌ی کلی افسردگی، انتخاب روش‌های درمانی مناسب، وضعیت جسمی و روان‌شناختی فرد، موضوعات انگیزشی)، ارائه فن تن‌آرامی.
جلسه چهارم	تمرکز بر جنبه‌های افسردگی و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امیددرمانی و بیان جملات مثبت و امید بخش در مورد پیشرفت‌های کوچک مراجع، کار بر روی عقاید فراشناختی.
جلسه پنجم	تمرکز مجدد بر جنبه‌های افسردگی و تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی (تشریح حالات خلقی، بهبود سلسله مراتبی، عود افسردگی و حالات روانی به صورت تمثیل و گفتگوی گروهی مطرح شد).
جلسه ششم	تمرکز بر حالات و قضاوت‌های شناختی افراد در مورد ظاهر و وضع جسمی و کنترل و مدیریت تنش‌های آنها (شناسایی باورهای شناختی و ارزیابی‌های منفی در مورد وضعیت ظاهری، بررسی از طریق یادداشت‌ها در فرم، شخصیت و کنترل تنش، شناسایی و پیشگیری از پیامدهای منفی و نگرش‌ها و باورهای غیر منطقی و منفی و باسازی آنها)، بررسی راهکارهای رهایی از افسردگی.
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی شناختی و مهارت قاطعیت در درمان و استفاده بهینه از روان‌شناس و مددکار.
جلسه هشتم	جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌های درمانی، نظرخواهی، ارائه راهکارهای پیگیرانه و در نهایت اجرای پس‌آزمون‌ها.

یافته‌ها

جدول ۲- داده‌های توصیفی نمرات باورهای فراشناخت مثبت درباره نگرانی و نگرانی از تصویر بدنی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
باورهای فراشناخت مثبت در مورد نگرانی	آزمایش	۴۹/۵۵	۱۱/۳۱
	کنترل	۵۰/۶۷	۱۲/۷۷
نگرانی از تصویر بدنی	آزمایش	۶۰/۱۱	۷/۱۳
	کنترل	۶۰/۳۳	۷/۱۱
انحراف معیار	پس آزمون	۳۶/۱۲	۱۰/۲۹
	پیش آزمون	۴۹/۳۹	۲۹/۳۸
انحراف معیار	پس آزمون	۶۰/۸۹	۷/۵۹
	پیش آزمون	۲۹/۳۸	۷/۱۳

نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده برای هر دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات متغیرهای باورهای فراشناخت مثبت درباره نگرانی و نگرانی از تصویر بدنی در پیش‌آزمون یکسان می‌باشند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات باورهای فراشناخت مثبت درباره نگرانی و نگرانی از تصویر بدنی نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است ($P > 0/05$). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > 0/05$) پشتیبانی می‌کند. مقدار آماره‌های چند متغیره پیلایی و هتلینگ به ترتیب ۰/۷۱۲ و ۲/۴۶ به دست آمد که هر دو آماره از نظر آماری معنادار بودند (۱۸/۹۳، $f=3$ ، $df^1=23$ ، $df^2=23$ ، $p < 0/01$). بدین ترتیب می‌توان گفت درمان فعال‌سازی رفتاری منجر به بهبود حداقل یکی از متغیرها شده است.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس چندمتغیره، متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های کنترل و آزمایش با کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	Eta ²
باورهای فراشناخت مثبت درباره نگرانی	پیش‌آزمون گروه	۱۳۸۷/۲۳	۱	۱۳۸۷/۲۳	۵۶۵/۰۶	۰/۰۲۱	۰/۳۵
	خطا	۵۷۶۲/۷۵	۲۸	۱۹۷۸/۷۳	۶۸/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۶۲
نگرانی از تصویر بدنی	پیش‌آزمون گروه	۲۹۰۳/۱۴۷	۱	۲۹۰۳/۱۴۷	۵۴۵/۱۶	۰/۰۰۹	۰/۲۸
	خطا	۱۴۳/۳۸۶	۲۸	۲۷۱/۳۵۷	۵۱/۰۹	۰/۰۰۷	۰/۵۸

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جدول ۳، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای باورهای فراشناخت مثبت درباره نگرانی ($\eta^2 = ۰/۶۲$ و $p < ۰/۰۰۶$ و $F = ۶۸/۹۳$) و نگرانی از تصویر بدنی ($\eta^2 = ۰/۵۸$ و $p < ۰/۰۰۷$ و $F = ۱۸۳/۳۹$)، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش باورهای فراشناخت مثبت درباره نگرانی و نگرانی از تصویر بدنی افراد گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای باورهای فراشناخت مثبت درباره نگرانی و نگرانی از تصویر بدنی، تفاوت معناداری وجود دارد. از آنجا که کسب نمره بیشتر در باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و نگرانی از تصویر بدنی نشان از شدت این علائم در افراد دچار افسردگی، میانگین این نمرات در گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل به میزان معنی‌داری پایین‌تر بود. بنابراین، می‌توان گفت که به کارگیری فنون درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده، مؤثر است. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات دشت بزرگی (۱۳۹۷)؛ طاهری و همکاران (۱۳۹۶)؛ شماره (۱۳۹۵)؛ عطایی مغالو و همکاران (۱۳۹۴)؛ زمستانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ پرهون و همکاران (۱۳۹۳)؛ خدایانه و همکاران (۱۳۹۰)؛ اندرسون (۲۰۱۵)، میلز و همکاران (۲۰۱۵)؛ داو و همکاران (۲۰۱۴)؛ راسل (۲۰۱۳)؛ پاتریک (۲۰۱۲)، می باشد.

در تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش باورهای فراشناخت مثبت درباره نگرانی می‌توان اینگونه اظهار کرد که، درمان فعال‌سازی رفتاری مداخله‌ای را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای مثبت و منفی که در مداخله‌های سنتی شناختی بر آن تأکید می‌شود، تأکید نمی‌کند، بلکه سعی می‌کند که فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده و باورهای مثبت درباره نگرانی را زیاد می‌کند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند را تغییر دهد. همچنین می‌توان گفت که درمان فعال‌سازی رفتاری از طریق راهبردهایی چون ارائه اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای، شناسایی باورهای فراشناختی مثبت و منفی و نحوه مقابله با آنها، و برنامه‌های درمانی اختلال افسردگی که شامل راهبردهای مقابله فراشناخت‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب در برابر افسردگی، سرزنش خود، تضاد شناختی، افکار مزاحم، خوداشتغالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب کاهش اینگونه باورهای فراشناختی مثبت و منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت مانند خودآگاهی شناختی می‌گردد. از طرف دیگر، این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که باورهای فراشناختی مثبت با افسردگی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای باورهای فراشناختی مثبت، احتمال بیشتری دارد که به افسردگی روانی مبتلا شوند؛ زیرا این افراد فکر می‌کنند که افسردگی به آنها کمک می‌کند تا بتوانند درست و به جا تصمیم بگیرند و دست به انتخاب بزنند. باورهای مثبت افراد را تحریک می‌کنند که برای مقابله با افت خلق و تنظیم آن از نشخوار فکری استفاده

کنند و در نتیجه موجب شروع افسردگی می‌شوند (آدلر، ۲۰۰۸). لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا به افسردگی، می‌تواند در ارتقاء باورهای فراشناختی مثبت آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی شناسایی و پیشگیری از پیامدهای منفی و نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی و منفی و باسازی آنها پرداخته می‌شود و از باورهای فراشناختی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر شناخت مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش افسردگی استفاده می‌شود. با استفاده از مؤلفه آموزش مهارت‌ها و جایگزینی باورهای فراشناختی منفی، ناکارآمد و ناسازگارانه با باورهای فراشناختی مثبت، منطقی و هدفمند به کاهش سطح افسردگی افراد کمک می‌شود.

در تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی می‌توان اینگونه اظهار کرد که، در درمان فعال‌سازی رفتاری از شیوه‌های شناختی نظیر آموزش تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی و فراشناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، فنون مقابله با افکار منفی استفاده می‌شود. همچنین در درمان فوق از فنون مدیریت تنش و امیدبخشی برای تعدیل تصویر بدنی منفی استفاده می‌شود. در به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت زدایی منظم به مراجع آموزش داده می‌شود که به صورت تدریجی با قسمت‌هایی از بدن خود که موجب ناراحتی‌شان می‌شود همراه با فن تن‌آرامی مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس رضایت و کامل بودن را دریافت نمایند. بنابراین درمان فعال‌سازی رفتاری از طریق راهبردهای فراشناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می‌شود. اثربخشی این در کاهش تصویر بدنی منفی را نیز می‌توان اینگونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری افسردگی اختلال در تصور از تن و نگرش منفی در مورد تصویر بدنی است. با توجه به این که در درمان فوق روی تغییر افکار منفی و باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی در مورد نگرش مثبت به بدن تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود نگرانی از تصویر بدنی مؤثر واقع شود.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که این مطالعه بر روی دانشجویان دختر انجام گرفته و لذا نتایج به دست آمده به دانشجویان پسر قابل تعمیم نیست و یا باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر مشهد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد. علاوه بر این، در این پژوهش اثرات درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفته است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های گسترده‌تر استفاده گردد و اثر برخی متغیرهای احتمالی تأثیرگذار نیز کنترل گردد. در مجموع پیشنهاد می‌گردد، گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری به عنوان شیوه مناسبی جهت کاهش باورهای فراشناختی مثبت از نگرانی و نگرانی از تصویر بدنی، توسط مشاوران و روان‌درمانگران در نظر گرفته شود.

منابع

- پرهون، هادی، مرادی، علیرضا، حاتمی، محمد و مشیرپناهی، شیوا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۴): ۴۱-۶۱.
- پورنامداریان، سینا، بیرشک، بهزاد و اوصغرنازاد، فرید (۱۳۹۱). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۳): ۸۷-۹۴.
- خانی پور، حمید، سهرابی، فرامرز و طباطبایی، سعید (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۱): ۸۲-۷۱.
- خداپناه، مژگان، مرادی، علیرضا و خداپناه، مژده (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به چاقی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۵(۱): ۵۷-۴۷.

اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان دختر افسرده
The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Metacognitive Beliefs and Concerns of Physical ...

- دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۷). اثربخشی گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی بیماران وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷): ۳۰۲-۳۸۷.
- زمستانی، مهدی، داوودی، ایران، مهربانی زاده هنرمند، مهناز و زرگر، یداله (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۵(۴): ۷۳-۸۴.
- ستارپور، فریبا، احمدی، عزت‌اله و صادق زاده، ساناز (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۷(۳): ۸۱-۸۸.
- شاره، حسین (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوهی گروهی بر سبک‌های اسنادی، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۴): ۷۹-۸۸.
- شیرین زاده دستگیری، صمد، گودرزی، محمدعلی، رحیمی، چنگیز و نظیری، قاسم (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت. *فصلنامه روان‌شناسی*، ۱۲(۴): ۴۴۵-۴۶۱.
- طاهری، هانیه، طاهری، الهام و امیری، مهدی (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، اجتناب و ارزیابی‌های منفی افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹(۵): ۳۶۱-۳۶۵.
- عسگری، معصومه و رضانی بدر، فرهاد (۱۳۹۴). بررسی مقایسه‌ای اختلال نگرانی از تصویر بدنی و عزت‌نفس بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابرهر در سال ۱۳۹۴. *نشریه پژوهش‌ها و مطالعات علوم رفتاری*، ۸(۲۸): ۱۴۹-۱۶۴.
- عطایی مغاللو، وحید و عطایی مغاللو، رقیه (۱۳۹۴). تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی بر افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی و احساس گناه در کودکان ۷ تا ۱۵ ساله مبتلا به دیابت. *مجله علوم پزشکی دانشگاه رفسنجان*، ۱۴(۲): ۲۲۵-۲۳۸.
- محمد خانی، شهرام و فرجاد، مریم (۱۳۸۸). نقش باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواس در جمعیت بالینی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۳): ۵۲-۳۵.

- Adler, A.D. (2008). *Manipulation of cognitive biases and rumination: an examination of single and combined correction conditions*. Master of Arts thesis. Ohio. The Ohio State University, Department of Psychology.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- Anderson, L. H. (2015). The effect of behavioral activation group therapy on the resilience, quality of life and perceived stress in abusing in drug abuser patient. *American journal of Orthodontics Orthodontics*, 131(5): 571-572.
- Buchanan, J.L. (2017). Prevention of depression in the college student population: A review of the literature. *Arch of Psychiatry Nurs.* (26): 21-42.
- Cazzato, V., Mian, E., Mele, S., Tognana, G., Todisco, P., & Urgesi, C. (2016). The effects of body exposure on self-body image and esthetic appreciation in anorexia nervosa. *Experimental brain research*, 234(3): 695-709.
- Cohen, R., & Blaszczynski, A. (2015). Comparative effects of Facebook and conventional media on body image dissatisfaction. *Journal of eating disorders*, 3(1): 23-39.
- Dawe, S., & Loxton, N.J. (2014). Abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorder*, 29: ۴۵۵-۴۶۲.
- Jared, O, Giancarlo, D, Raffaele, P, Kelly, B, Kelly, A. & et al.(2016). Metacognition moderates the relationship of disturbances in attachment with severity of borderline personality disorder among persons in treatment of substance use disorders. *Comprehensive psychiatry*, 64(13): 22-28.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Bush, A. M. (2008). Behavioral activation for Latinos with depression. *Clinical Case studies*, ۶: ۴۹۱-۵۰۶.
- Kenney, B. A., & Holahan, C. J. (2008). Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample. *J American College Health*, (56): 409-414.
- Liang, L., Zhou, D., Yuan, C., Shao, A., & Bian, Y. (2013). Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. *Computers in Human Behavior*, 63, 463-470.
- Littleton, H. L., Axsom, D. S., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventor. *Behavior Research and Therapy*, 43: 229-241.
- Mahati, K., Bhagya, V., Christofer, T., Sneha, A., & Rao, B. S. (2015). Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. *Neurobiology of Learning and Memory*, 134: ۳۷۹-۳۹۱.
- Miles, H., Andr, J. S. (2015). The effect of behavioral activation group therapy on the meta cognitions of abusing in drug abuser. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22: 80-93.
- Murray, S. B., Griffiths, S., & Mond, J. M. (2016). Evolving eating disorder psychopathology: conceptualizing muscularity-oriented disordered eating. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5): 414-415.

- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European child & adolescent psychiatry, 25*(8): 903-918.
- Nolen – Hoeksema, S. (2004). *The response styles theory*. In C. papageorgiou & A. Wells (Eds), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Norris, M. L., Spettigue, W. J., & Katzman, D. K. (2016). Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric disease and treatment, 12*: 201-213.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior therapy, 32*(3): 13-26.
- Patric, P. (2012). *The effect of behavioral activation group therapy on the stress and obsessive rumination of abusing in drug abuser*. *Drug and Alcohol, Dependence, 48*: 119-126.
- Rasel, H. (2013). The effect behavioral activation group therapy on the meta cognitive beliefs of abusing in drug abuser. *Journal of Applied Psychology, 86*(3): 401-409.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Donker, G. A., Susser, E. S., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2016). Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 46*(06): 1189-1196.
- Spiegel, D. & Riba, M. B. (2015). Managing anxiety and depression during treatment. *The breast Journal, 21*(1): 97-103.
- Wells, & Cater, - Haiten, (2004). Predictors of middle school students' use of selfhandicapping strategies. *Journal of Early Adolescence, 15*(3): 389-411.
- Wells, A. (2009). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons LTD, 3-54.



شپرشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 پرتال جامع علوم انسانی



شپوهنگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی