

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

دوره ۲۱، شماره ۱، پیاپی ۴۰، بهار و تابستان ۱۴۰۲

ویراستار ادبی (انگلیسی): میلا ملک‌الکلامی

شاپای چاپی: ۲۳۴۵-۲۱۸۸

شاپای الکترونیکی: ۲۳۴۵-۴۷۸۴

صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد

مدیر مسئول: رسول روشن چسلی

سرمدبیر: رسول روشن چسلی

مدیر اجرائی: لیلا هاشمی

اعضای هیئت تحریریه

نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی
۱- محمدعلی اصغری مقدم	استاد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲- غلامعلی افروز	استاد روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳- علی دلاور	استاد روش‌های تحقیق و آمار دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۴- رسول روشن چسلی	استاد روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۵- فیروزه سپهریان آذر	استاد روانشناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران
۶- فرامرز سهرابی اسمرود	استاد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۷- محمدرضا شعیری	دانشیار روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۸- حسین شکرکن	استاد روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۹- مهناز علی‌اکبری دهکردی	استاد روانشناسی دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب، تهران، ایران
۱۰- ابوالقاسم عیسی‌مراد رودبند	دانشیار روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۱۱- علی فتحی آشتیانی	استاد روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران
۱۲- ابوالقاسم یعقوبی	استاد دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

صفحه‌آرا: ام‌البنین خزائی

نشانی: تهران، آزاد راه تهران - قم (خلیج فارس) روبروی حرم امام خمینی (ره)، دانشگاه شاهد

صندوق پستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱

فاکس: ۰۲۱-۵۱۲۱۵۱۲۴

تلفن دفتر مجله: ۰۲۱-۵۱۲۱۵۱۲۶

E-mail: cpap@shahed.ac.ir

cpap.shahed.ac.ir

اهداف و چشم‌انداز مجله

نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت، با هدف کمک به پیشبرد و توسعه علمی در حوزه‌های مختلف مرتبط با روانشناسی بالینی و شخصیت به انتشار مقالات پژوهشی اصیل (Original Article) پژوهشگران مختلف می‌پردازد.

برخی از زمینه‌های موضوعی قابل انتشار در این نشریه عبارتند از:

روان‌سنجی، روان‌درمانی، افسردگی، اضطراب، سلامت روان، شخصیت، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی، باورهای فراشناختی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، حرمت خود، ذهن‌آگاهی، خودکارآمدی، پرخاشگری، درمان شناختی رفتاری، تعارضات زناشویی، ویژگی‌های شخصیتی.

راهنمای نویسندگان

• نحوه تایپ مقاله:

۱. تایپ در محیط نرم افزار Microsoft Office Word با تنظیم های کامل زبان فارسی، انجام شود.
۲. تایپ متن فارسی با رعایت فاصله و نیم فاصله باشد (به طور نمونه؛ "می شود"، "کتابها"، "کم تر"، "بیش تر" و ...).
۳. رسم جداول، تایپ اعداد و ارقام " به فارسی بوده و "اعداد اعشاری" نیز به شکل نمونه (۳/۴۷) تایپ شود. از " فاصله گذاشتن" به وسیله، "تب" و یا "اینتر" در این جا، خودداری شود.
۴. از قلم بولد شده B Nazanin با اندازه ۱۲ برای تایپ متن فارسی، قلم معمولی B Zar با اندازه ۱۱ برای چکیده فارسی و نیز قلم Time new roman با شماره ۹ برای متن انگلیسی، استفاده کنید.
۵. منحنی ها، نمودارها و اشکال به صورت سیاه و سفید و به کمک نرم افزار Microsoft Office Word ترسیم و تنظیم، شده باشند.
۶. جداول و نمودارها باید به وسیله شماره، مشخص گردند و در متن مقاله نیز با همان شماره، مورد اشاره قرار گیرند. (مانند جدول ۱، نمودار ۲)
۷. اسامی و اصطلاحات لاتین باید در زیر همان صفحه، زیرنویس شوند.
۸. چنانچه مقاله، مستخرج از طرح پژوهشی مصوب است، در پاورقی صفحه نخست، با ذکر مرکز/ موسسه تامین کننده اعتبار طرح پژوهشی، مراتب زیرنویس شود.

• ترتیب عناوین و ساختار مقاله:

۱. عنوان (با فونت بولد شده B Traffic با شماره ۲۰).
۲. نویسنده و یا فهرست مشخصات نویسندگان به شکل نمونه زیر (رعایت موارد ذیل، جهت درج مشخصات نویسندگان، در چکیده فارسی و انگلیسی، ضروری است به علاوه توصیه می شود؛ آخرین شماره چاپ شده مجله را برای تنظیم مقاله خود، ملاحظه کنید)؛
- نام و نام خانوادگی نویسنده/ نویسندگان (در چکیده فارسی با قلم بولد شده BZar با شماره ۱۱). - شماره گذاری روی اسامی نویسنده/گان و زیر نویس مشخصات آنان به ترتیب با رعایت؛ (۱) سطح تحصیلی/ مرتبه علمی، (۲) گروه آموزشی، (۳) نام دانشگاه (در چکیده فارسی با قلم معمولی B Lotus با شماره ۱۱). - ستاره گذاری و تعیین نویسنده مسئول در صورت تعدد نویسندگان به همراه آدرس پست الکترونیک وی (در چکیده فارسی با قلم معمولی BZar با شماره ۹).
۳. چکیده فارسی (۲۰۰ تا ۳۰۰ کلمه) به همراه کلید واژه ها (حداکثر هفت کلمه) شامل مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه)
۴. چکیده انگلیسی: شامل مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه)
۵. مقدمه.
۶. فرضیه ها یا سوال های پژوهش (در صورت وجود)
۷. روش: شامل (نوع پژوهش، آزمودنی: جامعه آماری و نمونه پژوهش، ابزارهای پژوهش، شیوه انجام پژوهش و شیوه تحلیل داده ها).
۸. نتایج.
۹. بحث و نتیجه گیری.
۱۰. محدودیت ها و پیشنهادهای پژوهش (در صورت وجود)
۱۱. سپاسگزاری (در صورت وجود)
۱۲. منابع.

راهنمای نویسندگان

• شیوه ارجاع دهی در متن و فهرست منابع مقاله:

۱. استناددهی (ارجاع دهی) هم در متن و هم در فهرست منابع مقاله باید براساس سبک استناددهی ونکوور (Vancouver Style) باشد.
۲. استناددهی در متن مقاله را از ابتدای مقاله و از شماره ۱ شروع و تنها با ذکر شماره منبع مورد استفاده در داخل کروشه []، انجام داده و تا آخرین منبع استفاده شده، ادامه دهید (از گذاشتن پرانتز در متن مقاله و ذکر؛ فامیل مولف، سال و صفحه در آن، خودداری کنید). چنانچه استفاده از منبعی، تکرار شده است، شماره همان منبع مورد استفاده را مجدداً در متن، اشاره کنید.
۳. در فهرست منابع پایانی، منابع مورد استفاده را به ترتیب شماره آن در متن مقاله، پشت سر هم قرار دهید. نحوه ذکر مشخصات کتابشناختی منابع مورد استفاده باید به سبک ونکوور باشد.

• شرایط داوری و پذیرش مقاله:

۱. مقاله ارسالی نباید در نشریه داخلی و خارجی دیگر و یا همایش، به چاپ رسیده باشد به علاوه مقاله همزمان برای سایر نشریه ها نیز، ارسال نشده باشد.
۲. مقاله باید حاصل پژوهش نویسنده/ نویسندگان باشد.
۳. داوری اولیه برای مقاله های دریافتی انجام و سپس در صورت احراز شرایط عمومی اولیه فوق الذکر، جهت داوری برای سه داور، ارسال می گردد. چنانچه مقاله مورد تایید حداقل دو نفر از آنان، قرار نگرفت، عدم اولویت به نویسنده ابلاغ می گردد. اگر حداقل دو نفر از داوران، اصلاح مقاله را پیشنهاد دهند، نظر داوران، به اطلاع نویسنده خواهد رسید. نویسندگان محترم باید مقاله اصلاح شده را که در آن بخش های تغییر یافته با رنگ قرمز مشخص شده است به همراه نامه شرح نحوه اصلاحات، در سایت مجله درج نمایند.
۴. مقاله اصلاحی نگارنده/گان، جهت داور نهایی ارسال می شود و در صورت دریافت تایید نهایی از سوی وی به علاوه تامین همه شروط نگارشی و تنظیمی فوق الذکر، در اولویت چاپ قرار می گیرد.
۵. هویت نویسنده/گان و داوران برای یکدیگر، نامشخص است.
۶. نویسندگان در ارجاعات خود به حداقل دو مقاله از شماره های قبلی نشریه روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار) ارجاع و آن ها را در فهرست منابع مقاله خود، رنگی کنند.
۷. مقاله های پژوهشی حوزه فرهنگ ایثار و شهادت چنانچه در راستای حیطه موضوعی نشریه باشند، در اولویت قرار می گیرند.
۸. مقالات ارسالی که مطابق راهنمای نگارش مقاله در این نشریه تنظیم نشده باشند، بررسی نخواهند شد.

• فرمها و فایل های مورد نیاز:

بارگذاری و ارسال فایل های زیر با توجه به نکات مطرح شده ضروری است. از بارگذاری و ارسال سایر فایل های اضافه و یا تکراری خودداری شود.

۱. فایل مشخصات نویسندگان:

- در این فایل باید مشخصات کامل کلیه نویسندگان مقاله به ترتیب مندرج در مقاله و به زبان فارسی و مطابق فایل نمونه مشخصات نویسندگان، درج شده باشد.
- نویسنده مسئول و نشانی ایمیلی که می خواهد در فایل نهایی منتشر شده مقاله درج شود باید در این فایل مشخص شوند.

راهنمای نویسندگان

- مشخصات، تعداد و ترتیب اسامی مندرج در این فایل باید با مشخصات، تعداد و اسامی مندرج در فایل فرم تعهدنامه نویسندگان مقاله یکسان باشد.
- تعداد و ترتیب اسامی مندرج در این فایل غیرقابل تغییر بوده و هرگونه تغییر آن برخلاف قوانین نشریه بوده و منجر به عدم پذیرش نهایی مقاله خواهد شد. فقط در صورتیکه مرتبه علمی نویسندگان در زمان انتشار نهایی مقاله تغییر یافته باشد، اصلاح آن پیش از انتشار نهایی مقاله بلامانع خواهد بود.
- در مقالات برگرفته از پایان نامه، ترتیب اسامی نویسندگان باید به صورت نام دانشجو، نام استاد راهنما و نام استاد مشاور باشد. همچنین استاد راهنما باید نویسنده مسئول مقاله باشد.
- این فایل باید در فرمت docx بارگذاری و ارسال شود.

۲. فایل اصل مقاله (بدون نام نویسندگان):

- فایل اصل مقاله باید شامل عنوان کامل مقاله، چکیده فارسی، کلیدواژه‌ها و بقیه متن کامل مقاله بوده و مطابق راهنمای نگارش مقاله در این نشریه (همین راهنما) تنظیم شده باشد.
- این فایل باید فاقد هرگونه مشخصات نویسندگان (از قبیل نام و نام خانوادگی، نشانی ایمیل و ...) و فاقد چکیده انگلیسی باشد.
- این فایل باید در فرمت docx بارگذاری و ارسال شود.

۳. فرم تعهدنامه نویسندگان (نامه به سردبیر):

- فرم تعهدنامه نویسندگان باید به صورت کامل و خوانا تکمیل و توسط همه نویسندگان و نویسنده مسئول مقاله امضا شده باشد. (دانلود فرم خام تعهدنامه نویسندگان)
- این فرم باید با کیفیت مناسب اسکن شده و در فرمت jpg و یا pdf و یا docx بارگذاری و ارسال شود.
- نکته مهم: عهده‌دار مکاتبات با نشریه می‌تواند هر یک از نویسندگان مقاله باشد که در فرم تعهدنامه نویسندگان معرفی می‌شود و اقدام به ارسال مقاله در سامانه نشریه می‌کند. بدیهی است کلیه مکاتبات نشریه صرفاً با این فرد انجام می‌شود. لذا در هنگام ارسال مقاله در سامانه نشریه دقت شود که اگر نویسنده مسئول مقاله، پیگیر و عهده‌دار مکاتبات با نشریه نیست، به اشتباه به عنوان عهده‌دار مکاتبات تیک نخورد.

۴. فایل چکیده انگلیسی:

- این فایل باید شامل عنوان مقاله، مشخصات کامل نویسندگان مقاله، چکیده و کلیدواژه‌های مقاله به زبان انگلیسی باشد.
- مشخصات انگلیسی نویسندگان مقاله باید دقیقاً مطابق مشخصات فارسی نویسندگان بوده و نویسنده مسئول (Corresponding Author) و نشانی ایمیل وی نیز مشخص باشد.
- این فایل باید در فرمت docx بارگذاری و ارسال شود.

۵. فرم تعارض منافع:

- فرم تعارض منافع باید به صورت کامل و خوانا و توسط نویسنده مسئول مقاله (از جانب کلیه نویسندگان) تکمیل و امضا شده باشد. (دانلود فرم خام تعارض منافع)
- این فرم باید با کیفیت مناسب اسکن شده و در فرمت jpg و یا pdf و یا docx بارگذاری و ارسال شود.
- توجه: هزینه انتشار مقاله در نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت، یک میلیون ریال (صد هزار تومان) می‌باشد.

فهرست مطالب

ارزیابی مقدماتی بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر مدل طرح‌واره درمانی، خودشفقتی و تنظیم هیجان در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب	
احمد امیری بیجاک‌کلایی، مهدی اکبری، شهرام محمدخانی و جعفر حسینی	۱
اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی	
سعیده فولادی اردکانی و آزاده چوب‌فروش‌زاده	۱۹
نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان	
سعید شاهانی، و احمد منصوری	۳۳
نقش ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی در پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی	
لقمان ابراهیمی، و مجید الماسی	۴۳
برآزش مدل ساختاری رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره‌های هیجانی با توجه به متغیرهای میانجی نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی با رغبت به ازدواج	
رسول روشن چسلی، حجت‌الله فراهانی و مریم مرواریدی	۵۷
بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- شفقت‌محور بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس	
لیلا مسعودی مرغملکی، وحید شایگان‌نژاد و ریحانه رحیمی	۷۳
پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس جهت‌گیری زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی در بین بانوان شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰	
طاهره عبدالملکی و گلاویژ علینزاده	۸۵
مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تنظیم هیجانی در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی (جسمی و جنسی)	
گلی ابراهیمی، احمد غضنفری، شهرام مشهدی‌زاده و سعید رحیمی	۹۵
تدوین و آزمون مدل علی عزت‌نفس نوجوانان بر اساس رابطه والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی: با میانجی‌گری خودپنداره	
الهام امامی میبدی، بتول احدی و اعظم فرح‌بیجاری	۱۰۳
اثربخشی گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم	
مریم سورکی علی‌آباد، آریتا دلفان‌آذری و کامیاب خزایی کوهپیر	۱۲۱
تفاوت خودشناسی انسجمی، شفقت خود و تنظیم هیجان افراد مبتلا به کووید-۱۹ بر اساس سطوح وضوح خودپنداره	
مجتبی دهقان و فاطمه عبادیخواه	۱۳۱
اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های (MCBT) بر خودتنظیمی هیجان و نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود	
وجیهه ظهورپرورنده و سمانه هانفی کیوانلو	۱۴۳
مقایسه اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه‌انگیزشی بر سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲	
سید حمید حسینی توان، محبوبه طاهر، شهناز نوحی و اسدالله رجب	۱۵۵
پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بر اساس اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی	
مهین ویسمرادی، احمد برجعلی و زهره رافعی	۱۷۱
ساختار عاملی، پایایی و روایی ملاکی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی	
رضا رحیمی و علی خدائی	۱۸۱
چکیده انگلیسی	۱۹۵-۲۰۹

ارزیابی مقدماتی بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر مدل طرح‌واره درمانی، خودشفقتی و تنظیم هیجان در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب

نویسندگان

احمد امیری پیجاکلایی^۱، مهدی اکبری^{۲*}، شهرام محمدخانی^۳، جعفر حسینی^۴

۱. کاندید دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران. amiri.mo17@yahoo.com
۲. دانشیار روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. sh.mohamadkhani@gmail.com
۴. استاد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. hasanimehr57@yahoo.com

چکیده

مقدمه: پژوهش‌های کمی مدل‌های یکپارچه‌نگر را در بستر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری قلبی - عروقی بررسی کرده‌اند. در این راستا هدف پژوهش حاضر بررسی مقدماتی بسته آموزشی مبتنی بر مدل طرح‌واره درمانی، خودشفقتی و تنظیم هیجان در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب بوده است.

روش: تعداد ۳ نفر در یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی انتخاب شدند و طی ۱۵ جلسه، بسته آموزشی مبتنی بر مدل پژوهش را دریافت کردند. شرکت‌کننده‌ها به مقیاس رفتار سلامت وابسته به قلب (سانگ و همکاران، ۲۰۱۸)، پرسش‌نامه خودشفقتی (نف، ۲۰۰۳)، پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-S3) و مقیاس تنظیم هیجان (گروس و جان، ۲۰۰۳) پاسخ دادند. داده‌ها به وسیله تحلیل نموداری و دیداری و شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش و اندازه اثر کوهن تحلیل شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد درصد بهبودی شرکت‌کننده‌های اول، دوم و سوم در ارزیابی مجدد به ترتیب برابر با ۴۰، ۳۸ و ۴۳ درصد، فرونشانی برابر با ۴۶، ۴۶ و ۴۵ درصد، خودشفقتی برابر با ۴۱، ۳۴ و ۴۱ درصد و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب برابر با ۳۲، ۳۳ و ۳۵ درصد بوده است. همین‌طور درصد کاهش شرکت‌کننده‌های اول، دوم و سوم در ارزیابی مجدد به ترتیب برابر با ۶۷، ۶۲ و ۷۶ درصد، فرونشانی برابر با ۳۲، ۳۲ و ۳۱ درصد، خودشفقتی برابر با ۶۸، ۵۱ و ۶۹ درصد و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب برابر با ۴۷، ۵۰ و ۵۴ درصد بوده است. اندازه اثر متغیر ارزیابی مجدد برای شرکت‌کننده اول، دوم و سوم به ترتیب برابر با ۰/۹۱-، ۰/۷۹- و ۰/۸۰-، فرونشانی برابر با ۰/۸۳، ۰/۹۱ و ۰/۹۳، خودشفقتی برابر با ۰/۷۸-، ۰/۸۶- و ۰/۹۰- و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب برابر با ۰/۸۳-، ۰/۷۵- و ۰/۸۷- بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، بسته آموزشی مبتنی بر مدل طرح‌واره درمانی، تنظیم هیجان و خودشفقتی را می‌توان در جهت بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت قلب به کار گرفت.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۱۱/۲۵

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۳/۰۲



کلیدواژه‌ها

رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان، خودشفقتی

بست الکترونیکی
نویسنده مسئول

m. akbari@khu.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

بیماری‌های مزمن همواره مورد توجه پژوهش‌گران در حوزه‌های مختلف علمی از جمله روان‌شناسی بوده است. بیماری قلبی - عروقی به‌عنوان یکی از بیماری‌های مزمن با شیوع فراوان، یکی از مشکلات اصلی سلامت جسمانی بوده و عوارض روان‌شناختی آن چشمگیر است [۱] و بخش زیادی از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را تشکیل می‌دهد [۲]. این بیماری به‌تنهایی علت ۱۲/۸ درصد از مرگ و میرهاست [۳]. در ایران، بیماری‌های قلبی - عروقی، نخستین عامل مرگ بوده و دلیل ۴۶ درصد از مرگ‌هاست [۴]. بیماری قلبی - عروقی قابل پیشگیری بوده و می‌توان با اتخاذ سبک رفتاری سالم، از بروز آن جلوگیری کرد. بسیاری از پژوهشگران درصدد پیشگیری از این بیماری برآمده و بدین‌سان مفهوم رفتارهای مرتبط با سلامت قلب در این بیماران مورد توجه قرار گرفته است [۵]. رفتارهای مرتبط با سلامت قلب به رفتارها و نگرش‌هایی اشاره می‌کند که در جهت حفظ و ارتقای سلامت قلب و پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی انجام شده و خود از مؤلفه‌هایی همچون فعالیت بدنی و ورزش، سیگار کشیدن، مصرف مواد، نوع تغذیه و مدیریت مناسب و کارآمد هیجان‌های منفی (همچون غم، خشم و اضطراب) و استرس تشکیل می‌شود [۶]. برخلاف آن، رژیم غذایی نامناسب (خوردن چربی و کربوهیدرات زیاد)، فعالیت بدنی ناکافی، بدتنظیمی هیجان، آمادگی هورازی پایین، فشارخون بالا، نیم‌رخ چربی غیرطبیعی، چاقی و اضافه وزن از جمله مهم‌ترین عوامل خطرزای قلبی - عروقی‌اند [۷، ۸] که می‌تواند کاهش‌دهنده رفتارهای مرتبط با سلامت قلب باشد.

از دیرباز پژوهشگران درصدد شناسایی عوامل زیربنایی سبک زندگی ناسالم در بستر بیماری قلبی - عروقی بوده‌اند و مدل‌های آسیب‌شناسی و درمانی - آموزشی مختلفی در پیشگیری اولیه و ثانویه برای این بیماری معرفی شد [۹، ۱۰]؛ علی‌رغم مطرح‌شدن این مدل‌ها، برخی از پژوهشگران بیان کرده‌اند با توجه به اینکه بیماری قلبی - عروقی یک بیماری مزمن است و به‌طور قابل توجهی در پی سبک زندگی غیرسالم بروز می‌یابد و با درنظرگرفتن اینکه سبک زندگی ناسالم معمولاً دیرپا و درازمدت بوده و ریشه در منش و شخصیت فرد دارد، به‌منظور شناسایی عوامل روان‌شناختی

زیربنایی این بیماری، می‌بایست از رویکردهای روان‌شناختی استفاده کرد که بر سازه‌های شخصیتی و مشکلات منش‌شناختی تمرکز دارند [۱۱، ۱۲]. در این راستا یکی از سازه‌های شناختی - هیجانی زیربنایی که در مشکلات منش‌شناختی [۱۳-۱۵] و سبک زندگی ناسالم نقش دارد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است [۱۱، ۱۶]. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گستره زندگی گسترش یافته و پایدار بوده و ریشه در کودکی اولیه و نوجوانی داشته است، جایی که نیازهای پایه‌ای اولیه برآورده و تأمین نشده است [۱۷]. طرح‌واره‌ها، درون‌مایه‌های به‌شدت پایدار و ماندگار بوده که شامل خاطره‌ها، هیجان‌ها، احساسات بدنی و شناخت‌ها در مورد خود و رابطه با دیگران هستند [۱۸]. یانگ، کلووسکو و ویشار [۱۹] بیان کرده‌اند که طرح‌واره‌ها در پی برآورده‌نشدن نیازهای عاطفی - هیجانی (در پنج بعد) شکل می‌گیرد و در این راستا تعداد ۱۸ طرح‌واره ناسازگار اولیه در پنج محور یا حوزه معرفی کرده‌اند. از زمان مطرح‌شدن این مدل، تحقیقات فراوانی تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی تأیید کرده‌اند [۱۳، ۱۶، ۱۷] و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طرح‌واره‌ها در سبک زندگی سالم و رفتارهای مرتبط با سلامتی [۱۱، ۱۶] و در طیفی گسترده از رفتارهای مرتبط با سلامت قلب همچون پرخوری و چاقی، اعتیاد و استعمال سیگار و استرس‌پذیری نقش مهمی دارند [۲۰-۲۳] و حتی می‌توانند در عوامل خطرزای بیماری قلبی - عروقی همچون پارامترهای فشار خون، سیستم عروقی و قلبی تأثیر داشته باشند [۱۲، ۲۴-۲۶].

خودشفقتی از جمله متغیرهایی است که در زمینه آسیب‌شناسی روانی به‌صورت کلی و در رابطه با بیماری‌های مزمن جسمانی به‌ویژه بیماری قلبی - عروقی مورد توجه فراوانی قرار گرفته است [۲۷]. خودشفقتی سازه‌ای است که از روان‌شناسی بودایی نشئت گرفته است و در روان‌شناسی غربی توجه تحقیقاتی زیادی را به خود جلب کرده است [۲۸]. شفقت شامل حساسیت نسبت به تجربه رنج است، همراه با تمایل عمیق برای کاهش آن رنج. خودشفقتی دقیقاً همان خصوصیات را دارد، این دلسوزی به درون هدایت شده است [۲۹]. نف [۳۰] خودشفقتی را به‌عنوان ترکیبی از سه مؤلفه، تعریف کرده است: خودمهربانی، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی [۳۱]. اخیراً خودشفقتی به‌عنوان یک راهبرد

باشد [۴۵-۴۸] و به صورت اختصاصی راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند تعیین کننده اثر استرس‌ها بر بروز بیماری قلبی- عروقی باشد [۴۹]. همین‌طور مرور پژوهش‌ها حاکی از آن است که طرح‌واره‌ها نیز در راهبردهای تنظیم هیجان نقش دارند [۵۰]. راهبردهای منفی تنظیم هیجان نیز در رابطه بین طرح‌واره‌ها با سلامت روان و آسیب روانی نقش میانجی داشته است [۲۷]. پژوهشگران بیان کرده‌اند که هم راهبردهای تنظیم هیجان و هم رشد طرح‌واره‌ها نتیجه بدرفتاری در دوران کودکی هستند [۵۱]، اما صرف وجود طرح‌واره‌ها به اختلال‌های روان‌شناختی و مشکلات شخصیتی منجر نمی‌شود، بلکه پاسخ‌های هیجانی برخاسته از قواعد مشخص شده از سمت طرح‌واره‌ها، تعیین کننده ابتلای افراد به اختلال‌های روان‌شناختی و بروز مشکلات هیجانی هستند [۲۷]. از دیگر سو با در نظر گرفتن نقش سبک‌های مقابله‌ای در نظریه یانگ [۱۵] به عنوان سبک‌های پاسخ‌دهی رفتاری به برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها، به نظر می‌رسد راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند رابطه نزدیکی با سبک‌های مقابله‌ای در این نظریه داشته باشد که راهبردهای تنظیم هیجان منفی و ناکارآمد همچون فرونشانی، می‌تواند در حکم سبک مقابله‌ای اجتنابی عمل کرده و با رفتارهای مبتنی بر سبک مقابله‌ای اجتنابی همچون مصرف مواد و استعمال سیگار [۱۹] همسو بوده که در نهایت مشکلات قلبی را به همراه داشته باشد.

علی‌رغم موارد بیان شده در رابطه با اینکه مشکلات منش‌شناختی و شخصیتی در بیماری قلبی- عروقی نقش دارد، با این حال کمتر پژوهشی به بررسی سازه‌های مطرح در آسیب‌شناسی اختلالات شخصیت و مشکلات منش‌شناختی همچون طرح‌واره‌ها در حوزه بیماری قلبی- عروقی پرداخته و نقش این سازه در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب چندان شناخته شده نیست. علاوه بر این، با وجود تأیید رابطه طرح‌واره‌ها با خودشفقتی و راهبردهای تنظیم هیجان در برخی از پژوهش‌ها [۵۰]، اما همچنان نقش و برهم‌کنش این متغیرها در بستر بیماری قلبی- عروقی، مورد مطالعه قرار نگرفته است. در این راستا، نتایج پژوهش امیری و همکاران [۵۲] به منظور بررسی سهم و نقش این متغیرها (طرح‌واره‌ها، خودشفقتی و تنظیم هیجان) در تبیین رفتارهای مرتبط با سلامت قلب نشان داد که متغیرهای مذکور حدود ۵۴ درصد واریانس رفتارهای مرتبط با سلامت

سازگاران و مؤثر برای مدیریت حالت‌های عاطفی- هیجانی منفی مورد بحث قرار گرفته [۳۲، ۳۳] و تأثیر آن بر رفتارهای مرتبط با سلامت همچون سلامت قلب مورد تأیید قرار گرفته است [۳۴-۳۶]. از دیگر سو، این‌طور عنوان شده است که بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان و یا مشکلات روان‌شناختی و آسیب روانی، بیش از آنکه به پریشانی‌های منبعث از تجربه‌های کودکی ناسازگار بستگی داشته باشد، تا حدود بسیار زیادی به توانایی فردی مقابله با مشکلات و سختی‌ها رابطه دارد [۳۷] که یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای، خودشفقتی است [۳۸]. کما اینکه بررسی مطالعات پیشین نشان می‌دهد که طرح‌واره‌ها با خودشفقتی رابطه داشته است [۳۹] و حتی خودشفقتی پایین نیز در رابطه بین طرح‌واره‌ها با مشکلات روان‌شناختی و سلامت روان نقش میانجی دارد [۲۷، ۴۰، ۴۱]. بدین ترتیب در این زمینه می‌توان فرض کرد که خودشفقتی پایین به واسطه قضاوت‌گری، خودانتقادگری و خودسرزنش‌گری بالا و عدم پذیرش درد و هیجان‌های منفی، در مواجهه با فعال‌سازی طرح‌واره‌ها و هیجان‌های منفی ناشی از آن، باعث تشدید آشفتنگی‌های روان‌شناختی شده و در نتیجه این افراد با ناسازگاری بیشتری هیجان‌های خود را مدیریت کرده و به طرح‌واره‌های خود دامن می‌زنند [۲۷، ۴۰، ۴۱] که این مسئله خود می‌تواند در به کارگیری رفتارهای نامناسب برای مدیریت هیجان، همچون پناه‌بردن به سیگار و یا پرخوری برای کاهش و مدیریت هیجان‌ها و عواطف منفی منجر شود که همه این واکنش‌ها برخلاف رفتار مبتنی بر سلامت قلب است.

علاوه بر این، مکانیسم‌های خودتنظیم‌گری یک عامل مهم در بستر سبک زندگی سالم یا مشکلات روان‌شناختی است. صاحب‌نظران برای خودتنظیم‌گری ابعاد گوناگونی قائل بوده [۴۲] که یکی از دسته‌های خودتنظیمی با اهمیت در بررسی آسیب‌شناسی روانی، ناتوانی در تنظیم هیجان است که به نظر می‌رسد نقشی تعیین کننده در نحوه مقابله افراد و سازگاری با رویدادهای تنش‌زا و استرس‌زا باشد [۴۳]. تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد، چه نوع هیجانی دارند؟ چه هنگام این هیجان در آنها پدید می‌آید؟ و چگونه باید آن را ابراز کنند؟ [۴۴]. محققان معتقدند که بدتنظیمی در فرایند تنظیم هیجان موجب اختلال‌های روان‌شناختی گسترده بوده و می‌تواند در رفتارهای پرخطر برای سلامتی نقش داشته

تلفیق و یکپارچه‌سازی رویکردهای درمانی مختلفی همچون طرح‌واره درمانی با رویکردهای درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی [۴۰، ۵۹، ۶۰]، درمان مبتنی بر شفقت [۶۱] و تنظیم هیجان [۶۲] متمایل شدند.

درنهایت، مرور پژوهش‌های انجام‌شده حاکی از آن است که مداخلات روان‌شناختی می‌تواند بر جنبه‌های مختلف بیماری قلبی-عروقی، از جنبه‌های روان‌شناختی همچون کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی گرفته تا رفتارهای مرتبط با سلامت تأثیر داشته باشد که در این راستا تأثیر متغیرهای مطرح‌شده در این پژوهش به‌صورت مجزا بر وجوه رفتاری و روان‌شناختی بیماران دچار بیماری قلبی-عروقی نیز مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است؛ با این حال با در نظر گرفتن مدل نظری پژوهش، متغیرهای مطرح‌شده به‌صورت منسجم و در یک مدل یکپارچه در بستر بیماری قلبی-عروقی مورد بررسی قرار نگرفته است؛ بدین‌روی با در نظر گرفتن اینکه پژوهشگران اخیراً در جهت بهبود کارایی درمان‌ها و همین‌طور حرکت به سمت مدل‌های یکپارچه درمانی، بر تلفیق مدل‌های درمانی همچون طرح‌واره درمانی با رویکردهای حوزه موج سوم تأکید کرده‌اند؛ به نظر می‌رسد که به‌کارگیری مدل آموزشی مبتنی بر این مدل‌ها در این پژوهش می‌تواند در بستر بیماری قلبی-عروقی بر کارایی در بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت قلب بیفزاید؛ در نتیجه در مرحله دوم این پژوهش، با توجه به مدل ارائه‌شده، به این مسئله پاسخ داده می‌شود که آیا بسته آموزشی مبتنی بر مدل پژوهش با تأکید بر طرح‌واره درمانی، بر رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، راهبردهای تنظیم هیجان و خودشفقتی تأثیر دارد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه آزمایشی تک‌موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی است. در این مطالعه از طرح A B استفاده شد. این طرح از طریق انتخاب شرکت‌کننده‌ها برای آزمایش، یک یا چند رفتار هدف، اندازه‌های رفتارهای هدف و یک عمل آزمایشی شروع شد. سپس رفتارهای هدف به‌طور مکرر در خلال دوره خط پایه اندازه‌گیری شد (A). سرانجام عمل آزمایشی (B) هنگامی که پژوهشگر به اندازه‌گیری رفتار هدف ادامه می‌داد، اجرا شد.

قلب را تبیین می‌کند. همچنین نتایج این پژوهش حاکی از نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان و خودشفقتی در ارتباط با طرح‌واره‌های ناسازگار و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب بود. بر اساس نتایج این پژوهش که به‌عنوان یک مطالعه زوجی برای این پژوهش بوده است، یک بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر متغیرهای مذکور برای ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت قلب طراحی شد و اثربخشی آن نیز در قالب یک مطالعه مقدماتی مورد آزمون قرار گرفت که در پژوهش حاضر به‌طور مفصل به آن پرداخته خواهد شد. در این راستا، با توجه به اینکه بیماری‌های مزمنی همچون بیماری قلبی-عروقی جزء آن دسته از بیماری‌های روان‌تنی به حساب می‌آید، برای شناسایی عوامل دخیل در بروز این بیماری، و حتی درمان آن و کاستن از عوارض بیماری، می‌بایست هم‌زمان به عوامل زیستی و روان‌شناختی توجه کرد. مطالعات پیشین حاکی از تأثیر و نقش مستقیم و غیرمستقیم عوامل روان‌شناختی در ابتلای به بیماری قلبی است [۹، ۱۲]. در زمینه متغیرهای مطرح‌شده در این پژوهش، برخی از پژوهش‌ها نیز تأثیر مداخلات آموزشی-درمانی مبتنی بر طرح‌واره‌ها، تنظیم هیجان و خودشفقتی را در بستر بیماری قلبی-عروقی و رفتارهای مبتنی بر سلامت بررسی کرده‌اند [۵۳، ۵۴]. در همین رابطه، عباسی [۵۵] در مطالعه خویش نشان داد که طرح‌واره درمانی بر نشخوار فکری و عزت‌نفس بیماران قلبی-عروقی تأثیر دارد. حکم‌آبادی و همکاران [۵۶] هم مشخص کردند که طرح‌واره درمانی بر نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی مؤثر است. همین‌طور ویرنگا و همکاران [۵۴] بیان کردند که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند در ابعاد مختلف روان‌شناختی همچون پذیرش و سازگاری به بیماران دچار بیماران قلبی کمک کند و فرهانی-مدینا و همکاران [۵۷] در مطالعه خویش مشخص کردند که یک دوره آموزشی ۶ هفته‌ای تنظیم هیجان به بهبود بهزیستی ذهنی مثبت در بیماران قلبی منجر شده است. آلبرستون، نف و دیل-شکلی فورد [۵۸] نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش علائم روان‌شناختی منفی در بیماران مزمن جسمی مؤثر است. از دیگر سو، پژوهشگران اخیراً در راستای بهبود کارایی و اثربخشی درمان‌ها و پوشاندن نقاط ضعف رویکردهای مختلف روان‌درمانی به

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی افراد ۱۸ تا ۴۵ سال ساکن شهر آمل است که نمرات ایشان در پرسش‌نامه رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، ۱ انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین بوده است. از بین این افراد تعداد ۳ نفر به‌صورت در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود مشتمل بودند بر: ۱. دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، ۲. سطح تحصیلات حداقل دیپلم، و ۳. پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش، پس از امضای رضایت‌نامه کتبی. ملاک‌های خروجی هم مشتمل بودند بر: ۱. عدم شرکت در ۳ جلسه از مجموع ۱۵ جلسه، ۲. شرکت در هرگونه مداخله روان‌شناختی و روان‌پزشکی (دست‌کم از ۶ ماه قبل از ورود به پژوهش) یا دریافت دارودرمانی، ۳. ابتلای هم‌زمان به اختلال‌های روان‌شناختی شدید و ۴. عدم تمایل به ادامه درمان.

برای رعایت مسائل اخلاقی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر اقدامات زیر صورت پذیرفت: ۱- در ابتدای پژوهش با توضیح صادقانه اهداف پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کننده‌ها برای شرکت در پژوهش کسب شد، ۲- اصل رازداری و محرمانه‌ماندن داده‌ها از سوی محقق تماماً رعایت شد، ۳- در همه مراحل اجرای پژوهش سعی شد تا هیچ‌گونه آسیبی به شرکت‌کنندگان در پژوهش وارد نشود، و ۴- شرکت‌کنندگان برای ادامه حضور در جلسات (مرحله دوم پژوهش) تحت فشار نبودند و امکان ترک جلسه یا انصراف از ادامه همکاری در پژوهش برای ایشان وجود داشت. گفتنی است پژوهش حاضر با کد (IR.KHU.REC.1401.061) در کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی تصویب شده است.

بسته آموزشی: برای تهیه بسته آموزشی، این مراحل طی شد: ۱. شناسایی متغیرهای مؤثر بر رفتارهای مرتبط با سلامت قلب در جمعیت عمومی بر اساس مدل‌یابی ساختاری در جمعیت مورد مطالعه: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌ها در مرحله اول اثرات مستقیم و غیرمستقیم تمام عوامل (متغیرها) و میزان اثر هر یک از آنها بر رفتارهای مرتبط با سلامت قلب جمعیت عمومی مشخص می‌شود و درنهایت متغیرهای آماج درمان با توجه به نقش‌شان در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب جمعیت

عمومی برگزیده شد [۵۲]؛ ۲. مطالعه ادبیات مرتبط و بسته‌های آموزشی و درمانی تدوین شده برای تعیین دقیق‌تر متغیرهای آماج درمان که در مدل شناسایی شده‌اند: ادبیات نظری و پیشینه‌های پژوهشی در دسترس در حوزه آموزش و مداخله در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب بررسی شده، و متغیرهای آماج درمان برگزیده و اصلاح شد؛ ۳. مطالعه متون و مداخلات مبتنی بر طرح‌واره درمانی، خودشفقتی و تنظیم هیجان در بیماری‌های مزمن پزشکی و اختلال‌های شخصیت: با در نظر گرفتن پایه اصلی مدل پژوهشی و رویکرد درمانی پژوهشگر-درمانگر، برای یافتن اثربخش‌ترین بسته‌های آموزشی و درمانی موجود در حوزه بیماری‌های مزمن و اختلال‌های شخصیت، به متون و منابع طرح‌واره‌درمانی، خودشفقتی و تنظیم هیجان در بیماری‌های مزمن رجوع کرده و اثربخش‌ترین و مرتبط‌ترین آنها با بیماری قلبی-عروقی مدنظر قرار گرفت؛ ۴. طراحی نسخه اولیه: بر اساس مطالعات و بررسی‌های انجام‌شده در مراحل پیشین نسخه اولیه بسته آموزشی مبتنی بر مدل طراحی شد؛ ۵. بررسی و اصلاح نسخه اولیه طراحی‌شده: با بهره‌گیری و استفاده از نظرات و دیدگاه‌ها و ارزشیابی‌های اساتید و روان‌شناسان بالینی و سلامت (که شامل اساتید گروه روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی سلامت بوده است)، نسخه اولیه بسته آموزشی مبتنی بر مدل اصلاح شد؛ و ۶. طراحی و تدوین بسته آموزشی: پس از بازبینی نسخه اولیه، بسته آموزشی نهایی طبق نظر اساتید راهنما و مشاور تهیه و تدوین شد.

بدین ترتیب با در نظر گرفتن یافته‌های حاصل از بخش اول پژوهش، رابطه با نقش هر یک از متغیرها در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب و با توجه به منابع موجود [۲۷، ۴۱، ۶۰، ۶۱، ۶۲] که بیان کرده‌اند صرف وجود طرح‌واره‌ها، به اختلال‌های روان‌شناختی و مشکلات شخصیتی منجر نمی‌شود، بلکه پاسخ‌های هیجانی برخاسته از قواعد مشخص شده از سمت طرح‌واره‌ها، تعیین‌کننده ابتلای افراد به اختلال‌های روان‌شناختی و بروز مشکلات هیجانی هستند، منطبق دوره آموزشی حاضر مبتنی بر تغییر نوع پاسخ‌دهی فرد به تجربه درونی فعال‌سازی طرح‌واره است. بدین‌سان، برخلاف طرح‌واره درمانی که بر تغییر طرح‌واره‌ها تأکید شده است، در درمان‌ها و مداخلات جدیدتر، بر تغییر واکنش درونی افراد به هیجانات و عواطف آزردهنده هنگام

فعال‌سازی و برانگیخته‌شدن طرح‌واره‌ها تأکید شده است که در این دوره آموزشی نیز با توجه به مدل پژوهشی، یافته‌های مرحله اول پژوهش و همین‌طور با بهره‌گیری از منابع پیشین، تأکید بر راهبردهای مبتنی بر مدل خودشفقتی و تنظیم هیجان است. در واقع در این دوره آموزشی تلاش شد تا از تکنیک‌های برگرفته از مدل درمانی خودشفقتی و همین‌طور تکنیک‌های استفاده‌شده در رویکردهای مختلف برای مدیریت و تنظیم سازگاران هیجان به‌ویژه مدل گروس بهره گرفته شود تا بتوان با هیجانات و عواطف منفی و افکار ناسازگار و آزاردهنده ناشی از فعال‌سازی طرح‌واره‌ها بهتر و سازگارانه‌تر مواجه شد و از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد پرهیز کرد. دوره آموزشی از سه مرحله کلی تشکیل شده است: در مرحله اول بیماری قلبی-عروقی توضیح داده شده، عوامل زیربنایی روان‌شناختی دخیل در بیماری مطرح می‌شود و رفتارهای مرتبط با

سلامت قلب به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های پیش‌گیری‌کننده از این بیماری معرفی می‌شود. سپس در مرحله دوم، به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی دخیل در انواع مختلفی از بیماری‌ها به‌ویژه بیماری قلبی-عروقی پرداخته شد. در ادامه مدل مفهومی طرح‌واره درمانی عنوان می‌شود و با تشریح دقیق مدل طرح‌واره درمانی، ارتباط طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای سه‌گانه با رفتارهای مرتبط با سلامت قلب به‌صورت دقیق توضیح داده می‌شود. در نهایت در مرحله سوم، با توجه به مدل طرح‌واره درمانی و نقش راهبردها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد در سبک زندگی ناسالم و رفتارهای مضر برای سلامت قلب، تکنیک‌های مرتبط با تنظیم هیجان و شفقت به خود به‌عنوان واکنش‌های سالم و سازگاران به هیجانات، عواطف و افکار برخاسته از فعال‌سازی طرح‌واره‌ها معرفی، و آموزش داده شد.

جدول ۱. خلاصه بسته آموزشی

جلسه	هدف	محتوا
اول	ارائه منطق درمان، آموزش روان‌شناختی	خوشامدگویی؛ معرفی رهبر و اعضای گروه؛ آموزش قوانین؛ آموزش روان‌شناختی در رابطه با آشنایی با مدل مفهومی طرح‌واره‌محور (با تأکید بر نیازها و طرح‌واره‌ها)، تمرین خودآگاهی شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تکلیف خانگی
دوم	ارائه منطق درمان، آموزش روان‌شناختی	ادامه آموزش روان‌شناختی در رابطه با آشنایی با مدل مفهومی طرح‌واره‌محور (با تأکید بر طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای)، تمرین خودآگاهی شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای، تکلیف خانگی
سوم	آموزش روان‌شناختی مرتبط با رفتارهای مرتبط با سلامت قلب	آموزش روان‌شناختی آشنایی با رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، آموزش روان‌شناختی تبیین رفتارهای مرتبط با سلامت قلب در بستر مدل طرح‌واره‌محور، تمرین خودآگاهی شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ارتباط سبک‌های مقابله با رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، تکالیف خانگی
چهارم	آموزش روان‌شناختی در رابطه با راهبردهای تنظیم هیجان و ارتباط آن با رفتارهای مرتبط با سلامت قلب	آموزش روان‌شناختی در مورد تنظیم هیجان؛ هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین، آموزش روان‌شناختی در مورد ارتباط تنظیم هیجان با طرح‌واره‌های ناسازگار، سبک‌های مقابله و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، تکنیک خودآگاهی هیجانی و برچسب‌زنی هیجان، تکنیک لحظه انتخاب و فضاسازی برای هیجان، تکالیف خانگی
پنجم	آموزش راهبردهای تنظیم هیجان مبتنی بر ارزیابی شناختی (ارزیابی مجدد)	آموزش روان‌شناختی در مورد راهبردهای ارزیابی مجدد تنظیم هیجان، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی حالت‌های هیجانی در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکنیک چالش با ارزیابی‌های غلط در مورد حالت‌های هیجانی و تکنیک بهنجارسازی هیجان در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکالیف خانگی

ادامه جدول ۱. خلاصه بسته آموزشی

جلسه	هدف	محتوا
ششم	آموزش راهبردهای تنظیم هیجان مبتنی بر ارزیابی شناختی (ارزیابی مجدد)	ادامه آموزش روان‌شناختی در مورد راهبردهای ارزیابی مجدد تنظیم هیجان، تکنیک مزایا و معایب اجتناب از هیجان و مزایا و معایب تجربه کردن و مواجهه با هیجان و تکنیک تمرین مقابله ذهن آگاهانه با استفاده از افکار مقابله‌ای در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکالیف خانگی
هفتم	آموزش راهبردهای تنظیم هیجان مبتنی بر تعدیل پاسخ (فرونشانی)	آموزش پی بردن به این نکته که هیجان‌ها گذرا هستند، تکنیک تجربه کردن هیجان به صورت موج و تکنیک توجه آگاهانه به تنفس، احساسات جسمانی، افکار، خاطرات و هیجانات در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکالیف خانگی
هشتم	آموزش راهبردهای تنظیم هیجان مبتنی بر تعدیل پاسخ (فرونشانی)	آموزش راهبردهای مبتنی بر پذیرش هیجان، تکنیک افزایش قدرت پذیرش هیجان و تکنیک مراقبه پذیرش در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکالیف خانگی
نهم	آموزش راهبردهای تنظیم هیجان مبتنی بر تعدیل پاسخ (فرونشانی)	آموزش روان‌شناختی تحمل پریشانی، تکنیک اتخاذ موضعی به دور از قضاوت نسبت به هیجان و تکنیک اقدام متضاد در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکالیف خانگی
دهم	آموزش روان‌شناختی در مورد خودشفقتی و نقش آن در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب	آموزش روان‌شناختی در مورد خودشفقتی و ارتباط آن با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، تکنیک کاربرد آموزش چرا دشوار است؟ به خود سخت نگیریم، تکنیک خود را همان‌طور که هستید ببینید، در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکالیف خانگی
یازدهم	آموزش روان‌شناختی در مورد مهربانی با خود	آموزش روان‌شناختی در مورد مهربانی با خود؛ آموزش در مورد شیمی مراقبت و نوازش و قدرت نوازش مهربانانه؛ شناسایی ذهن سرزنش‌گر و آگاهی از آن، تکنیک تصویرسازی مشفقانه و تکنیک تغییر گفتگوی سرزنش‌گرانه در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکالیف خانگی
دوازدهم	آموزش روان‌شناختی آموزش انسانیت مشترک	آموزش روان‌شناختی در مورد آموزش انسانیت مشترک، بازی مقایسه و توهم کامل بودن، تکنیک با شناسایی ارتباطها و پیوندها، از برچسب‌های خود خلاص شوید و تکنیک تمرین انسان عادی بودن در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکالیف خانگی
سیزدهم	آموزش روان‌شناختی خودشفقتی در بعد آمیخته‌نشدن با طرح‌واره‌ها	آموزش روان‌شناختی در مورد آموزش روان‌شناختی خودشفقتی در بعد آمیخته‌نشدن با طرح‌واره‌ها و تفاوت درد و رنج، تکنیک پاسخ‌دادن به جای واکنش نشان‌دادن و تکنیک با درد خود ارتباط به‌هوشیار و مشفقانه برقرار کنید در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکالیف خانگی
چهاردهم	آموزش روان‌شناختی خودشفقتی سه دروازه ورودی شفقت به خود و یکپارچه‌سازی سه دروازه	آموزش روان‌شناختی در مورد سه دروازه ورودی شفقت به خود و نقش شفقت به خود در بستر رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، تکنیک مانترای شفقت به خود را بسازید و تکنیک پرداختن به باورهای بنیادین و طرح‌واره‌ها با نگاه شفقت‌ورزانه در مواجهه با برانگیختگی طرح‌واره‌ای و بروز رفتارهای ناسالم برای قلب، تکنیک جستجوی شفقت از طریق نوشتن نامه، تکالیف خانگی
پانزدهم	جمع‌بندی مطالب آموزش داده‌شده و آماده‌سازی برای اختتام گروه	آموزش روان‌شناختی در مورد مدل کلی پژوهش و ارتباط هر یک از ساختارها با یکدیگر، بررسی و پرسش و پاسخ، سخنان پایانی و قدردانی

ابزارها

مقیاس رفتار سلامت وابسته به قلب: این پرسش‌نامه توسط سانگ و همکاران [۶] ساخته شده است و دارای ۲۱ گویه است. آزمودنی‌های به گویه‌های این مقیاس، بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای پاسخ خواهند داد که شامل هرگز= ۱، گاهی اوقات= ۲، اغلب= ۳ و همیشه= ۴ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده رفتارهای سلامت قلبی مناسب‌تر است که توسط فرد انجام می‌شود. این مقیاس شامل خرده‌مقیاس‌های مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت بدنی، عادت‌های رژیمی، مدیریت استرس و توقف استعمال سیگار است. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی استفاده شد که ابتدا مقیاس دارای ۲۵ گویه بوده است که پس از تحلیل ۴ گویه حذف شده است و ۲۱ گویه باقی مانده است. همین‌طور برای بررسی روایی هم‌زمان این مقیاس از مقیاس خودکارآمدی رفتارهای سلامت قلبی استفاده شده است که ضریب همبستگی به‌دست‌آمده برابر با $r=0/52$ بوده است. علاوه‌براین ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با $0/83$ بوده است [۶]. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران بررسی نشده است و در پژوهشی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در نمونه‌ای به تعداد ۷۰ نفر بررسی شد. در این پژوهش، مقیاس رفتار سلامت وابسته به قلب توسط دو مترجم به‌صورت جداگانه از انگلیسی به فارسی برگردانده شد. سپس مقیاس به‌منظور بررسی وضعیت ترجمه در اختیار ۲ نفر از اساتید روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی قرار داده شد. ارزیابی حاصل شامل برخی پیشنهادها اصلاحی بود که پس از انجام اصلاحات دوباره به انگلیسی برگردانده شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ مقیاس برابر با $0/749$ به‌دست آمده است. پس از آن نتایج مربوط به روایی سازه نشان داد که ۵ عامل مورد شناسایی قرار گرفت که در مجموع این ۵ عامل توانستند $66/06$ درصد از واریانس کل را تبیین کنند.

پرسش‌نامه خودشفقتی نف [۳۰]: پرسش‌نامه خودشفقتی توسط نف در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ سؤال است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) خودشفقتی را ارزیابی می‌کند. این مقیاس سه مؤلفه دوقطبی را در قالب شش زیرمقیاس مهربانی با خود در

مقابل قضاوت خود (معکوس)، ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی (معکوس) و اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. مطالعات روایی هم‌گرا، روایی افتراقی، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی مناسب این مقیاس را نشان داده‌اند [۳۰]. در ایران خسروی، صادقی و یابنده [۶۳] در پژوهش خود با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ساختار شش عاملی پرسش‌نامه را تأیید کرده که در مجموع این عوامل توانستند $77/18$ درصد از واریانس کل را تبیین کنند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ مقیاس در پژوهش خسروی و همکاران [۶۳] برابر با $0/86$ به‌دست‌آمد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برابر با $0/70$ به‌دست‌آمد.

مقیاس تنظیم هیجان: مقیاس تنظیم هیجان توسط گروس و جان [۲۰۰۳] تهیه و از ۱۰ گویه و دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد [۶ گویه: ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰] و فرونشانی [۴ گویه: ۲، ۴، ۶، ۹] تشکیل شده است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای است. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد $0/79$ و برای فرونشانی $0/73$ و اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس $0/69$ گزارش شده است [۴۴]. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت به‌ترتیب $0/24$ و $0/15$ و با عواطف منفی $0/14$ و $0/04$ گزارش شده است [۶۴]. در ایران، در پژوهش پیری و همکاران [۶۵] ضریب آلفای کرونباخ تک‌تک مؤلفه‌ها به‌ترتیب ارزیابی مجدد، سرکوبی و کل پرسش‌نامه $0/60$ ، $0/40$ و $0/59$ به‌دست‌آمد. همین‌طور تحلیل عاملی تأییدی این پرسش‌نامه با استفاده از شاخص‌های GFI، CFI، NFI، RMSEA، CMIN/DF اندازه‌گیری شد که این شاخص‌ها به‌ترتیب برابر با $3/67$ ، $0/99$ ، $0/90$ ، $0/97$ ، $0/87$ و $0/90$ بوده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ مقیاس در پژوهش حاضر برابر با $0/753$ به‌دست‌آمد.

شیوه تحلیل داده

برای تجزیه و تحلیل داده‌های قسمت دوم پژوهش، از تحلیل نموداری و ترسیمی و همین‌طور شاخص‌های درصد بهبودی (MPI)، درصد کاهش (MPR) و اندازه اثر کوهن (Cohen's d) استفاده شد.

$$MP = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) /$$

زمینه کارایی دوره آموزشی بر تنظیم هیجان، خودشفقتی و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب ارائه می‌شود. در جدول ۲ شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات برای هر یک از متغیرها و هر یک از شرکت‌کننده‌ها به صورت مجزا ارائه شده است.

$$\text{MPR} = \frac{[\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}] \times 100}{\text{Baseline Mean} \times 100}$$

$$\text{Cohen's } d = \frac{M1 - M2}{\sigma \text{ pooled}}, \text{ Where } \sigma \text{ pooled} = \sqrt{[(\sigma 1^2 + \sigma 2^2) / 2]}$$

$$\text{(effect-size) } rY1 = d / \sqrt{(d^2 + 4)}$$

نتایج

در ادامه یافته‌های مربوط به بخش دوم پژوهش در

جدول ۲. شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات

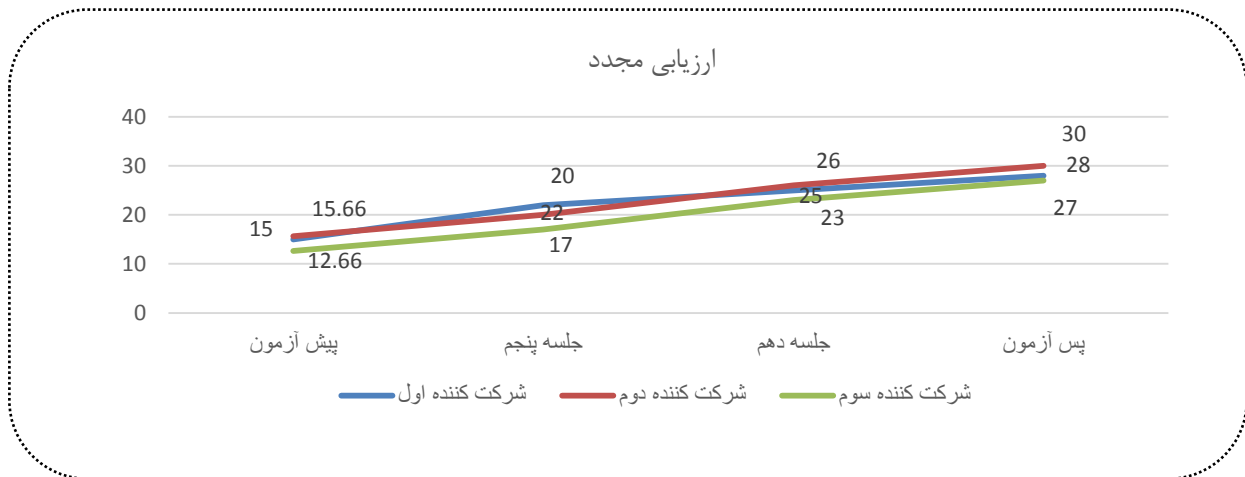
متغیر	شرکت‌کننده اول						شرکت‌کننده دوم						شرکت‌کننده سوم					
	خط پایه	پس از درمان	درصد بهبودی	درصد کاهش کوهن	شاخص کوهن	اندازه اثر	خط پایه	پس از درمان	درصد بهبودی	درصد کاهش کوهن	شاخص کوهن	اندازه اثر	خط پایه	پس از درمان	درصد بهبودی	درصد کاهش کوهن	شاخص کوهن	اندازه اثر
ارزیابی مجدد	۱۵	۲۵	۴۰٪	۰/۶۷	۴/۴۷	-۰/۹۱	۱۵/۶۶	۲۵/۳۳	۰/۳۸	۰/۶۲	-۲/۶۰	-۰/۷۹	۱۲/۶۶	۲۲/۳۳	۰/۴۳	۰/۷۶	-۲/۷۰	-۰/۸۰
فرونشانی	۲۱	۱۴/۳۳	۴۶٪	۰/۳۲	۲/۹۸	۰/۸۳	۱۸	۱۲/۳۳	۰/۴۶	۰/۳۲	۴/۴۰	۰/۹۱	۱۹/۳۳	۱۳/۳۳	۰/۴۵	۰/۳۱	۵/۲۲	۰/۹۳
خودشفقتی	۴۸/۶۶	۸۲	۰/۴۱	۰/۶۸	-۲/۵۶	-۰/۷۸	۶۰/۶۶	۹۱/۳۳	۰/۳۴	۰/۵۱	-۳/۴۸	-۰/۸۶	۵۱/۳۳	۸۷	۰/۴۱	۰/۶۹	-۴/۲۱	-۰/۹۰
رفتارهای مرتبط با سلامت قلب	۳۳/۳۳	۴۹	۰/۳۲	۰/۴۷	-۳/۰۹	-۰/۸۳	۳۴/۶۶	۵۲	۰/۳۳	۰/۵۰	-۲/۲۸	-۰/۷۵	۳۳	۵۱	۰/۳۵	۰/۵۴	-۳/۶۰	-۰/۸۷

به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۰، اندازه اثر متغیر فرونشانی برای شرکت‌کننده‌های اول، دوم و سوم به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۹۱ و ۰/۹۳، اندازه اثر متغیر خودشفقتی برای شرکت‌کننده‌های اول، دوم و سوم به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۶ و ۰/۹۰ و اندازه اثر متغیر رفتارهای مرتبط با سلامت قلب برای شرکت‌کننده‌های اول، دوم و سوم به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ است. میزان این تغییرات با توجه به نقاط برش مطرح شده توسط کوهن، در دامنه خوب قرار دارد.

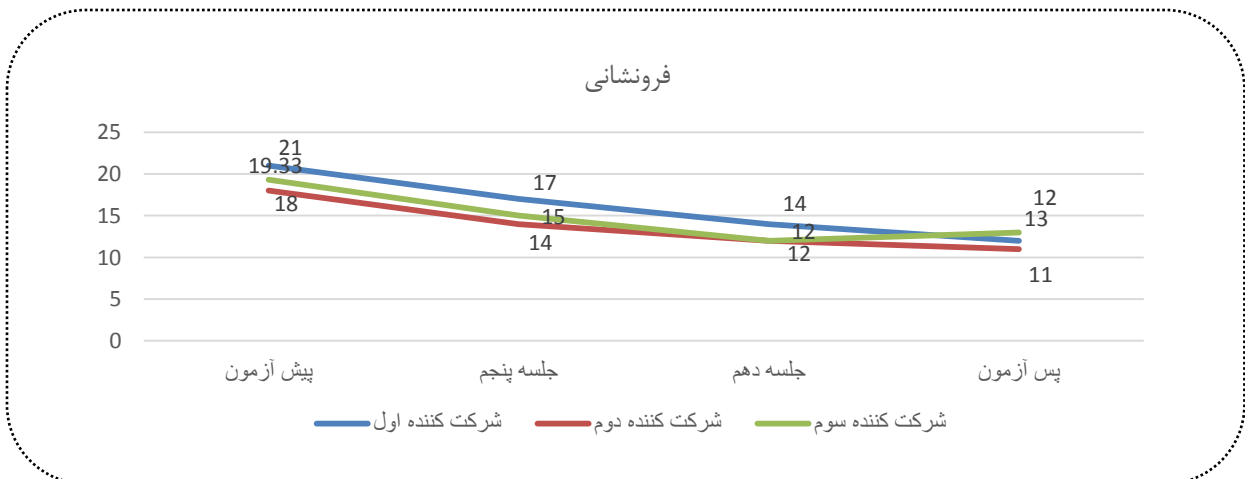
در ادامه نمودارهای ۱، ۲، ۳ و ۴ تغییرات نمره شرکت‌کننده‌ها را در متغیرهای ارزیابی مجدد، فرونشانی، خودشفقتی و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب نشان می‌دهد. نمودار ۱ نشان‌دهنده تغییرات نمرات مقیاس ارزیابی مجدد در مراحل پیش از آموزش، طی آموزش و پس از آموزش است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات شرکت‌کننده‌ها در این مقیاس طی روند آموزش رو به بهبودی است.

جدول ۲ تغییرات نمره نمونه‌ها را در نمره‌های مربوط به متغیرهای ارزیابی مجدد، فرونشانی، خودشفقتی و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، پیش و پس از دوره درمان نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد درصد بهبودی شرکت‌کننده اول در متغیرهای ارزیابی مجدد، فرونشانی، خودشفقتی و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب به ترتیب برابر با ۰/۴۰، ۰/۴۶، ۰/۴۱ و ۰/۳۲؛ شرکت‌کننده دوم به ترتیب برابر با ۰/۳۸، ۰/۴۶، ۰/۳۴ و ۰/۳۲؛ و شرکت‌کننده سوم به ترتیب برابر با ۰/۴۳، ۰/۴۵، ۰/۴۱ و ۰/۳۵ بوده است. همین‌طور درصد کاهش شرکت‌کننده اول در متغیرهای ارزیابی مجدد، فرونشانی، خودشفقتی و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۳۲، ۰/۶۸ و ۰/۴۷؛ شرکت‌کننده دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۲، ۰/۳۲، ۰/۵۱ و ۰/۵۰؛ و شرکت‌کننده سوم به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۳۱، ۰/۶۹ و ۰/۵۴ بوده است.

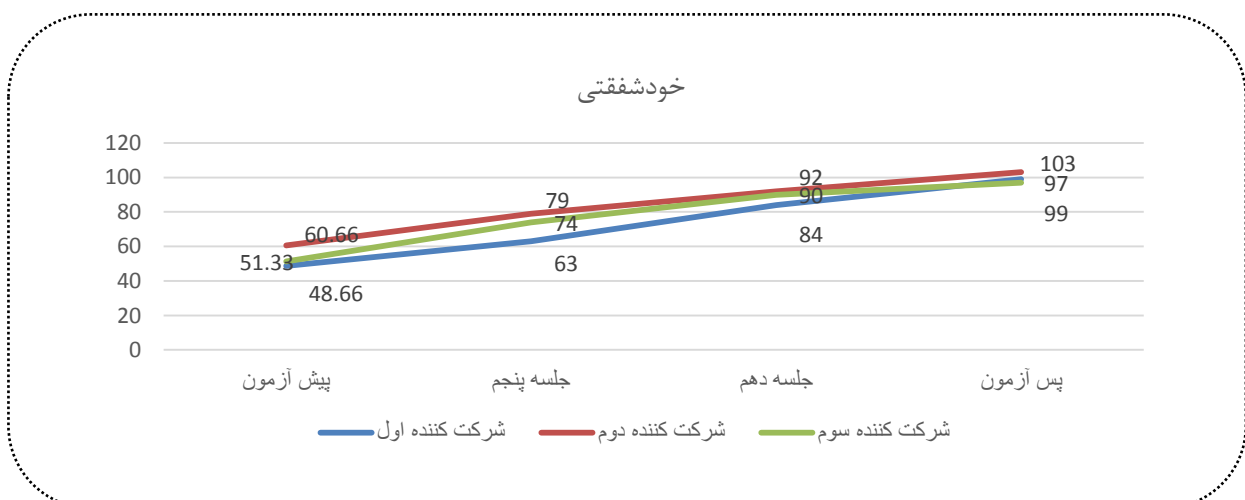
در نهایت مطابق یافته‌های جدول ۲، اندازه اثر متغیر ارزیابی مجدد برای شرکت‌کننده‌های اول، دوم و سوم



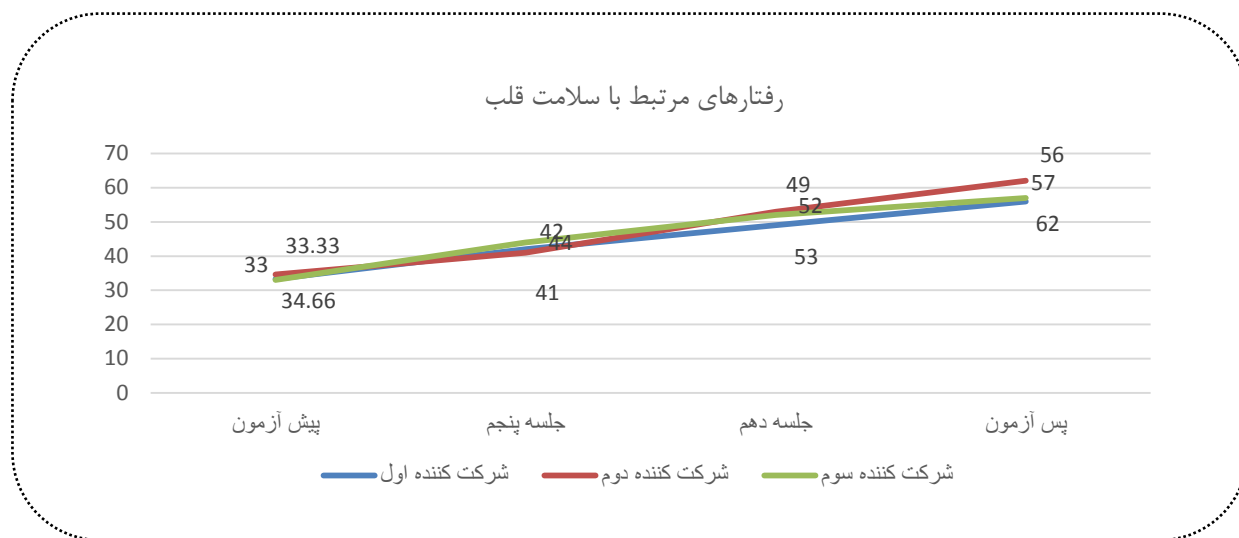
نمودار ۱. نمایش دگرگونی نمره شرکت‌کننده‌ها در مقیاس ارزیابی مجدد



نمودار ۲. نمایش دگرگونی نمره شرکت‌کننده‌ها در مقیاس فروشنانی



نمودار ۳. نمایش دگرگونی نمره شرکت‌کننده‌ها در مقیاس خودشفقتی



نمودار ۴. نمایش دگرگونی نمره شرکت‌کننده‌ها در مقیاس رفتارهای مرتبط با سلامت قلب

بر نشخوار فکری و عزت‌نفس بیماران قلبی- عروقی تأثیر دارد. حکم‌آبادی و همکاران [۵۶] هم مشخص کردند که طرح‌واره درمانی بر نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی مؤثر است. همین‌طور قربان‌علی‌نژاد و همکاران [۶۶] نیز دریافتند که آموزش تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های استرس در بیماران قلبی تأثیر معناداری دارد. ویرنگا و همکاران [۵۴] هم بیان کردند که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند در ابعاد مختلف روان‌شناختی همچون پذیرش و سازگاری به بیماران دچار بیماران قلبی کمک کند. قهرمانی و همکاران [۶۷] هم نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن تأثیر بیشتری در کاهش ترس از شفقت در بیماران با نارسایی قلبی دارد. فروغی و همکاران [۵۳] نیز دریافتند که کارگیری درمان شفقت به خود به بهبود کیفیت خواب، نشخوار فکری و شفقت به خود در بیماران قلبی- عروقی منجر شده است. ادیبی‌زاده و سجادیان [۶۸] هم در پژوهش خویش دریافتند که درمان مبتنی بر شفقت خود افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به کرونر قلب را در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بهبود داده است.

همان‌طور که بیان شد بسته آموزشی در بخش آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان، تلاش شد ابتدا افراد بتوانند از هیجان‌ات و عواطف خود آگاه شده و آنها را شناسایی کنند، به‌ویژه هیجان‌ات و عواطفی که ناشی از فعال‌سازی

نمودار ۲ نشان‌دهنده تغییرات نمرات مقیاس فرونشانی در مراحل پیش از آموزش، طی آموزش و پس از آموزش است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات شرکت‌کننده‌ها در این مقیاس طی روند آموزش رو به کاهش است.

نمودار ۳ نشان‌دهنده تغییرات نمرات مقیاس خودشفقتی در مراحل پیش از آموزش، طی آموزش و پس از آموزش است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات شرکت‌کننده‌ها در این مقیاس طی روند آموزش رو به بهبودی است.

نمودار ۴ نشان‌دهنده تغییرات نمرات مقیاس رفتارهای مرتبط با سلامت قلب در مراحل پیش از آموزش، طی آموزش و پس از آموزش است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات شرکت‌کننده‌ها در این مقیاس طی روند آموزش رو به بهبودی است.

بحث و نتیجه‌گیری

بر پایه یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش، می‌توان اظهار کرد که دوره آموزشی در کاهش راهبرد تنظیم هیجان فرونشانی و در بهبود راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد، خودشفقتی و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب کارایی داشته است. یافته‌ها نشان می‌دهد دوره آموزشی توانسته است تقریباً ۴۹ درصد به بهبود نمرات ارزیابی مجدد، ۴۴ درصد به بهبود نمرات خودشفقتی و ۳۸ درصد به بهبود نمرات رفتارهای مرتبط با سلامت قلب و همین‌طور ۵۶ درصد به کاهش نمرات فرونشانی منجر شود. در همین راستا عباسی [۵۵] نیز در مطالعه خویش نشان داد که طرح‌واره درمانی

منفی و افکار آزردهنده مقابله کرده و در نتیجه تنظیم هیجانی مناسب‌تر و اثربخش‌تری داشته باشند و بدین‌سان به سمت رفتارهای سالم‌تر گرایش داشته باشند یا حتی استعداد کمتری برای بروز رفتارهای ناسالم برای سلامت قلب داشته باشند. با توجه به این موارد، از آنجایی که در این دوره آموزشی در بخش آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان بر آموزش راهبردهای مبتنی بر مدل فرایندی گروس و به‌طور اخص بر راهبردهای مبتنی بر مرحله ارزیابی شناختی و تعدیل پاسخ تأکید شده است، شرکت‌کنندگان توانسته‌اند پس از طی دوره آموزشی، به راهبردهای سالم‌تری برای تنظیم هیجان مجهز شود و درنهایت از به‌کارگیری راهبردهایی همچون فرونشانی برحذر باشند که این راهبردها می‌تواند هنگام فعال‌سازی طرح‌واره‌ها، به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، به هیجان‌ها و عواطف منفی برانگیخته شده از سوی طرح‌واره‌ها، دامن زده و آن را تشدید کرده و یا باعث ماندگاری آن در فرد شود و افراد برای مدیریت هیجان‌اتشان به راهبردهای ناسالمی همچون پرخوری و استعمال سیگار پناه برند که این رفتارها سلامت قلب را به خطر می‌اندازد؛ اما این افراد با جایگزین کردن راهبردهای سالم‌تری همچون پذیرش هیجان یا مشاهده هیجان به‌صورت موج و به‌کارگیری راهبردهایی مانند ارزیابی مجدد، توانستند هیجان‌های برانگیخته‌شده ناشی از فعال‌سازی طرح‌واره‌ها را بهتر مدیریت کنند و در نتیجه افراد دست به رفتارهای سالم‌تری در این شرایط می‌زنند که سبک زندگی سالم‌تری را به همراه خواهد داشت.

علاوه بر موارد بیان‌شده، در بخش دیگری از آموزش روی تکنیک‌های مبتنی بر خودشفقتی تمرکز شد که در این بخش نیز با توجه به زمینه‌سازی انجام‌شده و بستر فراهم‌شده در بخش اول، از تکنیک‌هایی استفاده شد که افراد بتوانند در برابر هیجان‌ات و عواطف منفی ناشی از فعال‌سازی طرح‌واره‌ها، واکنش مناسب‌تری داشته باشند، پاسخ‌دهی مبتنی بر مهربانی و شفقت‌ورزی به خود تا افراد بتوانند مدیریت هیجانی بهتری را بروز دهند و رفتارهایی مبتنی بر خودشفقتی را نشان دهند. در این بخش ابتدا سازه خودشفقتی معرفی شده و نحوه ارتباط آن با طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و رفتارهای مرتبط با سلامت قلب بیان شد. سپس تکنیک‌هایی در جهت پرورش خودشفقت‌ورزی و مهربانی با خود، دریافت وجوه مشترک انسان‌ها و همین‌طور

طرح‌واره‌ها بوده و تکنیک‌هایی آموزش داده شد که به این هدف نائل آئیم تا افراد بتوانند فضایی تأملی بین فعال‌سازی طرح‌واره‌ها و به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار ایجاد کنند و از ماهیت خودکار سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد آگاه شوند. سپس به سراغ تکنیک‌هایی رفته که ذهن افراد بتواند از حالت خودکار پاسخ‌دهی در مقابل هیجان‌ات و عواطف منفی خارج شده و در نتیجه واکنش‌ها یا پاسخ‌های سازگارانه و کارآمدتری را نشان دهند و بتوانند هیجان‌ات و عواطف منفی را از طریق کاهش راهبرد فرونشانی و بهبود راهبرد ارزیابی مجدد بهتر مدیریت کرده تا از رفتارهای ناسالم در جهت مدیریت هیجان‌ات پرهیز کنند که در این راستا به نظر می‌رسد این دوره آموزشی توانسته است به هدف‌های تعیین‌شده دست یابد و پس از دوره آموزشی رفتارهای مرتبط با سلامت قلب در ایشان بهبود یابد. در همین راستا، فرهانی، مدینا و همکاران [۵۷] در مطالعه خویش مشخص کردند که یک دوره آموزشی ۶ هفته‌ای تنظیم هیجان به بهبود بهزیستی ذهنی مثبت در بیماران قلبی منجر شده است. نتایج پژوهش کاظمی و همکاران [۶۹] نشان داد که آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان به بهبود راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان و کیفیت زندگی و به کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان منجر شده است.

این‌طور بیان شده است که تنظیم هیجان، تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان هیجان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی یا جسمانی هیجان‌هاست و به‌طور خودکار یا مهارشده، هشیار یا ناهوشیار و از طریق به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می‌شود [۴۴]. بدین ترتیب در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که به نظر می‌رسد راهبردهایی مانند فرونشانی که برای تنظیم هیجان‌ات منفی به‌کار گرفته می‌شود، می‌تواند به ظهور مجدد هیجان‌ات منفی و افکار آزردهنده منجر شده و در نتیجه این هیجان‌ات منفی و افکار آزردهنده با شدت بیشتری به ذهن رسوخ می‌کنند که این شرایط موجب می‌شود افراد گرایش بیشتری به راهبردهای اجتنابی همچون مصرف الکل، مواد و سیگار یا حتی اعتیادهای رفتاری داشته باشند. اما استفاده از راهبردی همانند ارزیابی مجدد که بیشتر مسئله‌مدارانه بوده، می‌تواند به افراد کمک کند تا در مقابل افکار و هیجان‌ات منفی، دست به بازآرزیابی زده و به‌طور مؤثرتری با این هیجان‌ات

باشند. از طرفی خودشفقتی پایین و راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد، می‌توانند به‌عنوان متغیرهای میانجی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد را دامن بزنند و به رفتارهای ناسالم برای سلامتی منجر شوند.

محدودیت‌ها و پیشنهاد‌های پژوهشی

تعداد حجم نمونه کم و نداشتن دوره پیگیری از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. از طرفی با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود مدل‌های آموزشی ترکیبی مبتنی بر مدل طرح‌واره درمانی، راهبردهای تنظیم هیجان کارآمد و خودشفقتی تدوین‌شده در جهت بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت قلب به‌کار گرفته شود تا بتوان از بروز بیماری‌های قلبی - عروقی در سطحی گسترده پیشگیری کرد؛ بدین صورت با توجه به اینکه عوامل روان‌شناختی نظیر طرح‌واره‌ها، خودشفقتی و راهبردهای تنظیم هیجان در حکم علل و عوامل زیربنایی و ایجادکننده و حتی نگهدارنده بیماری قلبی - عروقی هستند، می‌توان با به‌کارگیری آموزش‌ها یا مداخله‌هایی که مبتنی بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بهبود خودشفقتی و راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان است، در سطح پیشگیری اولیه با بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت قلب، گام‌های مفیدی برداشت و هم در سطح پیشگیری ثانویه، روند درمان این بیماران را کارآمدتر کرد و از عوارض ناشی از این بیماری کاست. همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر به پزشکان توصیه می‌شود در هنگام کار با بیماران قلبی ضمن توجه به نقش عوامل روان‌شناختی، در صورت مشاهده زمینه‌های آسیب‌پذیری روان‌شناختی، موضوع ارجاع به روان‌شناس را مورد توجه قرار دهند تا از این رهگذر فرایند درمان این بیماران با تکیه بر مدل زیستی - روانی - اجتماعی اثربخش واقع شود؛ بدین ترتیب می‌توان از مدل مبتنی بر طرح‌واره درمانی، خودشفقتی و تنظیم هیجان در جهت درمان مشکلات منش‌شناختی افراد مبتلا به بیماری قلبی - عروقی بهره گرفت تا بتوان با بهبود آن، روند درمان این افراد را تسریع بخشید و اثربخشی درمان‌های پزشکی را بهبود بخشید و حتی از عوارض این بیماری، پیشگیری به عمل آورد. از محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به مشکلات ناشی از آنلاین بودن پاسخ‌گویی به آزمون‌ها و همین‌طور تعداد زیاد سؤالات اشاره کرد.

گسلش از طرح‌واره‌ها و هیجانات و افکار و احساسات منتج از طرح‌واره‌ها با استفاده از ذهن‌آگاهی، معرفی شد که به نظر می‌رسد موارد بیان‌شده به شرکت‌کننده‌ها کمک کرد تا در مواجهه با هیجانات منفی ناشی از طرح‌واره‌ها، کمتر دست به خودانتقادی زده، مهربانی بیشتری با خویش داشته باشند، وجود این هیجانات را به‌عنوان یکی از وجوه مشترک انسانی پذیرا باشند و درنهایت در بستر آموزش ذهن‌آگاهی بتوانند با این هیجانات منفی گسلش ایجاد کنند و در نتیجه بهبود تنظیم بهتر این هیجانات، کمتر به سمت راهبردهای منفی تنظیم هیجان همچون کشیدن سیگار و پرخوری تمایل داشته باشند درنهایت رفتارهای مرتبط با سلامت قلب در ایشان بهبود یابد. همسو با این موارد، تورستون و همکاران [۷۰] نیز در مطالعه‌ای نشان دادند زنان دچار بیماری قلبی که شفقت خود بالاتری داشتند، واکنش قلبی - عروقی کمتری را بروز می‌دادند. آلبرستون، نف و دیل - شکلی فورد [۵۸] در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش علائم روان‌شناختی منفی در بیماران مزمن جسمی مؤثر است. عباسی [۵۵] نیز در مطالعه خویش نشان داد که طرح‌واره درمانی بر نشخوار فکری و عزت‌نفس بیماران قلبی - عروقی تأثیر دارد. از طرفی از آنجایی که در راهبردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان خودشفقتی، ذهن‌آگاهی به جای همانندسازی با تجربه‌های درونی قرار می‌گیرد، افراد یاد گرفتند که با طرح‌واره‌ها و هیجانات، عواطف و افکار همراه با آن همانندسازی نکرده و طرح‌واره‌ها جزئی از هویت ایشان قرار نگیرد و بدین‌سان این افراد پس از آموزش توانستند بهتر و مؤثرتر از احساسات و عواطف و افکار منفی ناشی از فعال‌شدن طرح‌واره‌ها، فاصله بگیرند و گسلش ایجاد کنند و در نتیجه، این فضا را بهتر مدیریت کرده، کمتر تحت تأثیر این احساسات و عواطف و افکار منفی قرار گیرند و درنهایت به سمت راهبردهای مؤثرتر و سازگارتر تنظیم هیجان گرایش داشته باشند و رفتارهای سالم‌تری را بروز دهند.

درنهایت با توجه به مطالب بیان‌شده، می‌توان بیان کرد که به نظر می‌رسد طرح‌واره‌ها به‌عنوان درون‌مایه‌های اصلی شخصیت، می‌توانند در سبک زندگی مشکل‌ساز در حوزه روان‌شناسی سلامت به‌طور کلی و رفتارهای مرتبط با سلامت و یا بیماری قلبی - عروقی به‌صورت خاص تأثیر داشته باشند و تبیین‌کننده رفتارهای مرتبط با سلامت

- 9- Gao W, Wang F, Wang S, Zhang D. Effect of cognitive behavioral therapy for heart failure, A systematic review protocol of randomized controlled trial. *Medicine*. 2019; 98: 33 - p e16803.
- 10-Loucks E B, Schuman-Olivier Z, Britton W B, Fresco D M, Desbordes G et al. Mindfulness and Cardiovascular Disease Risk: State of the Evidence, Plausible Mechanisms, and Theoretical Framework. *Curr Cardiol Rep*. 2015; 17 (12): 112.
- 11-D'Onofrio J. Examining Early Maladaptive Schemas, Depression, And Health Behaviors. A Thesis Submitted to the Department of Psychology College of Science and Mathematics In partial fulfillment of the requirement for the degree of Master of Arts in Clinical Psychology at Rowan University, 2019.
- 12-Slepecky M, Kotianova A, Prasko J, Majercak I, Gyorgyova E, Kotian M et al. Coping, schemas, and cardiovascular risks – study protocol. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017; 13: 2599–2605.
- 13-Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 2019; 5: 1-9.
- 14-Arntz A. Schema therapy for cluster-C personality disorders, in: Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Marjon Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook, of Schema Therapy: Theory, Hesearch, and Practice*, John Wiky & Sons, Ltd, 2012.
- 15-Young J E. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Florida: Professional Resources Press, 1999.
- 16-Pauwels E, Dierckx E, Schoevaerts K, Claes L. Early Maladaptive Schemas in Eating Disordered Patients with or Without Non-Suicidal Self-Injury. *Eur Eat Disord Rev*, 2016; 24 (5): 399-405.
- 17-Janovsky T, Rock A J, Thorsteinsson E B, Clark G I, Murray C V. The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clin Psychol Psychother*. 2020; 1–40.

منابع

- 1- Shen R, Zhao N, Wang J, Gao P, Shen Sh, Liu D et al. Association between level of depression and coronary heart disease, stroke risk and all-cause and cardiovascular mortality: Data from the 2005–2018 National Health and Nutrition Examination Survey. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 2022; 9:954563: 1-15.
- 2- Ganatra S, Dani S S, Shah S, Asnani A, Neilan T G, Lenihan D et al. Management of Cardiovascular Disease During Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 2020; 30 (6): 315-325.
- 3- Hwang W J, Kang S J. Interventions to Reduce the Risk of Cardiovascular Disease among Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17: 1-16.
- ۴- هداوند سیری، فاطمه، خلیلی، داود، هاشمی نظری، سعید، استوار، افشین، مهدوی، علیرضا. پابندی شرکت‌کنندگان برنامه ایران به مراجعات منظم بای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی در مراکز بهداشتی درمانی. *مجله عدد درون‌ریز و متابولیسم/ایران*، ۱۳۹۹؛ ۲۲ (۳): ۱۲۶-۱۱۶.
- ۵- حاتمیان، پیمان، ویسمرادی، مهین، ظهیری، مریم، کرمی، جهانگیر. پیش‌بینی رفتارهای مرتبط با سلامت قلب بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و خودکارآمدی. *پژوهش پرستاری*، ۱۳۹۸؛ ۱۴ (۲): ۴۳-۳۸.
- 6- Song R, Oh H, Ahn S, Moorhead S. Validation of the cardiac health behavior scale for Korean adults with cardiovascular risks or diseases. *Applied Nursing Research*. 2018; 39: 252–258.
- 7- Dzaye O, Adelhoefer S, Boakye E, Blaha M J. Cardiovascular-related health behaviors and lifestyle during the COVID-19 pandemic: An infodemiology study. *American Journal of Preventive Cardiology*. 2021; 5: 100148.
- ۸- محمدیاری، سجاد، عبدی، شیوا، بختیاری، علی. تأثیر هشت هفته تمرین تناوبی کم حجم با شدت بالا برخی شاخص‌های پیشگویی‌کننده بیماری‌های قلبی - عروقی در مردان دارای اضافه‌وزن. *پژوهش‌های فیزیولوژی و مدیریت در ورزش*، ۱۳۹۸؛ ۱۱ (۲): ۱۴۳-۱۳۳.

- ۲۶-احمدی، فرزانه، استادیان خانی، زهرا، آقاییوسفی، علیرضا. مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۳۹۶؛ ۷ (۵۲): ۹-۱.
- 18-Pozza A, Albert U, Dettore D. Early maladaptive schemas as common and specific predictors of skin picking subtypes. *BMC Psychology*. 2020; 8: 27, 1- 11. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0392-y>
- 27-Yakin D, Gencoz T, Steenbergen L, Arntz A. An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *Clin. Psychol*; 2019; 1-16.
- 19-Young J E, Klosko J S, Weishaar M E. Schema therapy. A practitioner's guide. New York: *The Guilford Press*, 2003.
- 28-Neff K D, Germer C K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013; 69 (1): 28-44.
- 20-Meneguzzo P, Cazzola Ch, Castegnaro R, Buscaglia F, Bucci E, Pillan, A et al. Associations Between Trauma, Early Maladaptive Schemas, Personality Traits, and Clinical Severity in Eating Disorder Patients: A Clinical Presentation and Mediation Analysis. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12: 661924. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.661924
- 29-Goetz J L, Keltner D, Simon-Thomas E. Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 2010; 136, 351-374.
- 21-Aloi M, Verrastro V, Rania M, Sacco R, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S et al. The Potential Role of the Early Maladaptive Schema in Behavioral Addictions Among Late Adolescents and Young Adults. *Front Psychol*. 2020; 10: 3022. doi: 10.3389/fpsyg.2019.03022
- 30-Neff K D. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self-Identity*. 2003, 2 (3): 223-50.
- 22-Costa I F D, Tomaz M P, Pessoa G D N, Miranda H D, Galdino M K. Early maladaptive schemas and harm avoidance as mediating factors between early life stress and psychiatric symptoms in adults. *Braz. J. Psychiatr*. 2020; 42 (5). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0593>
- 31-Neff K D, Costigan A P. Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Osterreich*. 2017; 2 (3): 114-9.
- 32-Ehret A M, Joormann J, Berking M. Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 226, 220-226.
- ۲۳-میرزاحسینی، حسن، ارجمند، سوگند، لاجوردی، هدی. مدل پیش‌بینی رفتار خوردن بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال‌ها شخصیت و سبک‌های مقابله. *علوم رفتاری*، ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۳): ۴۸۵-۴۷۹.
- 33-Wilson A C, Mackintosh K, Power K, Chan S W Y. Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 2019; 10 (6), 979-995.
- 24-Marengo S M, Klibert J, Langhinrichsen-Rohling J, Warren J, Smalley B. The Relationship of Early Maladaptive Schemas and Anticipated Risky Behaviors in College Students. *Journal of Adult Development*, 2018; 26 (3), 190-200.
- 34-Butz S, Stahikerg D. The Relationship between Self-Compassion and Sleep Quality: An Overview of a Seven-Year German Research Program. *Behav. Sci*. 2020; 10, 64.
- 25-Da Luz F Q, Sainsbury A, Hay Ph, Roekenes J A, Swinbourne J, da Silva D C et al. Early Maladaptive Schemas and Cognitive Distortions in Adults with Morbid Obesity: Relationships with Mental Health Status. *Behav Sci*, 2017; 7 (1), 10.
- 35-Hussain M, Egan H, Keyte R, Mantzios M. Exploring the Role of Self-Kindness in Making Healthier Eating Choices: A Preliminary Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2020; 23, 1-6.

- 45-Reinelt T, Peterman F, Bauer F, Bauer C-P. Emotion regulation strategies predict weight loss during an inpatient obesity treatment for adolescents. *Obesity Science and Practice*, 2020; 6 (3): 293-299.
- 46-Daniel S K, Adel-Baki R, Hall G B. The Protective Effect of Emotion Regulation on Child and Adolescent Wellbeing. *Journal of Child and Family Studies*, 2020; 29: 2010–2027
- 47-Rahbarian M, Mohammadi A, Abasi I, Soleimani M. Emotion Regulation Problems and Addiction Potential in Iranian Students. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 2017; 5 (4): 235-242. <https://doi.org/10.29252/NIRP.JPCP.5.4.235>
- 48-Jakubczyk A, Trucco E M, Kopera M, Kobylński P, Suszek H, Fudalej S et al. The association between impulsivity, emotion regulation, and symptoms of alcohol use disorder. 2018; 91: 49-56.
- 49-Roy B, Riley C, Sinha R. Emotion regulation moderates the association between chronic stress and cardiovascular disease risk in humans: a cross-sectional study. *The International Journal on the Biology of Stress*. 2018; 21 (6): 548- 555.
- 50-Mc Donnell E, Hevey D, McCauley M, Ducray KN. Exploration of Associations Between Early Maladaptive Schemas, Impaired Emotional Regulation, Coping Strategies and Resilience in Opioid Dependent Poly-Drug Users. *Subst Use Misuse*. 2018; 53 (14): 2320-2329.
- 51-Dvir Y, Ford J D, Hill M, Frazier J A. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 2014; 22 (3): 149–161.
- 52-Amiri Pijakelai A, Akbari M, Mohamadkhani Sh, Hasani J. The Structural model of early maladaptive schemas with cardiac health-related behaviors in general population: the mediating role of emotion regulation and self-compassion. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, In Press*.
- 36-Shao M, Lin X, Jiang H, Tian H, Xu Y, Wang L et al. Depression and cardiovascular disease: Shared molecular mechanisms and clinical implications. *Psychiatry Res*, 2020; 21; 285: 112802.
- 37-Keyfitz L, Lumley M N, Hennig K H, & Dozois D J A. The role of positive schemas in child psychopathology and resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 2013; 3 (1), 97–108.
- 38-Diedrich A, Grant M, Hofmann S G, Hiller W, & Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2014; 58, 43–51.
- 39-Yalcin S B, Kavakli M, Kesici S, Ak M. University Students' Early Maladaptive Schemas' Prediction of Their Mindfulness Levels. *Journal of Education and Practice*, 2017; 8 (20), 174-181.
- 40-Shorey R C, Brasfield H, Anderson S, Stuart G L. The Relation between Trait Mindfulness and Early Maladaptive Schemas in Men Seeking Substance Use Treatment. *Mindfulness*, 2017; 6 (2): 348–355.
- 41-Thimm J C. Relationships etween Early Maladaptive Schemas, Mindfulness, Self-comassion and Psychological Distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2017; 17 (1), 3-17
- 42-Strauman T J. Self-Regulation and Psychopathology: Toward an Integrative Translational Research Paradigm. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2017; 13 (1): 497-523.
- 43-Cludius B, Mennin D, Ehrling T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 2020; 20 (1): 37–42.
- 44-Gross J J, John O P. Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003; 85: 348-362.

- ۵۳- فروغی، علی‌اکبر، رئیسی، سجاد، منتظری، نفیسه، ناصری، مطلب. اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه بر کیفیت خواب، نشخوار فکری و شفقت به خود افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت* ۱۴۰۱؛ ۹ (۴): ۱۵۲-۱۳۷
- 54- Wierenga K L, Fresco D M, Adler M, Moore Sh M. Feasibility of an Emotion Regulation Intervention for Patients in Cardiac Rehabilitation. *West J Nurs Res*, 2021; 43 (4): 338-346.
- ۵۵- عباسی فرهادلو، فاطمه. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نشخوار فکری و عزت‌نفس بیماران قلبی-عروقی. *دومین کنفرانس ملی علوم انسانی و توسعه*، شیراز، ۱۳۹۹.
- ۵۶- حکم‌آبادی محمدابراهیم، بیگدلی ایمان‌الله، اصغری محمدجواد، اسدی جوانشیر. مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۱۳۹۹؛ ۱۲ (۱): ۳۶-۲۵.
- 57- Farhane-Medina N Z, Castillo-Mayén R, Luque B, Rubio S J, Gutiérrez-Domingo T, Cuadrado E, et al. A Brief mHealth-Based Psychological Intervention in Emotion Regulation to Promote Positive Subjective Well-Being in Cardiovascular Disease Patients: A Non-Randomized Controlled Trial. *Healthcare*, 2022; 10: 1-15.
- 58- Albertson E R, Neff K. D, Dill-Shackleford K E. Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness*, 2015; 6 (3): 444-54.
- ۵۹- بنت-گلن، تارا. کیمیاگری هیجانی، تلفیق توجه آگاهی و طرح‌واره درمانی. ترجمه هادی احمدی، انتشارات ابن‌سینا، ۱۴۰۰.
- ۶۰- فن وریسویک مایکل، بروئرسن جنی، شورینک گر. توجه آگاهی و طرح‌واره درمانی. ترجمه حسن زیرک و دکتر حمیدپور، انتشارات ابن‌سینا، ۱۳۹۴.
- ۶۱- رودیگر اکهارد، استیونز بروس، بروکمن رابرت. طرح‌واره درمانی بافتاری. ترجمه شهرام محمدخانی و همکاران. انتشارات ابن‌سینا، ۱۳۹۹.
- 62- Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Wilde O, Arntz A. Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *METHOD*, 2017.
- ۶۳- خسروی صدالله، صادقی مجید، یابنده، محمدرضا. کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۳۹۲؛ ۳ (۱۳): ۵۹-۴۷.
- ۶۴- محمود علیلو، مجید، قاسم‌پور، عبدالله، عظیمی، زینب، اکبری، ابراهیم، فهیمی، صمد. نقش راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۳۹۱؛ ۶ (۲۴): ۱۸-۹.
- ۶۵- پیری موسی، حبیبی کلیر رامین، آق‌آتابای آمنه. مقایسه تفاوت‌های جنسیتی دانش آموزان دوره دوم متوسطه از لحاظ هوش اجتماعی، تنظیم هیجان و تعلق‌ورزی تحصیلی. *آموزش پژوهی*، ۱۳۹۴؛ ۱: ۸۳-۶۵.
- ۶۶- قربانعلی نژاد مریم، عرب‌زاده مهدی، اصفهانی خالقی آتنا. تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر میزان استرس و افسردگی بیماران قلبی-عروقی، پنجمین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران (با رویکرد فرهنگ مشارکتی)، تهران، ۱۳۹۷.
- ۶۷- قهرمانی اوچقاز مریم، محمدخانی پروانه، حاتمی محمد، محمدرضایی رامین. مقایسه درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش ترس از شفقت و خودسرزنشگری افراد مبتلا به نارسایی قلبی. *روان‌شناسی معاصر*، ۱۳۹۹؛ ۱۵ (۱): ۱۳۶-۱۲۳.
- ۶۸- ادیبی زاده نوشین، سجادیان ایلناز. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کرونر قلبی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱۳۹۷؛ ۶۱ (۱): ۱۱۵-۱۰۳.

70-Thurston R C, Fritz M M, Chang Y, Barinas Mitchell E, Maki P M. Self-compassion and subclinical cardiovascular disease among midlife women. *Health Psychology*, 2021; 40 (11): 747-753.

۶۹- کاظمی رضایی سید ولی، کاکابرابی کیوان، حسینی سعیده‌السادات. اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۳۹۸، ۲۲ (۴): ۹۸-۱۱۱

اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خود‌گویی و پریشانی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

نویسندگان

سعیده فولادی اردکانی^۱، آزاده چوب‌فروش‌زاده^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. s.fuladi74@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: تولد فرزند در هر خانواده می‌تواند نقطه عطفی در زندگی هر فرد ایجاد کرده و تغییرات زیادی را به دنبال داشته باشد. اما تولد زمانی مشکل‌ساز می‌شود که این تولد با معلولیت همراه باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خود‌گویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش: این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه‌آزمایشی و با به کارگیری طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش متشکل از تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اردکان در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) و خود‌گویی (STS) برین‌تاپت و همکاران (۲۰۰۸) پاسخ دادند. پس از انتخاب گروه‌ها، پروتکل آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود نیز طی ۸ جلسه (۱ ساعت و نیمه) به مادران کودکان کم‌توان ذهنی گروه آزمایش آموزش داده شد؛ درحالی‌که اعضای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول مدت آزمایش دریافت نکردند. در پایان نیز داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون تحلیل کوواریانس، در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خود‌گویی و پریشانی روان‌شناختی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری داشته است ($P < 0/001$)؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود می‌تواند گزینه مناسبی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی و سلامت روان مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود می‌تواند گزینه مناسبی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی و سلامت روان مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی باشد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۰۵/۰۹

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۱/۱۱/۲۳



کلیدواژه‌ها

تاب‌آوری، شفقت به خود، خود‌گویی، پریشانی روان‌شناختی، کم‌توان ذهنی.

بست الکترونیکی
نویسنده مسئول

azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

را نیز افزایش می‌دهد [۶].

پیشانی روان‌شناختی همچون سایر مشکلات روان‌شناختی تحت تأثیر ارزیابی‌های منفی قرار دارد به‌طوری که در پیشانی روان‌شناختی، باورهای ناکارآمد، نشخوارگری و خودگویی‌هایی که اغلب ماهیت منفی نیز دارد، شدت بیشتری دارند؛ بنابراین یکی از مؤلفه‌های مهمی که نقش زیادی را در پیشانی روان‌شناختی ایفا می‌کند، وجود خودگویی‌هایی^۱ است که فرد دارد. میلر^۲ خودگویی را به‌عنوان گفت‌وگویی درونی تعریف می‌کند که ممکن است با صدای بلند یا آهسته و بی‌صدا صورت گیرد و از طریق آن، فرد افکار و احساسات خود را تفسیر کند، ارزیابی‌ها و اعتقادات خود را تغییر دهد، به خود آموزش دهد یا خود را تقویت کند. همچنین خودگویی بر اساس آنچه افراد به خود می‌گویند (محتوای مثبت و یا منفی آن)، و شدت این خودگویی‌ها، بر رفتار و راهبردهای درگیر در فرایندهای ذهنی تأثیر متفاوتی خواهد داشت [۷]. خودگویی منفی نسبت به خودگویی مثبت رابطه بیشتری با مشکلات روان‌شناختی، چون افسردگی، اضطراب، استرس و به‌طور کلی پیشانی روان‌شناختی دارد [۸]. از این‌رو افرادی که در معرض عوامل استرس‌زایی چون داشتن کودکان کم‌توان ذهنی قرار دارند، بسته به نوع خودگویی‌هایی که دارند، میزان متفاوتی از پیشانی روان‌شناختی را تجربه خواهند کرد.

وجود کودک کم‌توان ذهنی به‌خودی‌خود پیامدهای روانی زیادی به دنبال دارد که سلامت روان همه اعضای خانواده به‌ویژه مادر را تهدید می‌کند. اما در این شرایط، خطاهای شناختی فاجعه‌انگاری و نشخوار فکری به‌عنوان دو عامل تعیین‌کننده می‌تواند منجر به تشدید و تداوم افسردگی و اضطراب در مادران شوند. باید توجه کرد که نشخوار ذهنی می‌تواند با تولد کودک کم‌توان ذهنی آغاز شود و این استرس با عوامل دیگری همچون سرزنش خود، مشکلاتی که خانواده در تربیت فرزند خود دارد و همچنین دیدگاه و قضاوت اطرافیان تشدید شود. نشخوار ذهنی مهارت‌های حل مسئله را از بین می‌برد و فرد چنان درگیر مشکلات خود می‌شود که نمی‌تواند از چرخه افکار منفی بیرون بیاید. تداوم نشخوار ذهنی می‌تواند مشکلات جانبی

شیوع کودکان کم‌توان ذهنی، درصد قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد؛ به‌طوری که بر اساس آمارها در کشورهای درحال توسعه ۱۰ تا ۱۵ کودک در هر هزار کودک، ۱ تا ۳ درصد کودکان در جوامع غربی و به‌طور کلی ۱ درصد از جمعیت دنیا را کودکان دارای کم‌توانی ذهنی تشکیل می‌دهند. بر اساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری «اختلال‌های روانی» مشخصه اصلی ناتوانی ذهنی، نقص‌هایی در توانایی‌های ذهنی است [۱]. انجمن آمریکایی ناتوانی‌های ذهنی و رشدی به افرادی که بهره هوشی آنها دو انحراف پایین‌تر از متوسط قرار داشته باشند، حداقل در دو مهارت از مهارت‌های رفتارسازی مثل مهارت‌های خودیاری و اجتماعی‌شدن مشکل دارند و مشکلات آنها پیش از سن ۱۸ سالگی به وجود آمده باشد، ناتوان ذهنی می‌گویند [۲]. مطالعات نشان می‌دهد که اگرچه امروزه با رشد علم، از میزان تولد کودکان دارای معلولیت ذهنی کاسته شده است؛ اما مسئله کم‌توانی ذهنی کودکان، همچنان در برخی از تولدها و به‌خصوص در اقصای کمتربرخوردار جامعه وجود دارد و این نقص بر ابعاد مختلف زندگی این خانواده‌ها تأثیرات منفی زیادی دارد.

والدین کودکان کم‌توان ذهنی، به‌صورت مداوم حامل هیجانات و احساسات منفی بوده و در نتیجه همواره مستعد بروز رفتارهای مخرب ناشی از این هیجانات و احساسات منفی هستند [۱]. ناراحتی خاص و وضعیت هیجانی که افراد ممکن است به صورت موقت یا دائم در واکنش به فشارها و مشکلات زندگی از خود نشان دهند را پیشانی روان‌شناختی می‌گویند. این ناراحتی خاص و وضعیت هیجانی می‌تواند به‌صورت نشانه‌هایی از استرس، افسردگی و اضطراب خود را نشان دهد [۳]. والدین کودکان کم‌توان ذهنی، پیشانی روان‌شناختی بیشتری نسبت به سایر اعضای خانواده نشان می‌دهند، چراکه آنها مراقبان اصلی فرزند خود هستند [۴].

بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که هرچند این افراد بر اساس میزان باورهای منفی، با احساسات و هیجانات متفاوتی نیز مواجه خواهند بود [۵]، ولی وجود هیجانات و احساسات منفی و نموده‌های رفتاری آن از عوامل مخرب سلامت روان در این افراد بوده و پیشانی روان‌شناختی آنان

1 . self- talk

2 . Miller

هستند که درمانگر مراجعان خود را در معرض چند موضوع، اطلاعات متنوع و گسترده‌ای برای دستیابی به هدف مدنظر قرار می‌دهد. از آنجاکه در بسیاری از فرهنگ‌ها مشکلات ناشی از تولد فرزند معلول را به والدین و به‌خصوص مادر نسبت می‌دهند، از این‌رو علت پریشانی روان‌شناختی و خودگویی‌های منفی در این افراد می‌تواند ریشه در عدم شفقت به خود^۱ داشته باشد. گیلبرت^۲ اساس مفهوم شفقت به خود، ملاحظت با خود همراه با آگاهی عمیق از رنج خود و دیگر افراد و تلاش برای رهایی از رنج توصیف کرده است. شفقت به خود یکی از ظرفیت‌های بشر است تا رنج‌هایش را تسکین و شجاعت لازم را برای مواجهه با دشواری‌های زندگی به او بدهد. گیلبرت شفقت به خود را سازه‌ای شامل محبت به خود در برابر قضاوت و پذیرش نواقص و محدودیت‌های خود، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی و آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال در مقابل همانندسازی افراطی مطرح می‌کند که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته شود [۱۴]. مطالعات نشان می‌دهند افرادی که به خود و دیگران شفقت می‌ورزند، کمتر دچار اضطراب و شکست در موقعیت‌های فاجعه‌بار و تنش‌زا می‌شوند. شفقت به خود سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های تنش‌زا و نگران‌کننده‌ای چون داشتن کودک کم‌توان ذهنی است [۱۵]. در مقابل، افراد دارای شفقت به خود پایین دارای خودانتقادی و قضاوت خود بالا و خود مهربانی پایین هستند. آنها اکثر ناکامی‌ها و شکست‌ها را مختص خودشان می‌دانند [۱۶].

بررسی‌ها نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری بر احساس تنهایی و اضطراب [۱۷]، سلامت روان [۱۸] و استرس مؤثر است. همچنین نتایج مطالعات مختلف حاکی از اثربخشی شفقت به خود بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی [۱۹]، تحمل پریشانی [۲۰] و بهزیستی روان‌شناختی [۲۱] است. باین‌وجود مرور پیشینه پژوهش حاکی از عدم توجه پژوهشگران به آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی است، به‌طوری که پیشینه‌ای در رابطه با موضوع پژوهش حاضر در

بسیاری را به وجود بیاورد که از مهم‌ترین آنها می‌توان به افسردگی و اضطراب اشاره کرد. آموزش خودشفقتی به مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند یک نگرش مثبت و خودمراقبانانه را در آنها ایجاد کند و یک عامل محافظ محسوب می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که آموزش شفقت به خود منجر به افزایش سلامت جسمانی و روانی، افزایش مداخلات خودتنظیمی و رفتار هدفمند می‌شود و مداخلات مبتنی بر شفقت می‌تواند همانند سایر روش‌های تغییر رفتار در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر واقع شود. زمانی که اتفاقات ناخوشایند رخ می‌دهد، شفقت به خود می‌تواند مؤثر واقع شود و نگرش مثبتی در جهت تقویت انعطاف‌پذیری عاطفی به شمار می‌آید. بین نگرش مثبت نسبت به خود با اختلال‌های عاطفی و روانی کمتر و تاب‌آوری بالاتر در مقابل حوادث استرس‌زا همبستگی وجود دارد [۹].

از آنجاکه وجود کودکان کم‌توان ذهنی در خانواده با مشکلات زیادی برای اعضای خانواده همراه است، ضرورت استفاده از یک مداخله درمانی که بتواند والدین را در برابر این مشکلات تاب‌آورتر کند می‌تواند از میزان پریشانی روان‌شناختی و خودگویی‌های منفی آنان بکاهد، احساس می‌شود. تاب‌آوری یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار، توانایی عبور از دشواری‌ها و غلبه بر شرایط زندگی [۱۰]، قدرت بازگشت و فرایند پویای سازگاری و رشد به شیوه مثبت در برابر شرایط تهدیدکننده و توانایی ترمیم خویشتن [۱۱]، ظرفیت یک سیستم پویا برای سازگاری موفقیت‌آمیز با اختلالات و حفظ نشاط و سلامت روانی در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و سازوکار خود اصلاح‌گری تعریف شده است [۱۲]. تاب‌آوری مدل خطی ساده‌ای است که بر اساس آن فرد باید از میان مراحل هماهنگی بیولوژیکی، روانی و معنوی، تعامل با فوریت‌های زندگی، تخریب‌ها، آمادگی و انتخاب برای انسجام مجدد به صورتی تاب‌آورانه، برگشت به تعادل یا فقدان عبور کند. تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند که در پی بروز شرایط پرخطر یا پس از عقب‌نشینی، بتوانند سازگار شوند و کارکرد قبلی خود را بازیابند [۱۳].

اما به نظر می‌رسد والدین کودکان کم‌توان ذهنی علاوه بر تاب‌آوری نیاز به آموزش مهارت‌های بیشتری دارند. بسیاری از محققان در این شرایط درمان‌های ادغام‌شده را پیشنهاد می‌کنند. درمان‌های ادغام‌شده، نوعی از مداخله

1 . Self-Compassion

2 . Gilbert

خودانتقادی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این آزمون پاسخ‌دهنده میزان خودگویی خود را بر اساس مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای از ۱ به هیچ‌وجه تا ۴ خیلی زیاد درجه‌بندی می‌کند. به‌منظور نمره‌گذاری مقیاس خودگویی ابتدا نمره ۱ را برای پاسخ هرگز، نمره ۲ برای پاسخ به ندرت، نمره ۳ برای پاسخ گاهی، نمره ۴ برای اغلب مواقع، نمره ۵ برای پاسخ تقریباً همیشه اختصاص داده می‌شود. نمره خودگویی فرد نیز از جمع تمامی امتیازات به دست می‌آید و نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودگویی بالاتر است. برین تاپت و همکاران [۲۲] با استفاده از روش آلفای کرونباخ همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین اعتبار آزمون - بازآزمون این مقیاس برای کل مقیاس ۰/۶۶ و برای هر عامل به‌ترتیب ارزیابی اجتماعی، خودتقویتی، خودمدیریتی و خودانتقادی ۰/۶۹، ۰/۵۴، ۰/۵۰، و ۰/۶۲ به دست آوردند. در ایران خدایاری‌فرد، اکبری زردخانه، زینالی و قهوه‌چی [۲۳] در پژوهشی که به‌منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس انجام دادند مشخص کردند که ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۶۷ برای مؤلفه ارزیابی اجتماعی و ۰/۷۳ برای مؤلفه خودمدیریتی بود. این پژوهش همچنین روایی هم‌گرا و واگرای این پرسشنامه را مناسب گزارش کردند. پایایی پرسشنامه نیز در این مطالعه ۰/۹۴ گزارش شده است.

۲) پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی توسط کسلر و همکاران به‌منظور سنجش اختلالات روانی با ۱۰ سؤال طراحی و تدوین شده است. پرسشنامه نشانه‌های روان‌شناختی که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر و همکاران به‌صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به‌صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به‌ندرت = ۱ و هیچ‌وقت = ۰ است که بین ۴-۰ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. اندرسون^۱ و همکاران پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه را بر جمعیت سالمندان قابل قبول گزارش کرده‌اند. همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ توسط کسلر و همکاران، ۰/۹۳ گزارش شد. یعقوبی نیز در ایران در پژوهشی روایی

دسترس قرار نگرفت. از سوی دیگر عمده پژوهش‌های انجام‌شده در جوامعی متفاوت با والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شده و در ابزار و روش نیز با مطالعه حاضر متفاوت است. لذا با توجه به خلأ پژوهش، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان طرح‌ریزی و انجام شده است.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی است. طرح نیمه‌آزمایشی مورد استفاده در پژوهش طرح دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه است

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اردکان در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند؛

ب) نمونه پژوهش: در این پژوهش به‌منظور انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین منظور از بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی که فرزند آنها در مدارس استثنایی شهر اردکان مشغول به تحصیل بودند و سایر معیارهای ورود به پژوهش را نیز داشتند، ابتدا تعداد ۳۰ مادر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و گواه) قرار گرفتند. معیارهای ورود در این پژوهش داشتن کودک کم‌توان ذهنی، تمایل به شرکت در جلسات، رعایت قوانین گروه و معیارهای خروج نیز عدم پایبندی به قوانین گروه، غیبت بیش از یک جلسه و عدم تمایل برای شرکت در جلسات بود.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه خودگویی

پرسشنامه خودگویی^۱ توسط برین تاپت و همکاران^۲ [۲۲] توسعه داده شده است. این مقیاس یک آزمون خودسنجی مداد کاغذی بوده و دارای ۱۶ سؤال است که ۴ عامل ارزیابی اجتماعی، خودتقویتی، خودمدیریتی و

3 . Anderson

1 . STS

2 . Brinthaupt, T, M., Hein, M, B., & Kramer, T, E

اولین جلسه (معارفه) به پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناسی، خودگویی و پریشانی روان‌شناختی به صورت انفرادی پاسخ دادند. تمام اطلاعات کسب‌شده در این مطالعه محرمانه بود و به شرکت‌کنندگان، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام است. جلسات آموزشی برای گروه آزمایش بر اساس پروتکل تاب‌آوری پنسلوانیا (گیلهام و همکاران) [۲۵] و شفقت به خود گلبرت [۲۶] طراحی شده است. اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. روایی محتوایی این بسته آموزشی با استفاده از نظرخواهی سه تن

پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرد. همچنین پایایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده است. فرازند و ابراهیمی [۲۴]، پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۹ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش با مراجعه به مدارس استثنایی شهرستان اردکان از بین مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی که به شرکت در پژوهش علاقه‌مند بودند ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در هر گروه ۱۵ نفر آزمودنی شرکت داشتند که در

جدول ۱. خلاصه آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، تشریح برنامه آموزشی تاب‌آوری، آشنایی با اصول کلی درمان CFT و تمایز شفقت با تأسف برای خود؛ ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی، تکمیل پیش‌آزمون
دوم	آموزش الگوی رابطه بین حالت‌های هیجانی متعاقب رویارویی با رخدادهای منفی با نظام باورهای فرد بر اساس الگوی پیشنهادی الیس، آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی
سوم	ارزیابی الگوی اسنادی افراد در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی و ارائه تکالیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، مجادله و مقابله با نگرش‌ها و باورهای فاجعه‌پندارانه، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیرشفقت» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن مشفقانه» (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، تشخیص سبک‌های رفتاری، آموزش برقراری ارتباط پویا آشنایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن مشفقانه» بخشش، پذیرش بدون قضاوت، صندلی مشفقانه، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجهه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش مراحل پنج‌گانه مهارت‌های حل مسئله، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، وزش مهارت‌های اجتماعی همدلی، ابراز وجود یا جرأت‌ورزی، و مذاکره، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت»
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و تکمیل پس‌آزمون

تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی^۱ نسخه ۲۶ انجام شد.

نتایج

نتایج جدول ۲ بیانگر اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به گروه آزمایش و کنترل است. با توجه به جدول در گروه آزمایش از مجموع ۱۵ آزمودنی ۱۲ نفر (۸۰/۰۰ درصد) خانه‌دار و ۳۴ نفر (۲۰/۰۰ درصد) نیز شاغل بوده‌اند. همچنین از مجموع ۱۵ آزمودنی گروه گواه، ۱۱ نفر (۷۳/۳۰ درصد) خانه‌دار و ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) نیز شاغل بوده‌اند. همچنین از مجموع ۱۵ آزمودنی گروه آزمایش تحصیلات ۷ نفر (۴۶/۶۰ درصد) کمتر از دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳۰)، بالاتر از لیسانس بوده است و از مجموع ۱۵ آزمودنی گروه گواه، تحصیلات ۶ نفر (۴۰/۰ درصد) کمتر از دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) لیسانس و ۱ نفر (۶/۷۰)، بالاتر از لیسانس بوده است. میانگین سنی گروه آزمایش برابر ۳۴/۲۷ و میانگین سنی گروه گواه ۳۳/۲۰ بوده است.

اعضای هیئت علمی دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه اردکان در ارتباط با اهداف و محتوای هر یک از جلسات تأیید شده است. جلسات مداخله شامل ۸ جلسه (۱ ساعت و نیم) بود. تمام آزمودنی‌ها در تمام جلسات مداخله شرکت کردند و بنابراین ریزش نمونه وجود نداشت. در جدول ۱ محتوای جلسات درمان ارائه شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از اتمام پژوهش، برنامه آموزشی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

با توجه به اینکه پژوهشگر قصد داشت، تأثیر آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود را بر دو متغیر وابسته یعنی خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مورد بررسی قرار دهد. در این راستا برای کنترل تأثیر متغیر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس (به‌طور خاص) و در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارائه وضعیت متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز از آزمون

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه گواه (فراوانی - درصد)	گروه آزمایش (فراوانی - درصد)	متغیر	
۱۱ (۷۳/۳۰)	۱۲ (۸۰/۰۰)	خانه‌دار	شغل
۴ (۲۶/۷۰)	۳ (۲۰/۰۰)	شاغل	
۶ (۴۰/۰۰)	۷ (۴۶/۶۰)	کمتر از دیپلم	تحصیلات
۴ (۲۶/۷۰)	۲ (۱۳/۳۰)	دیپلم	
۴ (۲۶/۷۰)	۴ (۲۶/۷۰)	لیسانس	
۱ (۶/۷۰)	۲ (۱۳/۳۰)	بالاتر از لیسانس	
۶/۵۵±۳۳/۲۰	۵/۴۳±۳۴/۲۷	میانگین ±انحراف معیار	سن

پس‌آزمون به ترتیب ۴۲/۷۳ و ۳/۱۲ است. این شاخص‌های آماری برای گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۰/۶۷ و ۲/۴۱ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۱/۴۰ و ۲/۳۲ است.

جدول ۳ به مشخصات توصیفی متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون مربوط می‌شود و نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار نمره‌های خودگویی آزمودنی‌های گروه آزمایش، در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر ۳۷/۴۷ و ۴/۷۹ و در مرحله

1. Statistical package for social science (Version 26)

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

پس‌آزمون	پیش‌آزمون	متغیر	
		گروه	
میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	آزمایش	پریشانی روان‌شناختی
۲۶/±۶۷ ۳/۰۸	۳۲/±۸۷ ۵/۰۸	گواه	پریشانی روان‌شناختی
۳۳/±۸۰ ۵/۴۸	۳۴/±۴۰ ۵/۳۹	آزمایش	
۴۲/±۷۳ ۳/۱۲	۳۷/±۴۷ ۴/۷۹	گواه	خودگویی
۳۹/±۴۹ ۳/۵۶	۳۸/±۵۳ ۴/۴۲	آزمایش	

به همین منظور برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس را برآورد کنند، به بررسی آنها پرداخته شد.

در این پژوهش به منظور آزمون فرضیات از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. استفاده از تحلیل کوواریانس، نیازمند رعایت چندمفروضه اصلی و مهم است.

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون‌ها

گروه کنترل			گروه آزمایش			نرمال بودن توزیع نمرات
معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	
۰/۱۴۲	۱۵	۰/۹۱۱	۰/۰۶۰	۱۵	۰/۸۷۵	پریشانی روان‌شناختی
۰/۰۸۶	۱۵	۰/۸۹۷	۰/۰۷۵	۱۵	۰/۸۹۳	خودگویی

جدول ۶. نتایج حاصل از آزمون لوین جهت همگنی واریانس‌های خطا دو گروه

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	شاخص	
				متغیر	پریشانی روان‌شناختی
۰/۷۸۷	۲۸	۱	۰/۷۴	پریشانی روان‌شناختی	
۰/۳۵۴	۲۸	۱	۰/۸۸۸	خودگویی	

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که نتایج آزمون لوین در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی معنادار نیست ($p > 0.05$). بر این اساس، واریانس گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی به‌طور معناداری متفاوت نبود و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون باکس در مورد فرض تساوی کواریانس‌های دو گروه در متغیرهای وابسته

مقدار M باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۸/۰۷۵	۲/۴۸۳	۳	۱۴۱۱۲۰/۰۰	۰/۰۵۹

با توجه به جدول ۴، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی تأیید می‌شود ($p > 0.05$). یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید می‌شود.

با توجه به جدول ۵ سطح معناداری در آزمون ام باکس بیشتر از ۰/۰۵ است لذا فرض تساوی کواریانس‌های دو گروه در متغیرهای وابسته تأیید می‌شود.

کواریانس چندمتغیری برقرار است، این تحلیل در این پژوهش قابل اجراست.

جدول ۸ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). بر این اساس می‌توان بیان کرد در این پژوهش دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (خودگویی و پریشانی روان‌شناختی) در پس‌آزمون بین دو گروه اختلاف معناداری وجود دارد. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۷۴ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. برای پی‌بردن به تفاوت‌های تک‌متغیر، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا انجام شد که نتایج آن در جدول‌های ۹ و ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معناداری
پریشانی روان‌شناختی	تعامل	۰/۱۱۹	۰/۲۲۷
خودگویی	گروه * پیش‌آزمون	۰/۰۷۹	۰/۳۷۲

در جدول ۷ مشاهده می‌شود که مقدار F تعامل کواریت‌ها (پیش‌آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی معنادار نیست ($p > 0/05$). بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است. در مجموع با توجه به اینکه در مفروضه‌های اصلی تحلیل

جدول ۸. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری روی میانگین پس‌آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش‌آزمون

شاخص آزمون	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	سطح p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلایی ^۱	۰/۷۴۳	۳۶/۱۶۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۲۵۷	۳۶/۱۶۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ ^۳	۲/۸۹۳	۳۶/۱۶۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۱/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی ^۴	۲/۸۹۳	۳۶/۱۶۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۱/۰۰۰

جدول ۹. نتایج حاصل از تحلیل متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون خودگویی با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
عرض از مبدأ	۸۶/۱۱۶	۱	۸۶/۱۱۶	۲۲/۱۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۰	۰/۹۹۵
گروه	۱۰۶/۹۲۱	۱	۱۰۶/۹۲۱	۲۷/۴۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴	۰/۹۹۹
خطا	۱۰۱/۱۰۳	۲۶	۳/۸۸۹				

جدول ۱۰. نتایج حاصل از تحلیل متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون پریشانی روان‌شناختی با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
عرض از مبدأ	۰/۰۰۹	۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۲	۰/۹۶۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
گروه	۲۴۹/۵۷۲	۱	۲۴۹/۵۷۲	۴۳/۰۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲۴	۱/۰۰۰
خطا	۱۵۰/۶۵۷	۲۶	۵/۷۹۵				

1. Pillai & Trace
2. Wilks Lambda
3. Hotelling & Trace
4. Roy & Largest Root

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۹، آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت بر خودگویی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری داشته و آن را افزایش داده است. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۵۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۱۰ آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت بر پریشانی روان‌شناختی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری داشته و آن را کاهش داده است. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۶۲ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف، بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد که یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون خودگویی و پریشانی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین پس از اجرای این آموزش طی ۸ جلسه، گروه آزمایش به‌طور معناداری در پس‌آزمون خودگویی بهتر از گروه گواه بوده و نمرات آن بهبود یافته است. همچنین این گروه به‌طور معناداری در پس‌آزمون پریشانی روان‌شناختی بهتر از گروه گواه بوده و نمرات آن کاهش یافته است.

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش به‌گونه‌ای با نتایج سایر پژوهش‌ها از جمله پژوهش حسینی قمی و جهان‌بخشی [۲۷]، مهدوی و همکاران [۲۸]، شیخ‌الاسلامی و سید اسماعیلی قمی [۲۹]، پورحسینی و همکاران [۳۰]، نصیرزاده و همکاران [۳۱]، صادقی، سپهوندی و رضایی‌فر [۳۲]، اروین و همکاران، ضمیری‌نژاد و همکاران [۳۳]، درویش‌زیر و همکاران [۳۴]، همسو است. برای مثال حسینی قمی و جهان‌بخشی [۳۵] نشان دادند که آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر است. نتایج مطالعه مهدوی و همکاران [۳۶] نیز حاکی از اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب و افزایش سازگاری مادران دارای کودکان اختلال اوتیسم بود. اگرچه مطالعات مذکور در جامعه، روش و ابزار و نوع مداخله تفاوت‌هایی نیز با مطالعه حاضر دارند اما به‌طور کلی نتایج این مطالعات نیز نشان می‌دهد که بهبود مهارت‌های

تاب‌آوری در کاهش مشکلات روان‌شناختی مؤثر است. در توضیح یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت بر اساس تعریف خودگویی گفت‌وگویی درونی است که افراد با استفاده از آن افکار و احساسات خود را تفسیر کرده و ارزیابی‌ها و اعتقادات خود را تغییر می‌دهند، به خود آموزش می‌دهند و یا خود را تقویت می‌کنند [۳۷]. اما این خودگویی‌ها می‌تواند کارآمد یا ناکارآمد باشد، و بر این اساس در خدمت سلامت روان یا مانعی برای آن باشند. خودگویی‌های منفی اصولاً بار هیجانی منفی دارند؛ یعنی در آن افراد یا خود و یا دیگران را سرزنش می‌کنند. این ویژگی با عنوان عدم شفقت به خود شناخته می‌شود. برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی این خودگویی‌ها بیشتر در جهت انتقاد از خود بود. مادران از خود این انتقاد را داشتند که چرا فرزند معلولی را به دنیا آوردند؟ یعنی باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد که پیامدهای هیجانی، جسمی و رفتاری منفی زیادی را به دنبال داشته و نگاهی غیرمشفقانه به خود و دیگری دارد. بنابراین در جلسات بر مهارت‌هایی چون تقویت من مشفق تأکید شد تا مادران بتوانند محتوای مهربانانه‌ای را با خود بگویند.

نشخوار ذهنی نقشی واسطه‌ای در ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی بازی می‌کند [۳۸]. با توجه اینکه بیشتر مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خود را در تولد کودک خود مقصر می‌دانند معمولاً احساس گناه را تجربه کرده و با سرزنش کردن خود زمینه اضطراب، وسواس و افسردگی را در خود ایجاد می‌کنند [۳۹]. طبق پژوهش‌های انجام‌شده عامل کلیدی و تأثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، استفاده از سازه‌های هشیارکننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است؛ زیرا مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند. حال این هیجان مثبت باشد و یا منفی، فرد را به سمت اجتناب از احساس دردناک، ناراحت‌کننده، نزدیکی و مهربانی سوق می‌دهد و فرد را برای پذیرش مشتاقانه نسبت به احساسات منفی خود آماده می‌کند که این مسئله می‌تواند در کاهش نشخوار فکری و افسردگی مؤثر باشد [۴۰]. عامل خودشفقت‌ورزی می‌تواند به‌عنوان عامل محافظت‌کننده مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در برابر خودسرزنش‌گری باشد و افکار منفی را کاهش دهد [۴۱]. در پژوهش حاضر با

روان‌شناختی در آنها منجر شد. وجود احساس گناه در این مادران و سرزنش خود به دلیل تولد فرزند کم‌توان ذهنی نشان‌دهنده عدم مهربانی با خود در این مادران بود. این مادران احساسات منفی زیادی را با خود حمل می‌کردند که از مواجهه با آن نیز هراس داشتند؛ بنابراین در مداخله آموزشی مادران آموختند با رویارویی با احساسات منفی خود، مهربانی و شفقت با خود را افزایش دهند. شفقت به خود عبارت است از متأثر شدن و آگاهی یافتن از رنج خود و نه فرار یا قطع رابطه با آن و پدیدآوردن تمایلی در خود برای تسکین رنج‌های خود و بهبودی آنها از طریق مهرورزی و صمیمیت با خود. به عبارت دیگر مهرورزی به خود نوعی همدلی و فهم غیرقضاوتی نسبت به دردها، رنج‌ها، اشتباهات و ناشایستگی‌های خود است، به نحوی که تجارب تلخ خود را به‌عنوان بخش بزرگ‌تری از تجارب انسانی ببیند [۴۴].

مسئله دیگری که لزوم آموزش مهارت‌های شفقت به خود را نیز نشان داد روابط مخدوش بین این مادران با اطرافیان خود و به‌خصوص همسر بود. در این رابطه تقویت آگاه‌بودن به نتایج مهربانی به خود و اطرافیان سبب شد تا مادران بیاموزند با واقعیت‌های زندگی خود مواجه شده و به جای فرار از آن و یا احساس خصومت نسبت به اطرافیان، روابط بین فردی خود را بهبود بخشند. شفقت به خود با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارد و افرادی که دارای خودشفقتی بالاتری هستند؛ در حل تعارض‌های بین فردی سازش بیشتری از خودشان نشان داده و آشفتگی‌های عاطفی کمتری را بروز می‌دهند [۴۵].

در جلسات آموزشی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموختند که داشتن فرزند کم‌توان ذهنی به معنی بی‌ارزش بودن نیست و آنها نیز می‌توانند با پذیرفتن خود به‌عنوان فردی ارزشمند، اهمیت‌قائل شدن برای خود و توانایی‌هایشان، بی‌قید و شرط دوست داشتن خود و سعی در شناخت نقاط مثبت خویشتن و پرورش دادن آنها و از طرف دیگر شناخت نقاط ضعف خود و کتمان نکردن آنها، و علاوه بر آن سعی در برطرف کردن این نارسایی‌ها به جای تسلیم شدن احساس ارزشمندی را تجربه کنند.

در جلسات درمانی مادران آموختند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بلکه در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند [۱۱]. همچنین در این جلسات بر

به کارگیری درمان مبتنی بر شفقت باعث شد که مادران توانایی بیشتری برای خودشفقت‌ورزی پیدا کرده و در نتیجه از حجم خودانتقادگری ناشی از پیامد داشتن کودک کم‌توان ذهنی نیز کاسته شد.

مهارت دیگری که این مادران نیاز داشتند شناسایی نخواستارهای ذهنی ناکارآمد خود بود. در الگوی الیس که در آموزش تاب‌آوری مورد استفاده قرار گرفت در ابتدا مادران با الگوی فکری خود، پیامدهای آن و همچنین خطاهای شناختی که داشتند آشنا شدند. از این رو مادران آموختند چگونه افکار ناکارآمدی که دارند و نخواستارهایی که در خصوص افکارشان با خود می‌کنند، باعث بروز هیجانات منفی، تغییرات بدنی ناخوشایند و رفتارهای ناکارآمد می‌شود. آشنایی و تمرین الگوی الیس و انجام تمریناتی که با شفقت به خود و دیگری تلفیق شده بود سبب شد تا این مادران خودگویی‌هایی کارآمد را ایجاد و تقویت کنند. بنابراین مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی با تکرار و تمرین تکالیف و مهارت‌های تاب‌آوری ادغام شده با شفقت به خود توانستند خودگویی‌های خود را در جهت یک زندگی مطلوب تقویت کنند.

درمان مبتنی بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانات عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش داده و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند [۴۲].

همچنین در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت پریشانی روان‌شناختی زمانی رخ می‌دهد که فرد ناراحتی خاص و وضعیت هیجانی سختی را به‌صورت موقت یا دائم در واکنش به فشارها و مشکلات زندگی از خود متحمل شود [۴۳]. در خانواده‌هایی با فرزند کم‌توان ذهنی با توجه به شدت و تکرار مشکلات، پریشانی روانی به‌طور قابل توجهی می‌تواند متحمل باشد. چراکه کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با کودکان عادی با مشکلات بیشتری همراه‌اند. این کودکان، بسیاری از کارهای شخصی خود را نمی‌توانند به‌طور کامل انجام دهند و در یادگیری مهارت‌های زندگی نیز به حمایت اطرافیان و از جمله مادر نیاز دارند. عدم مهارت‌های لازم در برخورد با این مشکلات باعث می‌شود که این مادران احساس درماندگی زیادی داشته باشند و به‌طور مکرر هیجانات منفی چون غم، استرس، خشم و تنفر و افکار منفی مانند احساس گناه، سرزنش خود، مقایسه و نشخوار ذهنی را تجربه کنند. عواملی که در مجموع به پریشانی

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب نمونه به شیوه دردسترس بود که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه خواهد کرد.

به دلیل عدم برگزاری دوره‌های پیگیری در این پژوهش، در مورد میزان با ثبات بودن تأثیرات درمان، نمی‌شود با قاطعیت اظهار نظر کرد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر حجم نمونه بیشتر و با برگزاری دوره پیگیری نیز انجام شود.

از آنجا که این مطالعه روی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان مذکور را روی خانواده‌های سایر کودکان و نوجوانان معلول نیز اجرا کنند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین کارکنان مدارس استثنایی شهر اردکان که در این پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود. نتایج این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه اردکان است.

منابع

- ۱- گنجی، مهدی. روان‌شناسی کودکان استثنایی. تهران: نشر سالوان؛ ۱۳۹۹
- ۲- سه برادر، نسیم. «اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی و رفتارهای سازشی کودکان دارای کم‌توانی ذهنی خفیف» پایان‌نامه کارشناسی ارشد. اردبیل ایران: دانشگاه محقق اردبیلی؛ ۱۴۰۰.
- 3- Margo-Dermer, E., Dépelteau, A., Girard, A., & Hudon, C. (2019). Psychological distress in frequent users of primary health care and emergency departments: a scoping review. *Public health*, 172, 1-7.
- ۴- بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج؛ بخشی‌پور، عباس؛ علیلو، مجید؛ اقبالی، علی. «مقایسه تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی» فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. دوره ۹ شماره ۳۳، پاییز ۱۳۹۴: ۵۹-۴۳.

تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید شد که نقش مهمی در آرامش ذهنی مادران و کاهش استرس و افکار خودآیند منفی آنها داشت [۴۶].

از طرف دیگر مطابق برنامه تاب‌آوری پنسیلوانیا که دارای دو مؤلفه اصلی شناختی و اجتماعی است. در بخش شناختی به تصحیح سبک‌های شناختی ناسازگار و سوگیری‌های مربوط به پردازش اطلاعات و آموزش خوش‌بینی پرداخته شد. با استفاده از الگوی الیس (۱۹۶۲؛ نقل از فررز و گیلهام، ۲۰۰۶) به مادران آموزش داده شد که چگونه باورهای مبتنی بر بدبینی را از طریق توجه به تفسیرهای جایگزین و بررسی شواهد موجود، به چالش بکشند [۴۷]. طبق این الگو، فعال‌سازی رخداد یا پیش‌آمد ناگوار به ایجاد باورهایی منجر می‌شود که در نهایت به بروز پیامدهای عاطفی یا رفتاری می‌انجامند. همچنین در جلسات درمان به معرفی عینی سبک‌های تفکر خوش‌بینانه و بدبینانه پرداخته شد. مادران آموختند که چگونه باورهای کنونی خود را با معیار شواهد و قرائن موجود بسنجند و دقیق‌ترین باور را بر مبنای شواهد موجود انتخاب کنند و در نهایت با استفاده از فاجعه‌زدایی به ساختار بندی مجدد شناختی خود بپردازند. همچنین مهارت‌های رفتاری از قبیل جرأت‌ورزی، برقراری ارتباط مؤثر، ایجاد و تقویت مهارت‌های اجتماعی، تصمیم‌گیری و حل مسئله آموزش داده شد؛ و در هر جلسه جهت تأثیر بیشتر مطالب آموخته‌شده به آنها تکلیف منزل ارائه شد [۴۸].

در مجموع آموزش برنامه تاب‌آوری پنسیلوانیا با بهبود مهارت‌های شناختی و رفتاری توانست عواطف منفی را در مادران کاهش داده و بهبود پریشانی روان‌شناختی در آنها کمک کند.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بود. بر این اساس این الگوی آموزشی می‌تواند به‌عنوان یک روش کارآمد در خصوص بهبود مهارت‌های والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مورد استفاده قرار گیرد و به‌عنوان یک منبع آموزشی در اختیار مراکز آموزشی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی قرار داده شود.

- 14-Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Special Issue. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(1), 97-201
- 15-Curry, O. S., Rowland, L. A., Van Lissa, C. J., Zlotowitz, S., McAlaney, J., & Whitehouse, H. (2018).
- ۱۶- ثابت دیزوهی، کیانا؛ ابوالقاسمی، عباس؛ کافی ماسوله، سید موسی. «مقایسه تاب‌آوری، شفقت به خود و تجربیات آزاردیدگی اولیه در دانشجویان با و بدون رفتارهای خودآسیب‌زنی» *دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. دوره ۱۹، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۰: ۴۵-۵۶.
- ۱۷- نصیرزاده، زیبا؛ رضایی، علی محمد؛ محمدی‌فر، محمدعلی. «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دبیرستان» *مجله روان‌شناسی بالینی*. دوره ۲، تابستان ۱۳۹۷: ۲۹-۴۰.
- ۱۸- احمدی، رضا؛ شریفی درآمدی، پرویز. «بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای شهر تهران» *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. دوره ۱۶، بهار و تابستان ۱۳۹۳: ۱-۱۷.
- ۱۹- پورحسینی دهکردی، راضیه؛ سجادیان، ایلناز؛ شعربافچی، محمدرضا. «اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان» *فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی سلامت*. دوره ۸، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۸: ۳۷-۵۲.
- ۲۰- شجاعی، فاطمه. «اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و هوش اخلاقی پرستاران». *دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و علوم انسانی، تهران*.
- 21-Huang, J., Lin, K., Fan, L., Qiao, S., & Wang, Y. (2021). The Effects of a Self-Compassion Intervention on Future-Oriented Coping and Psychological Well-being: a Randomized Controlled Trial in Chinese College Students. *Mindfulness*, 12(6), 1451-1458.
- 22-Brinthaup, T, M., Hein, M, B., & Kramer, T, E. (2009). The self talk scale: Development, Factor analysis and Validation. *Journal of Personality Assessment*, 91, 82- 92.
- ۵- شریفی، مهدی؛ محمدامین‌زاده، دانا؛ سلیمانی صفت، عرفان؛ سودمند، نسرین؛ یونس، سید جلال. «ارتباط بین تفکر قطعی‌نگر با احساس تنهایی و افسردگی در سالمندان»: *مجله سالمندی ایران*، دوره ۳ شماره ۲۱، بهار ۱۳۹۶: ۲۷۶-۲۸۷.
- ۶- کاوسی، علی؛ معینی قمچینی، وحید؛ بیکی، فروغ؛ خلیلی، غلامرضا؛ محمدی، غلامرضا؛ بیکی، فریبا. «بررسی رابطه باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی»، *نشریه پژوهش پرستاری*، دوره ۱ شماره ۱۲، زمستان ۱۳۹۶: ۳۵-۴۱.
- 7- Orvell, A., Vickers, B. D., Drake, B., Verduyn, P., Ayduk, O., Moser, J., ... & Kross, E. (2021). Does distanced self-talk facilitate emotion regulation across a range of emotionally intense experiences?. *Clinical Psychological Science*, 9(1), 68-78.
- 8- Furman, C. R., Kross, E., & Gearhardt, A. N. (2020). Distanced self-talk enhances goal pursuit to eat healthier. *Clinical Psychological Science*, 8(2), 366-373
- ۹- آقار، صدیقه؛ اکرمی، لیلا. «اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و شفقت به خود در مادران دارای کودک کم توان ذهنی خفیف». *دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. دوره ۲۰، شماره ۱، پیاپی ۳۸، بهار و تابستان ۱۴۰۱: ۴۵-۵۷.
- 10-Sagone, E & De Caroli, M. (2014). A Correlational Study on Dispositional Resilience, Psychological Wellbeing, and Coping Strategies in University Students. *American Journal of Educational Research*, 2(7), 463-471.
- 11-Loh, S, M, I., Schutte, N, S & Thorsteinsson, E, B. (2014). Be happy: The role of resilience between characteristic affect and symptoms of depression. *Journal Happiness Studies*, 15 (5), 1125- 1138
- 12-Masten, A. S. (2014). Ordinary majic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56(1), 227-238.
- 13-Manyena, B., Machingura, F& O'Keefe, P., (2019). Resilience Disaster Resilience Integrated Framework for Transformation (DRIFT): A new approach to theorizing and operationalizing Resilience. *World Development*, 123(1), 1-30

- ۲۳- خدایاری فرد، محمد؛ اکبری زردخانه، سعید؛ زینالی، شیرین. «فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی» دوره ۲، شماره ۲، بهار ۱۳۹۸: ۳۳-۵۴.
- ۲۴- فرازمنند، مهرانگیز؛ ابراهیمی، ساسان. «اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و تحمل ناکامی زنان نابارور». *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، دوره ۶۱، شماره ۱۶، زمستان ۱۳۹۷: ۳۲۰-۳۲۹.
- 25-Gillham, J. E., Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., Silver, T. (1990). *The Penn Resiliency Program. Unpublished manual*, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- 26-Gilbert, P. (Ed.). (2017). *Compassion: Concepts, research and applications*. Taylor & Francis.
- 27-Gilbert, P. (2015). *Compassion focused therapy. The Beginner's Guide to Counselling & Psychotherapy*, 127.
- ۲۸- برجعلی، محمود؛ رحمانی، سهیلا؛ ذاکرزاده، پریسا؛ زینالی، مریم. «اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان» *دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. دوره ۱۹، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۰: ۲۵-۳۲.
- ۲۹- حسینی قمی، طاهره؛ جهان‌بخشی، زهرا. «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی» *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، دوره ۹، شماره ۴، بهار ۱۳۹۸: ۳۷-۴۶.
- ۳۰- مهدوی، آزاده؛ رضایی، فرحناز؛ حیدری شرف، پریسا؛ طالبی، رضوان. «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب و افزایش سازگاری مادران دارای کودکان اختلال اوتیسم» *راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. دوره ۱، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۸: ۴۸-۳۶.
- 39-Orvell, A., Vickers, B. D., Drake, B., Verduyn, P., Ayduk, O., Moser, J., ... & Kross, E. (2021). Does distanced self-talk facilitate emotion regulation across a range of emotionally intense experiences?. *Clinical Psychological Science*, 9(1), 68-78.
- ۴۰- محمدپور، سمانه؛ تاجیک زاده، فخری؛ محمدی، نورالله. اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار

۴۷- برجعلی، محمود؛ رحمانی، سهیلا؛ ذاکرزاده، پریسا؛ زینالی، مریم. «اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان» دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت. دوره ۱۹، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۰: ۲۵-۳۲.

۴۸- کیامرثی، آذر؛ ظاهری فرد، مینا. «مقایسه شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش آموزان با و بدون کمال گرایی بالینی» فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت. دوره ۱۸، شماره ۱: ۴۲-۲۹

۴۹- شیرالی نیا، خدیجه؛ چلداوی، رحیم؛ امان‌الهی، عباس. «اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه» مجله روان‌شناسی بالینی. سال دهم، شماره ۱ (پیاپی ۳۷)، بهار ۱۳۹۷

50-Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Lascher, M., Litzinger, S., Shatte, A.J., & Seligman, M. E. P. (2006). School-Based Prevention of Depression and Anxiety Symptoms in Early Adolescence. A Pilot of a Parent Intervention Component. *School Psychology Quarterly*, 21(3): 323-348.

۵۱- خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ شکری، امید؛ مظاهری، محمدعلی؛ رحیمی‌نژاد، سید پیمان. «اثر بخشی برنامه تاب‌آوری پنسیلوانیا بر علائم افسردگی، اضطراب، استرس، نگرش‌های ناکارآمد و خوش‌بینی دانشجویان» فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، سال ۹، شماره ۴ (۳۶)، زمستان ۱۳۹۴، ۳۵-۱۹.

مبتلا به افسردگی. نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت. سال شانزدهم، شماره بهار و تابستان ۱۳۹۷: ۱۹۸-۱۸۷

41-Cousineau, T.M., Hobbs, L.M., & Arthur, K.C. The Role of Compassion and Mindfulness in Building Parental Resilience When

42-Caring for Children with Chronic Conditions: A Conceptual Model. *Frontier in Psychology*. 2019; 10(5):1602.

43-Cook, L., Mostazir, M., Watkins, E. Reducing Stress and Preventing Depression (RESPOND): Randomized Controlled Trial of Web-Based Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy for High-Ruminating University Students. *Journal of Medical Internet Research*. 2019; 21(5), 11349.

44-Robinson, S., Hastings, R.P., Weiss, J.A., & Pagavathsing, J. Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2017; 31(5), 129, DOI: 10.1111/jar.12423

45-Abela, JRZ., & Hankin, BL. Cognitive renewability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective. In: Abela JRZ, Hankin BL editors. Handbook of depression in children and adolescents. *New York: Guilford press*. 2007; p. 35-75

46-Margo-Dermer, E., Dépelteau, A., Girard, A., & Hudon, C. (2019). Psychological distress in frequent users of primary health care and emergency departments: a scoping review. *Public health*, 172, 1-7.

نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان

نویسندگان

سعید شاهانی^۱، احمد منصوری^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. saeid.sh97@gmail.com

۲. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: اگرچه رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی تأیید شده است، اما توجه اندکی به عوامل میانجی آن شده است. از این رو، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان بود.

روش: این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ بودند. دویست و دو نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی، نمونه پژوهش را تشکیل دادند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با استفاده از مقیاس شخصیت مرزی، سیاهه خود آسیب‌رسانی آگاهانه و تعددی و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان داده‌ها جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای اسپاس و لیزرل و همچنین روش‌های همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار (خودسرزنشگری، نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی، دیگرسرزنشگری) در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان نقش میانجی دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر افراد دارای صفات شخصیت مرزی به واسطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار خودزنی‌های غیرخودکشی را تجربه می‌کنند؛ از این رو مداخله‌های بالینی مرتبط با تنظیم هیجان می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از خودزنی‌های غیرخودکشی داشته باشند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۰۹/۱۳

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۱/۱۲/۰۹



کلیدواژه‌ها

تنظیم شناختی هیجان، خودزنی‌های غیرخودکشی، شخصیت مرزی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

mansoury_am@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

خودزنی غیرخودکشی^۱ رفتار آگاهانه‌ای (سوزاندن، بریدن، زدن و خراشیدن) است که بدون نیت خودکشی انجام و منجر به مرگ نمی‌شود اما باعث آسیب به بافت‌های بدن می‌شود. این رفتار به لحاظ اجتماعی و فرهنگی پذیرفته‌شده نیست و سبب اختلال در کارکردهای افراد می‌شود. خودزنی غیرخودکشی اغلب در اوایل نوجوانی شروع می‌شود و تا سال‌ها ادامه می‌یابد [۱]. اگرچه این رفتار در نوجوانی شروع می‌شود اما نقطه اوج بعدی آن ۲۰ تا ۲۴ سالگی و هم‌زمان با شروع تحصیل در دانشگاه است. از این رو دوره دانشگاه دوره‌ای پرخطر برای انجام خودزنی غیرخودکشی است و دانشجویان نسبت به جمعیت عمومی، بیشتر درگیر این رفتار می‌شوند [۲]. در همین راستا خودزنی غیرخودکشی با نرخ شیوع ۱۲ تا ۳۸ درصد یکی از نگرانی‌های عمده و یکی از مشکلات بهداشتی در حال افزایش در دانشجویان است [۳]. این رفتار پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت مختلفی از جمله عملکرد تحصیلی پایین، آسیب به بافت و اندام‌ها، اختلال‌های روان‌شناختی، هیجانی، افکار و رفتارهای خودکشی و افزایش خطر خودکشی را به دنبال دارد [۳، ۴، ۵]. رویدادهای استرس‌زای زندگی، طرح‌واره‌های ناسازگار، جنسیت زن، سابقه رفتارهای خودزنی و اقدام به خودکشی، اختلال سلوک، مصرف مواد، افسردگی و اضطراب، شخصیت مرزی، خواب، پریشانی روان‌شناختی، مقابله معنوی منفی، مشکلات ارتباطی و هیجانی، سبک‌های دل‌بستگی و شناختی، مشکل با والدین و همسالان و همچنین حمایت اجتماعی پایین جزء عوامل پیش‌بینی‌کننده یا مرتبط با خودزنی غیرخودکشی هستند [۶، ۷].

یکی دیگر از عوامل مرتبط با خودزنی غیرخودکشی، صفات یا ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی است [۸-۱۱]. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی درگیر رفتارهای خودتخریبی و خودآسیبی متنوعی از جمله خودزنی جسمی، مصرف مواد و الکل، رفتارهای جنسی تکانشی، الگوهای خوردن کنترل‌ناپذیر، فوران‌های خشم، تجزیه و اجتناب اجتماعی برای کاهش تحریک هیجانی می‌شوند [۱۲]. پژوهش‌های بالینی دریافته‌اند که نوجوانان مبتلا به

اختلال‌های روان‌شناختی اغلب درگیر خودزنی غیرخودکشی هستند. در این بین اختلال شخصیت مرزی به‌عنوان یکی از همبسته‌های قوی این رفتار مطرح شده است [۸]. اختلال شخصیت مرزی الگوی پایدار بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره و عواطف و همچنین تکانش‌گری قابل ملاحظه (مثل ولخرجی، رابطه جنسی، مصرف مواد، پرخوری، رانندگی بی‌احتیاط) تعریف شده است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد [۱]. علائم غیربالینی این اختلال به میزان زیادی در نوجوانان دارای خودزنی گزارش شده است [۸]. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بین علائم اختلال شخصیت مرزی و خودزنی غیرخودکشی در نوجوانان بیمار بستری [۸]، بزرگسالان دارای سابقه خودزنی غیرخودکشی [۹]، دانشجویان [۱۰] و افراد بستری در بخش روان‌پزشکی [۱۱] رابطه وجود دارد. یک مطالعه دیگر نشان داد که بین شخصیت مرزی و آسیب به خود^۲ نوجوانان دختر رابطه وجود دارد [۱۳].

اگرچه رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی تأیید شده است، اما کمتر به عوامل میانجی آن توجه شده است. راهبردهای تنظیم هیجان از اهمیت خاصی برای تنظیم هیجان‌ها یا احساس‌ها و همچنین حفظ کنترل هیجان‌ها و غرق‌نشدن در آنها طی یا بعد از رویدادهای تهدیدکننده و استرس‌زا برخوردار هستند [۱۴]. به نظر می‌رسد ناتوانی در تنظیم هیجان یکی از همبسته‌های مهم خودزنی غیرخودکشی در بزرگسالان است. خودزنی غیرخودکشی در خدمت تنظیم هیجان و کاهش عاطفه منفی است [۱۵]. اعتقاد بر این است که رفتارهای بدتنظیم‌شده‌ای مثل خودزنی غیرخودکشی راهبرد رفتاری آسیب‌زایی برای تنظیم هیجان هستند که در غیاب راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر استفاده می‌شوند [۵]. پرز^۳ و همکاران [۱۵] دریافتند که بین دو گروه با و بدون سابقه خودزنی غیرخودکشی در تنظیم هیجان تفاوت وجود دارد. همچنین مؤلفه دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده این رفتار است. پژوهش‌های دیگر دریافتند که بین راهبردها و توانایی تنظیم هیجان با خودزنی غیرخودکشی بزرگسالان [۹]، نوجوانان [۱۶] و

2. self-harm

3. Perez

1. non-suicidal self-injury

مداخله‌ای و در نتیجه کاهش پیامدهای منفی ضروری است [۲]؛ از این رو، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان بود.

روش پژوهش

نوع پژوهش

این پژوهش، به لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و به لحاظ شیوه جمع‌آوری داده‌ها جزء پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی بود.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ بود. دویست و دو نفر از دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی نمونه پژوهش را تشکیل دادند. حجم نمونه برای مدل‌هایی بین ۱۰ تا ۱۵ نشانگر اغلب بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ مورد است. از سوی دیگر پیشنهاد شده است به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده یا نشانگر حداقل ۱۵ مورد کفایت می‌کند [۲۱]. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت آنلاین انتخاب شدند. دانشجویان ۱۸ تا ۵۰ سال جزو ملاک‌های ورود بودند. عدم ابتلا به اختلال‌های شنوایی و بینایی و همچنین عدم ابتلا به اختلال‌های مرتبط با مواد جزو معیارهای خروج بودند. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و پرهیز از آسیب به شرکت‌کنندگان جزو ملاحظات اخلاقی بود.

ابزارهای پژوهش

الف- مقیاس شخصیت مرزی: ابزاری ۱۸ ماده‌ای است که ابتدا توسط کلاریدج و بروکز در سال ۱۹۸۴ برای ارزیابی علائم شخصیت مرزی ساخته شد، اما در سال ۲۰۰۱ توسط راولینگ و همکاران تجدیدنظر شده است. این مقیاس نشانه‌های ناامیدی و تکانش‌گری را می‌سنجد. هر یک از ماده‌های این مقیاس به صورت بلی (۱) یا خیر (۰) درجه‌بندی می‌شود. آنها اعتبار این مقیاس را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۰ گزارش کردند [۲۲]. محمدزاده و همکاران [۲۳] با افزایش شش ماده به ۱۸ ماده نسخه اولیه ابزاری ۲۴ ماده‌ای ساختند. آنها اعتبار این

جوانان مبتلا به افسردگی [۱۷] رابطه وجود دارد. هاتزوپولوس و همکاران [۲] گزارش کردند که بین ابعاد هیجان (واکنش هیجانی، شدت هیجان، درجاماندگی هیجانی) و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان رابطه وجود دارد.

اختلال شخصیت مرزی یکی از اختلال‌های مزمن روان‌شناختی است که سبب اختلال در تنظیم هیجان می‌شود [۱۲]. پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد بین صفت یا نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان [۱۸، ۱۹] رابطه وجود دارد. لطفی و همکاران [۲۰] نشان دادند که بین زندانیان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار تفاوت وجود دارد. نتایج پژوهش داروس^۱ و همکاران [۱۸] و همچنین یک مطالعه فراتحلیل و مروری [۱۲] نشان داد که علائم اختلال شخصیت مرزی با استفاده کمتر از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار (ارزیابی مجدد، پذیرش، حل مسئله) و استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار (سرکوب، اجتناب، نشخوار فکری) مرتبط است. اگرچه پژوهشی با عنوان نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان مشاهده نشد؛ اما کیان^۲ و همکاران [۱۷] دریافتند که راهبردهای تنظیم هیجان رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و رویدادهای استرس‌زای زندگی با خودزنی غیرخودکشی جوانان مبتلا به افسردگی را میانجی می‌کنند. سیلوا^۳ و همکاران [۳] نشان دادند که تنظیم هیجان میانجی رابطه بین روابط عاشقانه و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان هستند.

در مجموع، خودزنی غیرخودکشی یک رفتار بسیار شایع در بین دانشجویان است [۲، ۳]. اگرچه رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی تأیید شده است [۸-۱۱]، اما توجه اندکی به عوامل میانجی آن شده است. از سوی دیگر، افزایش دانش موجود درباره عوامل مرتبط با ایجاد و تداوم خودزنی غیرخودکشی برای شناسایی افراد در معرض خطر، گسترش رویکردهای پیشگیرانه و

1. Daros
2. Qian
3. Silva

۰/۹۴ = شاخص نیکویی برآزش و ۰/۰۵ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) و ۹ عاملی (۰/۹۸ = شاخص برآزش تطبیقی، ۰/۹۶ = شاخص برآزش نرم‌شده، ۰/۹۷ = شاخص برآزش نرم‌نشده، ۰/۹۸ = شاخص برآزش افزایشی، ۰/۹۴ = شاخص برآزش نسبی، ۰/۹۶ = شاخص نیکویی برآزش و ۰/۰۴ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) مناسب بوده است [۲۵]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار (۰/۸۲) و ناسازگار (۰/۷۷) مناسب بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مربوط به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار پس از حذف خرده‌مقیاس خودسرزنش‌گری (۰/۹۹ = برآزش تطبیقی، ۰/۹۷ = برآزش هنجاری، ۰/۹۷ = برآزش نرم‌نشده، ۰/۹۹ = برآزش افزایشی، ۰/۹۹ = نیکویی برآزش و ۰/۰۶۵ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) خوب بود.

ج) سیاهه خودآسیب‌رسانی آگاهانه و تعمدی: ابزار خودگزارشی ۱۷ ماده‌ای است که توسط گراتز ساخته شده است. این آزمون انواع رفتارهای خودزنی غیرخودکشی از جمله سوزاندن بدن با سیگار، خراشیدن و بریدن را بررسی می‌کند. هر یک از عبارات این پرسشنامه به‌صورت بلی (۱) و خیر (۰) درجه‌بندی می‌شود. وی اعتبار این ابزار را به روش همسانی درونی و بازآزمایی ۰/۸۳ و ۰/۶۸ گزارش کرد. همچنین نشان داد که این آزمون از روایی سازه، همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار است [۲۶]. در پژوهش قادری و همکاران [۲۷] و منصوری و همکاران [۷] اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۳ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پس از حذف سؤال‌های ۲، ۵، ۱۳ و ۱۴ (۰/۹۰ = برآزش تطبیقی، ۰/۹۱ = برآزش افزایشی، ۰/۹۱ = نیکویی برآزش، ۰/۰۸۷ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) رضایت‌بخش بود.

شیوه انجام پژوهش

ابتدا از بین هریک از دانشکده‌های علوم انسانی، معماری، فنی مهندسی و علوم پزشکی به ترتیب سه، یک، یک و یک کلاس انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌ها به‌صورت برخط در گروه‌های کلاسی آنها در شبکه‌های مجازی واتساپ و تلگرام قرار داده شدند و از آنها خواسته شد در صورت تمایل به سؤال‌ها پاسخ دهند.

مقیاس و خرده‌مقیاس‌های ناامیدی، تکانش‌گری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به تنیدگی را به روش همسانی درونی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶۴، ۰/۵۸ و ۰/۵۷ گزارش کردند. اعتبار آزمون-بازآزمون (با فاصله چهار هفته) این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۵۳، ۰/۷۲ و ۰/۵۰ بوده است. آنها دریافتند که این مقیاس دارای روایی هم‌زمان و افتراقی مطلوبی است [۲۳]. در پژوهش حاضر از ساختار دوعاملی مقیاس شخصیت مرزی راولینگ و همکاران استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های ناامیدی و تکانش‌گری به ترتیب برابر ۰/۸۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۵ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پس از حذف سؤال ۱۳ (۰/۹۱ = برآزش تطبیقی، ۰/۸۹ = برآزش نرم‌نشده، ۰/۹۱ = برآزش افزایشی، ۰/۸۵ = نیکویی برآزش، ۰/۰۸۸ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) رضایت‌بخش بود.

ب- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: ابزار خودگزارشی ۱۸ ماده‌ای است که توسط گارنفسکی و کرایچ تهیه شده است. پرسشنامه دارای ۹ خرده‌مقیاس خودسرزنش‌نگری، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنش‌گری است. این راهبردها به دو گروه سازگار (ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش) و ناسازگار (خودسرزنش‌گری، دیگرسرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی) تقسیم می‌شوند. مقیاس پاسخ‌دهی از نوع لیکرت پنج‌درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همواره) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار آن به روش همسانی درونی برای خرده‌مقیاس خودسرزنش‌گری ۰/۶۷ و برای بقیه خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ بوده است. همچنین، روایی قابل قبولی داشته است [۲۴]. اعتبار نسخه فارسی این آزمون برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ بوده است. آلفای کرونباخ برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار ۰/۸۲ و ۰/۷۴ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز برای ساختار دوعاملی (۰/۹۶ = شاخص برآزش تطبیقی، ۰/۹۴ = شاخص برآزش نرم‌شده، ۰/۹۵ = شاخص برآزش نرم‌نشده، ۰/۹۶ = شاخص برآزش افزایشی، ۰/۹۳ = شاخص برآزش نسبی،

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری «اس‌پی‌اس‌اس»، لیزرل و همچنین روش همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر ۲۲/۲۱ و ۲/۵۹ بود. صد و پنجاه و سه نفر از آنها زن (۷۵/۷ درصد) و ۴۹ نفر (۲۴/۳ درصد) مرد بودند. شرکت‌کنندگان شامل دانشجویان کارشناسی رشته‌های

علوم انسانی (۱۲۹ نفر، ۶۳/۹ درصد)، علوم پزشکی (۳۵ نفر، ۱۷/۳ درصد)، معماری (۲۰ نفر، ۹/۹ درصد) و فنی مهندسی (۱۸ نفر، ۸/۹ درصد) بودند. به ترتیب ۲۰ (۹/۹ درصد)، ۱۲۵ (۶۱/۹ درصد)، ۴۳ (۲۱/۳ درصد) و ۱۴ (۶/۹ درصد) نفر از آنها طبقه اجتماعی خود را متوسط رو به پایین، متوسط، متوسط رو به بالا و بالا گزارش کردند. متغیرهای پژوهش فاصله‌ای بودند. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن متغیرها و همچنین پیش‌فرض رابطه بین متغیرها به ترتیب از شاخص چولگی (جدول ۱) و روش همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۲).

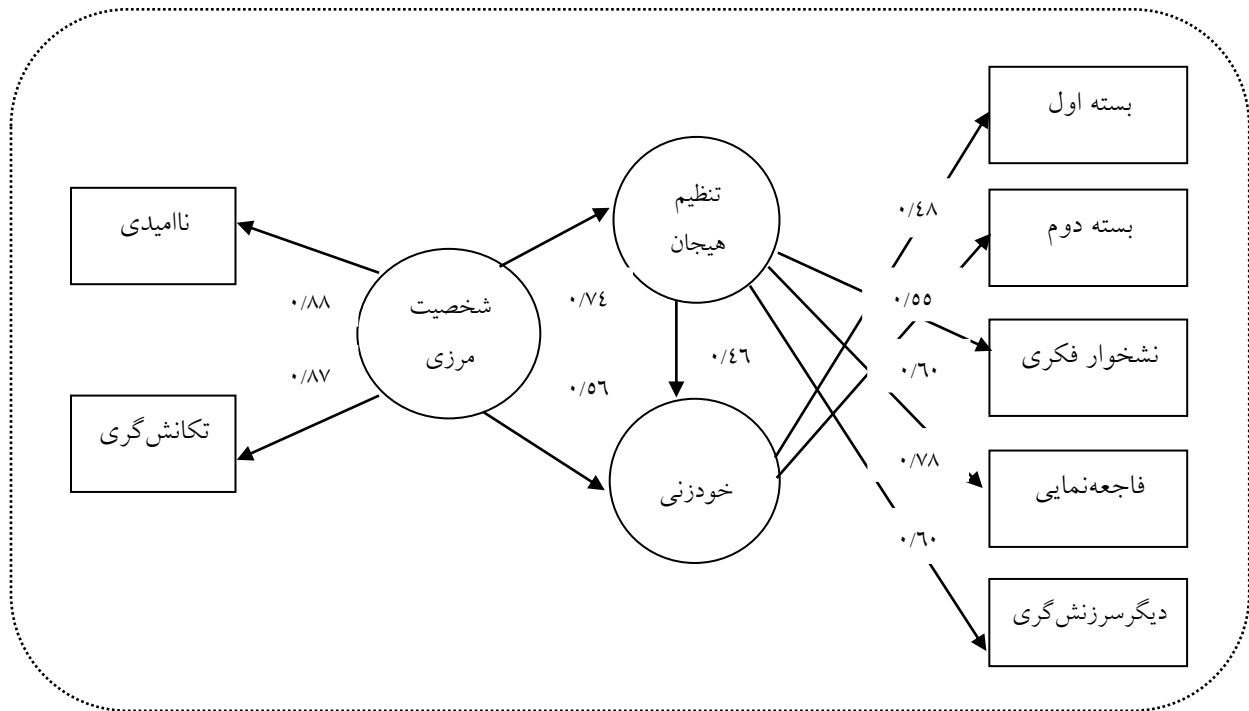
جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی		
شخصیت مرزی	ناامیدی	۲/۰۸	۱/۸۴	۰/۷۵	تنظیم هیجان ناسازگار	خودسرنزنگری	۵/۸۱	۱/۹۴	۰/۶۳
	تکانش‌گری	۲/۳۲	۱/۸۸	۰/۶۶		نشخوار فکری	۵/۲۱	۱/۶۳	۰/۸۲
	نمره کل	۴/۴۰	۳/۴۹	۰/۷۳		فاجعه‌نمایی	۳/۱۱	۱/۱۴	۰/۸۰
خودزنی غیر خودکشی	بسته اول	۰/۱۵	۰/۳۸	۲/۱۴	دیگر سرنزنگری	۴/۳۰	۰/۹۹	۰/۵۶	
	بسته دوم	۰/۲۴	۰/۴۶	۱/۴۹	نمره کل	۱۸/۴۴	۴/۰۳	۰/۸۰	
نمره کل	۰/۳۹	۰/۶۷	۱/۷۲						

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	ناامیدی	تکانش‌گری	صفات شخصیت مرزی	خودسرنزنگری	نشخوار فکری	فاجعه‌نمایی	دیگر سرنزنگری	تنظیم هیجان	بسته اول	بسته دوم	غیر خودکشی
ناامیدی	-										
تکانش‌گری	۰/۷۶**	-									
صفات شخصیت مرزی	۰/۹۳**	۰/۹۴**	-								
خودسرنزنگری	۰/۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۲	-							
نشخوار فکری	۰/۳۵**	۰/۳۵**	۰/۳۷**	۰/۴۵**	-						
فاجعه‌نمایی	۰/۵۲**	۰/۴۶**	۰/۵۲**	۰/۰۷	۰/۴۹**	-					
دیگر سرنزنگری	۰/۴۱**	۰/۴۷**	۰/۴۷**	۰/۰۸	۰/۳۵**	۰/۴۴**	-				
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۰/۴۳**	۰/۷۱**	۰/۸۵**	۰/۶۳**	۰/۵۵**	-			
بسته اول	۰/۴۱**	۰/۳۵**	۰/۴۰**	۰/۰۰۲	۰/۳۳**	۰/۳۲**	۰/۱۶*	۰/۲۶**	-		
بسته دوم	۰/۴۰**	۰/۴۵**	۰/۴۵**	۰/۰۴	۰/۲۵**	۰/۳۹**	۰/۳۰**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	-	
خودزنی غیر خودکشی	۰/۵۰**	۰/۵۱**	۰/۵۴**	۰/۰۳	۰/۳۶**	۰/۴۵**	۰/۳۰**	۰/۳۶**	۰/۷۴**	۰/۸۳**	-

**P<۰/۰۱، *P<۰/۰۵



شکل ۱. مدل برازش‌شده مربوط به نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیر خودکشی

جدول ۳. اثرات مستقیم و غیرمستقیم مربوط به متغیرهای پژوهش

اثرات	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	Es	β	t	p
مستقیم	شخصیت مرزی	خودزنی غیر خودکشی	0.157	0.156	2/92	<0.01
	شخصیت مرزی	تنظیم شناختی هیجان	0.175	0.174	6/83	<0.01
	تنظیم شناختی هیجان	خودزنی غیر خودکشی	0.47	0.46	2/25	<0.05
غیرمستقیم	شخصیت مرزی	خودزنی غیر خودکشی از طریق تنظیم شناختی هیجان	0.35	0.34	2/24	<0.05

بر اساس نتایج جدول ۳ می‌توان گفت که اثر مستقیم نشانه‌های شخصیت مرزی بر خودزنی غیر خودکشی و تنظیم شناختی هیجان به ترتیب 0.156 و 0.174 است. همچنین اثر

نتایج مربوط به چولگی توزیع داده‌ها نشان داد که تمام متغیرهای پژوهش به‌جز نمره کل خودزنی و بسته اول مربوط به خودزنی غیر خودکشی نرمال هستند؛ از این رو داده‌های مربوط به این دو متغیر به روش وارون^۱ تبدیل شدند [۲۱]. نتایج جدول ۲ نیز نشان می‌دهد که بین صفات شخصیت مرزی با خودزنی غیر خودکشی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($p < 0.05$). همچنین بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودزنی غیر خودکشی رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($p < 0.05$). در شکل ۱ و جدول ۳ نتایج حاصل از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری ارائه شده است.

شکل ۱ نشان می‌دهد که نشانه‌های شخصیت مرزی به‌طور مثبت و معناداری پیش‌بینی‌کننده تنظیم شناختی هیجان ناسازگار ($\beta = 0.175, p < 0.05, t = 6.83$) و خودزنی‌های غیر خودکشی ($\beta = 0.34, p < 0.05, t = 2.92$) است. تنظیم شناختی هیجان ناسازگار ($\beta = 0.47, p < 0.05, t = 2.25$) به‌طور مثبت و معناداری پیش‌بینی‌کننده خودزنی‌های غیر خودکشی است. در جدول ۳ اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه شده است.

1. invers

شخصیت مرزی [۱۸] و زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [۲۰] رابطه وجود دارد. آنها نشان دادند که علائم اختلال شخصیت مرزی با استفاده کمتر از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار و استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار مرتبط است [۱۲، ۱۸].

نتایج این پژوهش نشان داد که تنظیم شناختی هیجان میانجی رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان است. اگرچه پژوهشی همسو با این یافته‌ها مشاهده نشد اما سایر پژوهش‌ها دریافتند که تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان میانجی رابطه بین روابط عاشقانه و خودزنی غیرخودکشی دانشجویان [۳] و همچنین رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و رویدادهای استرس‌زای زندگی با خودزنی غیرخودکشی جوانان مبتلا به افسردگی [۱۷] هستند. قادری و همکاران [۲۷] نشان دادند که خودانتقادی و تحمل پریشانی میانجی رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و رفتارهای خودزنی غیرخودکشی هستند. آنها در یک مطالعه دیگر [۲۸] دریافتند که تنظیم هیجان و تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی میانجی رابطه بین بدرفتاری دوره کودکی و خودزنی غیرخودکشی نوجوانان هستند. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت افراد با صفات اختلال شخصیت مرزی (ناامیدی و تکانش‌گری) به‌واسطه استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار (نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری) در معرض خطر بیشتری برای انجام رفتارهای آسیب‌زا از جمله خودزنی غیر خودکشی قرار دارند. مدل تنظیم عاطفه بیان می‌کند که خودزنی غیرخودکشی یک راهبرد ناسازگار برای مقابله با هیجان‌ها و عواطف منفی است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به سبب بی‌ثباتی عاطفی و هیجانی در کنترل هیجان‌های منفی خود ناتوان هستند. این ناتوانی در کنترل هیجان‌های منفی آنها را مستعد ابتلا و تداوم خودزنی غیرخودکشی برای تنظیم هیجان می‌کند [۲۹]. مدل تجزیه نیز پیشنهاد می‌کند که خودزنی غیرخودکشی برای تنظیم هیجان است اما این کار را به‌واسطه تعامل با رفتار تجزیه‌ای انجام می‌دهد [۳۰]. داروس و ویلیامز [۱۲] معتقدند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از راهبردهای سازگار کمتر و در مقابل از راهبردهای ناسازگار بیشتر استفاده می‌کنند. دشواری در انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان کارآمدتر

مستقیم تنظیم شناختی هیجان بر خودزنی غیرخودکشی ۰/۴۶ است. از سوی دیگر اثر غیرمستقیم نشانه‌های شخصیت مرزی بر خودزنی غیرخودکشی از طریق تنظیم شناختی هیجان ۰/۳۴ است. شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم‌نشده، برازش افزایشی، نیکویی برازش و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب برای مدل برازش‌شده به ترتیب برابر (P=۰/۰۲۸) ۲۱/۵۱، ۰/۹۸، ۰/۹۷، ۰/۹۷، ۰/۹۹، ۰/۹۷ و ۰/۶۹ بود؛ بنابراین می‌توان استنباط کرد که مدل نهایی از برازش خوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان بود. نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های قبلی نشان داد که بین صفات یا اختلال شخصیت مرزی [۸-۱۱، ۱۳] و راهبردهای تنظیم هیجان [۳، ۹، ۱۵-۱۷] با خودزنی غیرخودکشی رابطه وجود دارد. پژوهش‌های فوق نشان دادند که بین علائم اختلال شخصیت مرزی و خودزنی غیرخودکشی در نوجوانان بیمار بستری [۸]، بزرگسالان دارای سابقه خودزنی غیرخودکشی [۹]، دانشجویان [۱۰] و افراد بستری در بخش روان‌پزشکی [۱۱] رابطه وجود دارد. همچنین نشان دادند که ابعاد شخصیت مرزی از جمله ناامیدی، تکانش‌گری و علائم تجزیه‌ای و پارانویائی مرتبط با استرس و آسیب به خود نوجوانان دختر مرتبط هستند [۱۳]. پرز و همکاران [۱۵] دریافتند که افراد دارای سابقه خودزنی غیرخودکشی ناتوانی بیشتری در تنظیم هیجان دارند. پژوهش‌های دیگر دریافتند که بین راهبردها و توانایی تنظیم هیجان با خودزنی غیرخودکشی بزرگسالان [۹]، نوجوانان [۱۶] و جوانان مبتلا به افسردگی [۱۷] رابطه وجود دارد. همچنین ابعاد هیجان (واکنش هیجانی، شدت هیجان و درج‌اماندگی هیجانی) با خودزنی غیرخودکشی دانشجویان مرتبط هستند [۲]. در پژوهش حاضر یافته‌های قبلی [۱۲، ۱۸-۲۰] مبنی بر رابطه بین صفات یا اختلال شخصیت مرزی و راهبردهای تنظیم هیجان تکرار شد. این پژوهش‌ها نشان دادند بین صفات و علائم اختلال شخصیت مرزی و راهبردهای تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال

(نشخوار فکری) و افکار مربوط به جنبه‌های وحشتناک تجارب خود (فاجعه‌نمایی) مشکلات بیشتری در تنظیم هیجان خود دارند. این افراد در غیاب راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مؤثر در معرض خطر بیشتری برای انجام رفتارهای بدتنظیم‌شده‌ای مثل خودزنی غیرخودکشی قرار می‌گیرند. بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های شناختی مثل نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری افراد را نسبت به مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرتر می‌کند [۲۴].

خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار (نشخوار فکری، فاجعه‌نمایی، دیگرسرزنش‌گری) میانجی رابطه بین صفات شخصیت مرزی (نامیدی، تکانش‌گری) و خودزنی‌های غیرخودکشی دانشجویان هستند. نتایج پژوهش حاضر از نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار در رابطه بین صفات شخصیت مرزی و خودزنی غیرخودکشی حمایت می‌کند. بر اساس این نتایج افراد دارای صفات شخصیت مرزی به‌واسطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار خودزنی‌های غیرخودکشی را تجربه می‌کنند؛ از این رو مداخله‌های بالینی مرتبط با تنظیم هیجان می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از خودزنی‌های غیرخودکشی داشته باشند. پژوهش حاضر دارای چند محدودیت است. ابتدا، در این پژوهش برای بررسی روابط علی از پژوهش‌های مقطعی و توصیفی از نوع همبستگی استفاده شد. پژوهش‌های آتی می‌توانند با استفاده از طرح‌های طولی اطلاعات دقیق‌تری در مورد روابط علی متغیرها ارائه کنند. دوم، برای بررسی متغیرهای پژوهش از ابزارهای خودگزارشی استفاده شد. در این موارد احتمال سوگیری شرکت‌کنندگان وجود دارد؛ از این رو استفاده از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مثل مصاحبه یا تکالیف آزمایشی می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری را فراهم سازد. سوم، محدودبودن نمونه پژوهش به دانشجویان مقطع کارشناسی تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند، از این رو پژوهش‌های بعدی را می‌توان در مورد نمونه‌های بالینی و گروه‌های سنی مختلف انجام داد.

تقدیر و تشکر

از همکاری کلیه دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

تلاش‌های موفقیت‌آمیز آنها را در کوتاه‌مدت محدود می‌کند و بدتنظیمی هیجانی را در بلندمدت تداوم می‌بخشد. افراد مبتلا به این اختلال به احتمال بیشتری به تجارب هیجانی منفی، علائم پریشان‌کننده و برانگیختگی جسمی بالای خود ادامه می‌دهند و در معرض خطر بیشتری برای درگیری در رفتارهای آسیب‌زا به علت استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد قرار دارند. در همین راستا اعتقاد بر این است که رفتارهای بدتنظیم‌شده‌ای مثل مصرف الکل و خودزنی غیرخودکشی راهبردهای رفتاری آسیب‌زایی برای تنظیم هیجان هستند که در غیاب راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر انجام می‌شوند [۵]. به عبارت دیگر، افراد تمایل به استفاده از رفتار خودزنی غیرخودکشی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر به سبب فقدان سایر روش‌های مقابله‌ای دارند [۱۶]. لذا به نظر می‌رسد خودزنی غیرخودکشی در خدمت تنظیم هیجان و کاهش عاطفه منفی است [۵، ۱۲، ۱۵، ۲۹].

طبق مدل اجتناب تجربه‌ای آسیب به خود [۳۰] خودزنی غیرخودکشی یک رفتار یا راهبرد به گونه منفی تقویت‌شده برای کاهش یا خاتمه پاسخ‌های هیجانی است. رهایی موقت از پاسخ‌های هیجانی شدید خودزنی غیرخودکشی را تقویت می‌کند و همچنین احتمال انجام این رفتار را در شرایط مشابه آتی افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر، اگرچه خودزنی غیرخودکشی در ابتدا برای تسکین پریشانی هیجانی در لحظه حال مؤثر است اما تسکین ایجادشده موقتی است و استفاده مکرر از آن برای اجتناب از هیجان‌ها، پیامدهای هیجانی متناقضی دارد. برای مثال استفاده مکرر از این رفتار به‌طور هم‌زمان پریشانی هیجانی را افزایش می‌دهد و اطمینان به توانایی تنظیم مؤثر پریشانی را کاهش می‌دهد [۳۱]. دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده خودزنی غیرخودکشی نوجوانان مبتلا به بیماری‌های روان‌شناختی است. در این حالت افراد باور دارند که راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر نیستند، هیجان‌های منفی طاقت‌فرسا هستند و ادامه پیدا خواهند کرد [۱۵]. بر این اساس به نظر می‌رسد دانشجویان دارای صفات شخصیت مرزی (نامیدی و تکانش‌گری) به‌واسطه سرزنش محیط یا دیگران به خاطر آنچه تجربه کرده‌اند (دیگر سرزنش‌گری)، فکر کردن یا تمرکز مکرر بر افکار و هیجان‌های منفی مرتبط با تجربه‌ها یا رویدادهای منفی

- 10-Brickman LJ, Ammerman BA, Look AE, Berman ME, McCloskey MS. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014;1:14.
- 11-Kaess M, Brunner R, Parzer P, et al. Association of adolescent dimensional borderline personality pathology with past and current nonsuicidal self-injury and lifetime suicidal behavior: A clinical multicenter study. *Psychopathology.* 2016;49(5):356-363.
- 12-Daros AR, Williams GE. A Meta-analysis and systematic review of emotion-regulation strategies in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry.* 2019;27(4):217-232.
- 13-Ghomoushi F, Sobhi A, Kiani Q, Ahmadi MS. The relationship of emotional child abuse, borderline personality, and self-harm behavior with the mediating role of object relation in female adolescents. *Int J School Health.* 2022;9(1):26-35.
- 14-Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cogn Emot.* 2018;32(7):1401-1408.
- 15-Perez J, Venta A, Garnaat S, Sharp C. The difficulties in Emotion Regulation Scale: Factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. *J Psychopathol Behav Assess.* 2012;34(3):393-404.
- 16-Lan Z, Pau K, Md Yusof H, Huang X. The effect of emotion regulation on non-suicidal self-injury among adolescents: The mediating roles of sleep, exercise, and social support. *Psychol Res Behav Manag.* 2022;15:1451-1463.
- 17-Qian H, Shu C, Feng L, Xiang J, Guo Y, Wang G. Childhood maltreatment, stressful life events, cognitive emotion regulation strategies, and non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with first-episode depressive disorder: Direct and indirect pathways. *Front Psychiatry.* 2022;13:838693.
- 18-Daros AR, Guevara MA, Uliaszek AA, McMain SF, Ruocco AC. Cognitive emotion regulation strategies in borderline personality disorder: Diagnostic comparisons and associations with potentially harmful behaviors. *Psychopathology.* 2018;51(2):83-95.
- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
- 2- Hatzopoulos K, Boyes M, Hasking P. Relationships between dimensions of emotional experience, rumination, and nonsuicidal self-injury: An application of the emotional cascade model. *J Clin Psychol.* 78(4):692-709.
- 3- Silva E, Machado BC, Moreira CS, Ramalho S, Gonçalves S. Romantic relationships and nonsuicidal self-injury among college students: The mediating role of emotion regulation. *J Appl Dev Psychol.* 2017;50:36-44.
- 4- Nagy LM, Shanahan ML, Seaford SP. Nonsuicidal self-injury and rumination: A meta-analysis [published online ahead of print, 2022 May 31]. *J Clin Psychol.* 2022;10.1002/jclp.23394.
- 5- Hasking P, Claes L. Transdiagnostic mechanisms involved in nonsuicidal self-injury, risky drinking and disordered eating: Impulsivity, emotion regulation and alexithymia. *J Am Coll Health.* 2020;68(6):603-609.
- 6- Boduszek D, Debowska A, Ochen EA, et al. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempt among children and adolescents: Findings from Uganda and Jamaica. *J Affect Disord.* 2021;283:172-178.
- 7- Mansouri M, Tarimoradi A, Mansouri A, Zam F, Bolghan-Abadi M. Predicting of nonsuicidal self-injury in adolescents using stressful life events, maladaptive schema and spiritual coping. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences;* 2022;10(1):141-153. [In Persian].
- 8- Hatkevich C, Mellick W, Reuter T, Temple JR, Sharp C. Dating violence victimization, nonsuicidal self-injury, and the moderating effect of borderline personality disorder features in adolescent inpatients. *J Interpers Violence.* 2020;35(15-16):3124-3147.
- 9- Spitzen TL, Tull MT, Baer MM, Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Gratz KL. Predicting engagement in nonsuicidal self-injury (NSSI) over the course of 12 months: the roles of borderline personality disorder pathology and emotional consequences of NSSI. *J Affect Disord.* 2020;277:631-639.

- 26-Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess.* 2001; 23(4):253-263.
- 27-Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri S, Mansoori A, Shahabizadeh F. The mediating role of self-criticism and distress tolerance in relationship between attachment styles and non-suicidal self-injury behaviors in adolescents. *RBS.* 2020;17(4):552-537. [In Persian].
- 28-Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri S, Mansouri A, Shahabizadeh F. The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *Int Arch Health Sci* 2020;7:96-103.
- 29-Peters EM, John A, Baetz M, Balbuena L. Examining the role of borderline personality traits in the relationship between major depression and nonsuicidal self-injury. *Compr Psychiatry.* 2018;86:96-101.
- 30-Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006;44(3):371-394.
- 31-Gratz KL, Spitz TL, Tull MT. Expanding our understanding of the relationship between nonsuicidal self-injury and suicide attempts: The roles of emotion regulation self-efficacy and the acquired capability for suicide. *J Clin Psychol.* 2020;76(9):1653-1667.
- 19-McLachlan J, Mehdikhani M, Larham B, Centifanti LCM. Borderline personality traits and emotion regulation strategies in adolescents: The role of implicit theories. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;53(5):899-907.
- 20-Lotfi M, Amini M, Fathi A, Karami A, Ghiasi S, Sadeghi S. Cognitive emotion regulation strategies in prisoners with borderline personality disorder. *PCP.* 2018;6(3):153-158.
- 21-Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. LA: Sage; 2016.
- 22-Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Pers Individ Differ.* 2001; 31(3):409-419.
- 23-Mohammadzadeh A, Goodarzi A, Taghavi R, Mollazadeh J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz University Students. *JFMH.* 2006; 7(28):75-89. [In Persian]
- 24-Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Differ.* 2006; 41(6):1045-1053.
- 25-Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. Moderating and mediating role of spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies in the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of generalized anxiety disorder: Developing a conceptual model. *J Res Behav Sci* 2018;16(2):130-42. [In Persian].

نقش ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی در پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی

نویسندگان

لقمان ابراهیمی^{۱*}، مجید الماسی^۲

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.
majid.almasi75@gmail.com

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی بر عاطفه مثبت و منفی است.

روش: روش این پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی بود. جامعه آماری آن شامل تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه زنجان با دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ است. ۲۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های پنج‌عامل بزرگ (مک کری و کوستا، ۱۹۸۵)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴)، مقیاس اجتناب‌شناختی (سکستون و داگاس ریا، ۲۰۰۴) و مقیاس عاطفه مثبت و منفی (واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۹) جمع‌آوری شدند. یافته‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد روان‌رنجورخویی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب و تبدیل تصور به فکر رابطه مثبت و معنادار و برون‌گرایی، بازبودن به تجربه، موافق‌بودن و وظیفه‌شناسی رابطه منفی و معناداری با عاطفه منفی دارند. علاوه‌براین برون‌گرایی، موافق‌بودن، وظیفه‌شناسی و اجتناب رابطه مثبت و معنادار و همچنین روان‌رنجورخویی، دشواری در شناسایی احساس و دشواری در توصیف احساس رابطه منفی و معناداری با عاطفه مثبت وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی در عواطف مثبت و منفی تأثیرگذار هستند و بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت شخصیت‌های مختلف و افراد دچار ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی به میزان نابرابری عواطف مختلف را تجربه می‌کنند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۰۶/۰۹

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۱/۱۱/۰۵



کلیدواژه‌ها

ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی، اجتناب‌شناختی، عاطفه مثبت و منفی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

L.ebrahimi@znu.ac.ir

مقدمه

یکی از جنبه‌های روان‌شناختی افراد که در معاینه وضعیت روانی آنها مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد، عاطفه است. عاطفه نمود بیرونی هیجان است [۱]. که از جلوه‌های رفتار فرد استنباط می‌شود و ممکن است با خلق هماهنگ باشد یا نباشد. جلوه‌هایی از عاطفه را می‌توان در حالات چهره، لحن صدا و حرکات بدنی مشاهده کرد [۲]. عواطف، یکی از جنبه‌های رفتار انسان است و از آن جهت سودمند است که فعالیت‌های آنان را به سوی هدفی متوجه می‌سازد و بنابراین انسان را وادار به انجام کارهایی می‌کند که برای بقای او سودمند بوده و از انجام کارهایی که بقای او را به خطر می‌اندازد آگاه می‌کند؛ از این رو در بهبود کیفیت زندگی و عملکرد افراد نقش به‌سزایی ایفا می‌کند [۳]. عواطف به دو بعد مثبت و منفی تقسیم می‌شوند. عاطفه مثبت را می‌توان حالتی لذت‌بخش با محیطی که احساسات را برانگیخته می‌کند، از قبیل شادکامی، لذت، برانگیختگی، شوق و اشتیاق و خرسندی دانست [۴]. این نوع از عاطفه دربرگیرنده طیف گسترده‌ای از حالت‌های خلقی مثبت، از جمله شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، تمایل و اعتمادبه‌نفس است. مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که عاطفه مثبت برای سلامتی مفید است و با زندگی طولانی‌تر و سلامتی همراه است [۵]. درحالی‌که عاطفه منفی دارای یک بُعد عمومی از ناامیدی درونی و عدم اشتغال به کار لذت‌بخش است و به دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید [۶]. نمره بالا در این مقیاس با رفتارهای تکانشی، رفتارهای پرخطر و شدت رفتارهای پرخطر دیگر هم‌بستگی معناداری دارد [۷].

الکسی تایمیا یا ناگویی هیجانی یکی از اختلالات ناخوشایند هیجانی است که با عاطفه منفی رابطه دارد، و عبارت است از دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی و ناتوانی در پردازش‌شناختی اطلاعات [۸]. ناگویی هیجانی سازه‌ای چندوجهی شامل: ۱- دشواری در شناسایی و توصیف احساسات؛ ۲- دشواری در تمایزگذاری بین احساسات و حواس جسمانی ناشی از برانگیختگی هیجانی؛ ۳- محدودیت در پردازش تصویری که توسط نارسایی در خیال‌پردازی درک می‌شود و ۴- سبک‌شناختی با

جهت‌گیری بیرونی است [۹]. وقتی فردی در توانایی شناسایی و پردازش و تنظیم هیجانات با نارسایی‌هایی روبه‌رو باشد، در ابراز هیجان که در ناگویی هیجانی دیده می‌شود دشواری‌هایی را تجربه خواهد کرد [۱۰]. افراد مبتلا دارای چهره خشک و رسمی و فاقد هرگونه جلوه‌های عاطفی چهره هستند، در شناسایی هیجان از چهره دیگران دچار مشکل می‌شوند و استعداد ضعیفی برای همدلی و خودآگاهی دارند. این افراد اضطراب و تنش خود را اساساً از طریق نشانه‌های جسمانی آشکار می‌کنند [۱۱]. همچنین این افراد در یافتن کلمات مناسب برای توصیف احساسات و بیان هیجان‌اتشان ناتوان‌اند و این مسئله در بسیاری از بیماران روان‌تنی مشاهده می‌شود [۱۲]. الکسی تایمیا در بسیاری از بیماران روان‌تنی (سایکوسوماتیک) مشاهده می‌شود شکایت اصلی بیماران هنگام مراجعه به پزشک الکسی تایمیا نیست، بلکه این مشکل را در جسم بیمار خود نشان می‌دهند و به‌جای توصیف احساسات خود به شرح جزئیات می‌پردازند؛ این افراد تمایل دارند در عوض بیان هیجانات به توصیف وقایع محیطی بپردازند [۱۳]. آگاهی‌های هیجانی ضعیف و فرایندهای شناختی معیوب در زمینه عواطف افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، به برانگیختگی فیزیولوژیک طولانی‌مدت و واکنش‌های عصبی و فشارهای روانی منجر می‌شود [۱۴]. رابطه مثبت بین ناگویی هیجانی، افسردگی و اضطراب (به‌عنوان اختلالات مرتبط با عاطفه منفی) در بیماران سایکوسوماتیک در مطالعات تأیید شده است [۱۵]. از سوی دیگر ناگویی خلقی، نشانه‌های درونی ناخوشایند را تقویت می‌کند و منجر به عاطفه منفی می‌شود. افرادی که خلق منفی دارند نشانه‌های محیطی را با حساسیت زیاد دریافت می‌کنند و عاطفه مثبت نیز در برداشت ایمن از محیط، نقش مثبتی دارد؛ همچنین عاطفه منفی در ظرفیت شناختی افراد و در نامتعادل‌سازی هیجانی نقش دارد [۱۶].

یکی از سازه‌های روان‌شناختی که بر عاطفه افراد تأثیرگذار بوده، اجتناب‌شناختی است. اجتناب‌شناختی شامل پاسخ‌هایی با هدف انکار یا به حداقل رساندن بحران و عواقب آن است و یا می‌تواند پذیرفتن موقعیت با این باور که شخص نمی‌تواند شرایط را تغییر دهد باشد که شامل سرزنش خود و دیگران برای رویدادهای مختلف، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، ارزیابی مجدد و تمرکز مجدد روی برنامه‌هاست [۱۷]. اجتناب‌شناختی، انواعی از راهبردهای

ذهنی است که بر اساس آن افراد تفکرات خویش را در جریان ارتباطات اجتماعی تغییر می‌دهند [۱۸]. انواع راهبردهای آن عبارت‌اند از: حواس‌پرتی، فرونشانی فکر، جانشینی فکر، اجتناب از محرک‌های تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر [۱۹]. در صورتی که برداشت افراد از موقعیت‌ها به شکل مبهم و تهدیدآمیز باشد به اجتناب‌شناختی از آن رویداد روی می‌آورند و امکان دارد که سلامت روانی خود را در معرض خطر قرار دهند که همین امر منجر به تجربه عاطفه منفی در این افراد می‌شود. در ادامه مطالب بالا می‌توان گفت افراد روان‌رنجور، عاطفه منفی تجربه می‌کنند و سلامت روان‌شناختی خود را در معرض خطر قرار می‌دهند [۲۰] و [۲۱]. هرچقدر افراد تلاش کنند که افکار منفی را سرکوب کنند باعث تولید اثر متناقض خواهد شد و دوره معیوبی از افکار نگران‌کننده شکل می‌گیرد که این افکار منفی بر عواطف منفی آنها اثر گذاشته و زمینه را برای نابهنجاری‌های رفتاری آماده می‌کند [۲۲].

یکی از متغیرهایی که با عواطف منفی و مثبت در ارتباط است شخصیت است. مفهوم شخصیت در بین محققان و روان‌شناسان همیشه مورد چالش واقع شده و تعاریف متعددی از آن ارائه شده است؛ گرچه همه نظریه‌پردازان با تعریف واحدی از آن توافق ندارند اما در نگاه کلی: ویژگی‌های شخصیتی به تفاوت‌های فردی در نحوه رفتار، احساس و عمل اشاره می‌کند که در دوران کودکی تا بزرگسالی و همچنین در طول دوران بزرگسالی، نسبتاً پایدار هستند [۲۳]. ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند الگویی برای پیش‌بینی رفتار و حالت‌های روانی افراد فراهم آورد و همین ویژگی‌های شخصیتی است که نشان می‌دهد چرا برخی از افراد بهتر از سایرین با شرایط و متغیرهای محیطی برخورد می‌کنند [۲۴]. این پنج عامل (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، توافق‌پذیری، تجربه‌گرایی و وجدان‌گرایی) چارچوبی را برای تبیین تفاوت‌های فردی از نظر شخصیتی فراهم می‌آورد [۲۵]. تحقیقات نشان داده است که روان‌رنجور خوبی با سطح بالایی از عاطفه منفی و سطح پایینی از عاطفه مثبت همراه است و همچنین سطوح بالایی از روان‌رنجور خوبی و گشودگی به تجربه با سطح بالایی از استرس همراه است؛ از سوی دیگر سطح بالای وجدان-توافق و برون‌گرایی با عوامل استرس‌زا کمتر در ارتباط است همچنین سطح بالایی از سازگاری با استرس پایین و با

ارزیابی پایین از خطر همراه است [۲۶]. در راستای این پژوهش مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که برون‌گرایی، بازبودن به تجربه، توافق و با وجدان‌بودن، و با معنادر کردن زندگی و در ادامه آن با تجربه عاطفه مثبت، هم‌بستگی مثبتی وجود دارد و از سوی دیگر بین روان‌رنجوری و با معنادر کردن زندگی و عاطفه مثبت، هم‌بستگی منفی وجود دارد [۲۷]. رابطه بین عاطفه مثبت و برون‌گرایی، مثبت و معنادار است و رابطه بین عاطفه مثبت با روان‌رنجوری، منفی و معنادار است. رابطه بین عاطفه منفی با روان‌رنجوری و سازگاری مثبت و معنادار است و رابطه بین عاطفه منفی با گشودگی و وظیفه‌شناسی منفی و معنادار است [۲۸]. همچنین اثر برون‌گرایی، گشودگی به تجربه و وظیفه‌گرایی بر عاطفه مثبت به‌صورت مثبت و معنادار است؛ و اثر روان‌نژندگرایی بر عاطفه مثبت به‌صورت منفی و معنادار و بر عاطفه منفی به‌صورت مثبت و معنادار بود [۲۹]. در تحقیق عبدی و همکاران (۱۳۹۳) بین ناتوانی در شناسایی هیجان و عاطفه منفی، مهارت‌گسیختگی و روان‌پریش‌خویی روابط معناداری وجود دارد [۳۰]. بین ناتوانی در توصیف هیجان با عاطفه منفی، گسلسش، مهارت‌گسیختگی و روان‌پریش‌خویی و همچنین بین تفکر عینی با تمام ابعاد نابهنجار شخصیت رابطه مثبت و معناداری را نشان دادند. بشارت و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که عاطفه مثبت و عاطفه منفی، در دو جهت متضاد، در رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد نقش تعدیل‌کننده دارند [۳۱]. پژوهشی که عطادخت و همکاران (۱۳۹۸) انجام دادند نشان دادند که اضطراب حالت و صفت پرستاران با متغیر اجتناب‌شناختی رابطه منفی و معناداری داشت [۳۲]. نتایج پژوهش قلی‌پور و همکارانش (۱۳۹۷) بیانگر این بود که بین سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده با عاطفه مثبت و منفی رابطه معنادار وجود دارد [۳۳]. همچنین بین ناگویی هیجانی و عواطف مثبت و منفی رابطه معناداری وجود دارد. عواطف، احساسات ما را بیان کرده و آنها را برای دیگران قابل شناسایی می‌کنند؛ با توجه به اینکه در اختلالات روان‌پزشکی عواطف مختل می‌شود پی‌بردن به احساسات را دشوار می‌کند؛ از این رو شناسایی عوامل تقویت‌کننده و تضعیف‌کننده عواطف جهت طراحی اهداف درمانی و پیشبرد اهداف درمان ضروری بوده است. با توجه به کارکرد عاطفه و تأثیر عواطف مثبت و منفی در

عاملی (Big Five Personality Theory) تدوین شده است. درست برعکس سایر پرسش‌نامه‌ها که محتوای آنها برگرفته از نظریه‌های شناخته‌شده روان‌شناسی هستند. البته این رویکرد در برخی سازه‌های دیگر روان‌شناسی صنعتی مانند ارزیابی‌های محوری نیز دیده می‌شود. پرسش‌نامه صفات پنج‌گانه از جدیدترین ابزارها در زمینه شخصیت است که توسط مک کری و کوستا در سال ۱۹۸۵ تحت عنوان پرسش‌نامه شخصیتی NEO معرفی شد. فرم تجدیدنظر شده این پرسش‌نامه توسط همان مؤلفین تحت عنوان فرم تجدیدنظر شده پرسش‌نامه شخصیتی نئو ارائه شده است و در نهایت فرم کوتاه آن یا همین نسخه حاضر و ۶۰ سؤالی برای صرفه‌جویی در وقت و هزینه، تهیه و استانداردسازی شده است. آلفای کرونباخ ابعاد شخصیتی برای روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و با وجدان بودن به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۶۹، ۰/۷۱ و ۰/۷۵ به دست آمده است [۳۴]. ضریب پایایی ابعاد نسخه فارسی به همان ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است [۳۵].

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو: نسخه فارسی مقیاس هیجانی تورنتو [۳۶] که در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی و همکاران طراحی شده و در ایران توسط بشارت در سال ۱۳۸۷ ترجمه و بررسی شد. یک آزمون بیست ماده‌ای است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. این مقیاس برای اجرا در نمونه‌های عمومی و بالینی مناسب است و می‌تواند برحسب شرایط به صورت فردی یا گروهی اجرا شود. در ایران ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل نارسایی هیجانی و ۳ زیرمقیاس آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است. پایایی بازآزمایی آن در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت، با فاصله ۴ هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای نمره کل نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های مختلف آن تأیید شد.

مقیاس عاطفه مثبت و منفی: یک ابزار سنجشی بیست آیتمی است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است [۳۷]. هر خرده‌مقیاس دارای ۱۰ آیتم است. آیتم‌ها روی یک مقیاس ۵ نقطه‌ای (۱=بسیار کم، ۵=بسیار زیاد) قرار دارند.

سلامت روان افراد، لزوم شناسایی عوامل تأثیرگذار و تعیین‌کننده‌های آنها و نیاز به انجام این پژوهش به چشم می‌خورد و همچنین نظر به اینکه رابطه عاطفه با اجتناب‌شناختی مورد بررسی قرار نگرفته و با توجه به شیوع اختلالات مختلف و تأثیر عاطفه در پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات هدف این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی در پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی نقش دارند؟

روش

نوع پژوهش

روش این پژوهش توصیفی-همبستگی (از نوع پیش‌بینی) بوده است.

آزمودنی

الف) آزمودنی

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دانشگاه زنجان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در سطح کارشناسی از تمامی رشته‌ها تشکیل می‌دهد.

ب) نمونه پژوهش

از بین دانشجویان تعداد ۲۲۰ نفر (۱۱۶ نفر پسر و ۱۰۴ نفر دختر) با استفاده از جدول مورگان در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ به روش نمونه‌گیری در دسترس و به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شده و به پرسشنامه‌های فرم کوتاه‌شده پنج‌عامل بزرگ شخصیت، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، مقیاس اجتناب‌شناختی و مقیاس عاطفه مثبت و منفی پاسخ دادند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه پنج عاملی شخصیت: پرسش‌نامه NEO یکی از آزمون‌های شخصیتی است که بر اساس تحلیل عامل ساخته شده است و پنج حوزه اصلی را مورد بررسی قرار می‌دهد که شامل درون‌گرایی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، دلپذیربودن و وجدان است. در واقع در ساخت این پرسش‌نامه از آخر به اول حرکت شده است به این معنی که اول سنجش‌های مرتبط با صفات فراگیر از طریق پرسش‌نامه انجام شد. بعد بر اساس تیمارهای آماری و تحلیل عاملی اکتشافی پنج عامل شناسایی شد. در گام بعدی عوامل تحلیل محتوا شدند و ... در نهایت نظریه شخصیتی پنج

فعال‌ساز افکار نگران‌کننده، ۵) تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی. برای نمره کل ضرایب هم‌بستگی همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۶ هفته ۰/۸۵ گزارش دادند. در پژوهشی که در ایران صورت گرفته در نمونه ایرانی پایایی با استفاده از روش دونیمه‌کردن و پایایی بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی کل مقیاس ۰/۸۵ گزارش کردند. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های واپس‌زنی افکار، جانشینی افکار، حواس‌پرتی، اجتناب و تبدیل تصور به فکر به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۱، ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۸۴ به دست آمده است.

شیوه انجام پژوهش

پرسش‌نامه‌های این پژوهش به علت سهولت در دسترسی به دانشجویان و همچنین سهولت در پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه به صورت لینک اینترنتی در اختیار دانشجویان قرار گرفته شد که ۲۵۰ نفر به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دادند که از بین این ۲۵۰ نفر پاسخ‌های ۳۰ نفر به دلیل نقص در تکمیل داده‌ها و وجود داده پرت کنار گذاشته شد و داده‌های مربوط به ۲۲۰ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

طبق یافته‌های پژوهش ۵۲ درصد از افراد شرکت‌کننده مرد و ۴۸ درصد زن بودند. اطلاعات توصیفی مرتبط با متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه می‌شود.

رتبه‌بندی می‌شوند. یک ابزار خودسنجی است. با تغییر نوع دستورالعمل هم می‌توان شق حالتی عاطفه را سنجید و هم شق صفتی، اگر چهارچوب زمانی به هفته جاری اشاره کند، شق حالتی عاطفه سنجیده می‌شود و اگر چهارچوب زمانی طولانی‌تر در نظر گرفته شود، شق صفتی سنجیده می‌شود. دامنه کلی نمرات برای خرده‌مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. از نظر شاخص‌های روان‌سنجی یعنی پایایی و روایی، این مقیاس از ویژگی‌های مطلوبی برخوردار است. ضرایب سازگاری درونی (ضرایب آلفا) برای عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی ۰/۸۷ است. پایایی آزمون-آزمون مجدد با فاصله ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ است. این دو عاطفه از هم مستقل هستند. هم‌بستگی‌های میان عاطفه منفی و مثبت با برخی از ابزارهای سنجش که سازه‌های مرتبط با این عواطف را می‌سنجد مانند اضطراب، ناراحتی عام روانی نیز روایی خارجی خوب این ابزار را نشان می‌دهد برای نمونه هم‌بستگی عاطفه منفی با فهرست وارسی علائم هایکینز ۰/۷۲ و هم‌بستگی عاطفه مثبت ۰/۱۹. هم‌بستگی عاطفه منفی با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۵۸ و عاطفه مثبت با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۳۶- است و سرانجام هم‌بستگی عاطفه منفی با مقیاس اضطراب آشکار - نهان ۰/۵۱ و هم‌بستگی عاطفه مثبت با مقیاس اضطراب آشکار و پنهان ۰/۳۵ گزارش شده است [۳۸].

مقیاس اجتناب‌شناختی: این پرسش‌نامه توسط سکستون و داگاس [۳۹] برای سنجش اجتناب‌شناختی تهیه شده است. این پرسش‌نامه در قالب ۲۵ گویه، پنج راهبرد اجتناب‌شناختی را می‌سنجد که عبارت‌اند از (۱) واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، (۲) جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده، (۳) استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، (۴) اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	متغیر	M	SD	متغیر	M	SD
عاطفه کل	۶۰/۱۹	۱۱/۳۱	بازبودن به تجربه	۲۷/۸۶	۵/۰۹	دشواری در توصیف احساس‌ها	۱۳/۰۲	۳/۶۵
عاطفه مثبت	۳۵/۴۸	۸/۷۳	موافق بودن	۲۷/۸۰	۵/۶۱	تفکر عینی	۱۹/۶۹	۳/۱۷
عاطفه منفی	۲۴/۷۰	۹/۰۳	وظیفه‌شناسی	۳۳/۰۵	۸/۳۲	اجتناب‌شناختی کل	۷۶/۶۴	۲۲/۰۵
برون‌گرایی	۲۴/۴۸	۷/۵۶	ناگویی هیجانی کل	۵۰/۵۹	۹/۹۵	فرونشانی فکر	۱۶/۷۷	۵/۲۵
روان‌رنجورخویی	۲۷/۴۶	۶/۶۳	دشواری در شناسایی احساس‌ها	۱۷/۸۷	۵/۹۸	جانشینی فکر	۱۳/۱۲	۴/۶۲
حواس‌پرتی	۱۶/۱۷	۵/۴۳	اجتناب	۱۵/۳۹	۵/۲۶	تبدیل تصور به فکر	۱۵/۱۸	۵/۲۸

جدول ۲. ضریب هم‌بستگی بین متغیرهای شخصیت، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی با عاطفه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	
عاطفه کل																			
عاطفه منفی	۰/۶۲۱**																		
عاطفه مثبت	۰/۶۵۳**	-۰/۱۸۹**																	
روان‌رنجورخویی	۰/۳۸۸**	-۰/۳۴۲**	۱																
برون‌گرایی	۰/۲۴۴**	۰/۶۴۸**	-۰/۳۲۱**	۱															
بازبودن به تجربه	-۰/۱۱۱	-۰/۰۰۲	-۰/۱۴۱*	-۰/۱۸۷**	-۰/۰۴۳	۱													
موافق‌بودن	-۰/۰۳۳	۰/۴۱۴**	-۰/۳۵۹**	-۰/۴۱۷**	۰/۵۴۴**	۰/۲۱۳**	۱												
وظیفه‌شناسی	۰/۰۵۴	۰/۵۹۷**	-۰/۵۰۹**	-۰/۵۰۵**	۰/۵۶۲**	۰/۲۸۵**	۰/۵۳۱**	۱											
ناگویی هیجانی	-۰/۱۹۴**	-۰/۳۰۱**	۰/۵۳۵**	۰/۶۰۷**	-۰/۴۳۷**	-۰/۳۹۷**	-۰/۵۵۸**	-۰/۶۰۱**	۱										
دشواری در شناسایی احساس	۰/۲۳۷**	-۰/۲۷۰**	۰/۵۵۸**	۰/۶۷۵**	-۰/۳۳۸**	-۰/۳۵۰**	-۰/۴۸۴**	-۰/۵۶۸**	۰/۸۸۸**	۱									
دشواری در توصیف احساس	۰/۱۳۶*	-۰/۱۳۵**	۰/۵۱۰**	۰/۵۴۳**	-۰/۵۲۱**	-۰/۱۴۶*	-۰/۴۵۵**	-۰/۵۱۵**	۰/۸۴۲**	۰/۶۵۹**	۱								
تفکر عینی	۰/۰۰۷	۰/۰۳۲	۰/۰۴۰	۰/۰۰۷	-۰/۱۳۶*	-۰/۴۱۹**	-۰/۳۱۵**	-۰/۲۲۳**	۰/۴۹۶**	۰/۱۴۳*	۰/۳۵۰**	۱							
اجتناب‌شناختی	۰/۳۰۳**	۰/۰۷۰**	۰/۳۱۲**	۰/۲۸۹**	-۰/۱۶۱*	-۰/۰۵۳	-۰/۱۲۱	-۰/۱۷۳*	۰/۴۷۸**	۰/۴۳۶**	۰/۴۷۱**	۰/۱۳۷*	۱						
فرونشانی فکر	۰/۲۲۲**	۰/۰۶۴	۰/۲۱۶**	۰/۲۱۲**	-۰/۱۱۶*	-۰/۱۰۰	-۰/۱۰۳	-۰/۰۹۹	۰/۳۸۴**	۰/۳۴۳**	۰/۳۷۴**	۰/۱۳۰	۰/۱۸۷**	۱					
جانشینی فکر	۰/۳۵۵**	۰/۰۹۶	۰/۵۳۷**	۰/۴۱۵**	-۰/۲۰۹**	-۰/۲۰۰**	-۰/۳۲۰**	-۰/۳۸۶**	۰/۵۵۱**	۰/۵۳۴**	۰/۴۸۴**	۰/۱۶۷*	۰/۷۶۱**	۰/۵۶۲**	۱				
حواس‌پرتی	۰/۲۱۰**	۰/۰۹۵	۰/۱۷۷**	۰/۲۰۷**	-۰/۱۲۱	۰/۰۴۴	-۰/۰۲۷	-۰/۱۰۷	۰/۳۷۶**	۰/۲۷۳**	۰/۴۰۰**	۰/۲۰۵**	۰/۱۸۷**	۰/۷۴۲**	۰/۵۴۱**	۱			
اجتناب	۰/۳۴۶**	۰/۱۶۱*	۰/۲۷۸**	۰/۲۴۳**	-۰/۱۲۷	-۰/۱۱۴	-۰/۱۰۲	-۰/۰۸۷	۰/۳۹۹**	۰/۳۶۵**	۰/۳۶۱**	۰/۰۹۳	۰/۹۰۷**	۰/۱۸۱**	۰/۶۳۳**	۰/۷۳۶**	۱		
تبدیل تصور به فکر	۰/۱۷۰*	۰/۰۵۳	۰/۱۶۲*	۰/۱۷۶**	۰/۱۲۵	۰/۱۲۲	۰/۰۰۶	-۰/۰۸۹	۰/۳۴۵**	۰/۳۳۶**	۰/۳۹۸**	-۰/۰۰۸	۰/۸۲۷**	۰/۵۹۵**	۰/۵۵۶**	۰/۶۸۹**	۰/۶۶۵**	۱	

مثبت وجود دارد. همچنین بین روان‌رنجورخویی ($r=0/692$)، دشواری در شناسایی احساسات ($r=0/558$)، دشواری در توصیف احساسات ($r=0/510$)، فرونشانی فکر ($r=0/216$)، جانشینی فکر ($r=0/537$)، حواس‌پرتی ($r=0/172$)، اجتناب ($r=0/278$) و تبدیل تصور به فکر ($r=0/162$) رابطه مثبت و معنادار و برون‌گرایی ($r=0/321$) بازبودن به تجربه ($r=0/141$)، موافق‌بودن ($r=0/359$) و وظیفه‌شناسی احساس ($r=0/509$) رابطه منفی و معنادار با عاطفه منفی دارند.

ضریب هم‌بستگی بین متغیرهای شخصیت، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی با عاطفه در جدول ۲ ارائه می‌شود. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین برون‌گرایی ($r=0/648$)، موافق‌بودن ($r=0/414$)، وظیفه‌شناسی ($r=0/597$)، اجتناب ($r=0/161$) رابطه مثبت و معنادار و همچنین روان‌رنجورخویی ($r=-0/342$)، دشواری در شناسایی احساس ($r=-0/270$) و دشواری در توصیف احساس ($r=-0/351$) رابطه منفی و معناداری با عاطفه

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی عاطفه مثبت بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی

Sig	T	Beta	b	Sig	F	R2	R	مدل
						۰/۵۸۲	۰/۷۶۳	۱
				۰/۰۰۰	۲۲/۰۹			رگرسیون
۰/۹۰۵	۰/۱۱۹	۰/۰۰۸	۰/۰۰۹					روان‌رنجورخویی
۰/۰۰۰	۷/۰۸	۰/۴۷۷	۰/۶۲۹					برون‌گرایی
۰/۶۲۶	-۰/۴۸۸	-۰/۲۹	-۰/۰۵۰					بازبودن به تجربه
۰/۹۷۵	۰/۰۳۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳					موافق‌بودن
۰/۰۰۰	۵/۱۲	۰/۳۵۲	۰/۳۷۰					وظیفه‌شناسی
۰/۹۴۲	-۰/۰۷۳	-۰/۰۰۶	-۰/۰۰۹					دشواری در شناسایی احساس‌ها
۰/۸۱۱	-۰/۲۴۰	-۰/۰۱۷	-۰/۰۴۱					دشواری در توصیف احساس‌ها
۰/۱۳۳	۱/۵۰	۰/۰۸۷	۰/۲۴۰					تفکر عینی
۰/۰۲۶	-۲/۲۴	-۰/۱۹۰	-۰/۳۱۷					فرونشانی فکر
۰/۵۷۴	-۰/۵۶۳	-۰/۰۴۰	-۰/۰۷۵					جانشمینی فکر
۰/۴۵۰	۰/۷۵۷	۰/۰۶۴	۰/۱۰۳					حواس‌پرتی
۰/۰۰۰	۴/۱۳	۰/۳۹۰	۰/۶۴۷					اجتناب
۰/۸۶۱	-۰/۱۷۵	-۰/۰۱۳	-۰/۰۲۱					تبدیل تصور به فکر

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی عاطفه منفی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی

Sig	T	Beta	B	Sig	F	R2	R	مدل
						۰/۶۲۰	۰/۷۸۷	۱
				۰/۰۰۰	۲۵/۸۲			رگرسیون
۰/۰۰۰	۷/۹۳	۰/۵۱۲	۰/۶۱۱					وان‌رنجورخویی
۰/۰۳۴	۲/۱۳	۰/۱۳۷	۰/۱۸۷					برون‌گرایی
۰/۰۱۶	۲/۴۳	۰/۱۳۹	۰/۲۴۶					بازبودن به تجربه
۰/۴۷۰	۰/۷۲۴	۰/۰۴۴	۰/۰۷۱					موافق‌بودن
۰/۰۰۲	-۳/۲۱	-۰/۲۱۱	-۰/۲۲۹					وظیفه‌شناسی
۰/۴۷۳	-۰/۷۱۹	-۰/۰۵۷	۰/۰۸۶					دشواری در شناسایی احساس‌ها
۰/۰۰۶	۲/۷۸	۰/۱۹۲	۰/۴۷۵					دشواری در توصیف احساس‌ها
۰/۸۹۴	۰/۱۳۳	۰/۰۰۷	۰/۰۲۱					تفکر عینی
۰/۵۷۶	-۰/۵۶۰	-۰/۰۴۵	۰/۰۷۸					فرونشانی فکر
۰/۰۰۰	۵/۲۱	۰/۳۴۹	۰/۶۸۲					جانشمینی فکر
۰/۰۲۲	-۲/۳۱	-۰/۱۸۷	-۰/۳۱۲					حواس‌پرتی
۰/۰۳۴	۲/۱۳	۰/۱۹۲	۰/۳۳۰					اجتناب
۰/۰۱۶	-۲/۴۲	-۰/۱۷۰	-۰/۲۹۰					تبدیل تصور به فکر

و همکاران (۲۰۱۵) نشان که عوامل شناختی به‌ویژه اجتناب‌شناختی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد است [۳۹]. صدی دمیرچی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که هرچقدر طلاق عاطفی و اجتناب‌شناختی میان همسران بیشتر باشد امید به زندگی آنان کاهش می‌یابد یعنی رابطه منفی و معناداری بین اجتناب‌شناختی و طلاق عاطفی با امید به زندگی وجود دارد [۴۰]. نتایج یافته‌های پژوهش صمدی‌فرد و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که بین مؤلفه‌های اجتناب‌شناختی و طلاق عاطفی همسران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۲۲]. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که اجتناب‌شناختی که به معنی تغییر شناخت‌ها به تنش و استرس که در زمان مواجهه افراد با فشارها و استرس‌های زندگی است باعث می‌شود افراد از یک عمل و موقعیت به دلیل استرس و فشار زیاد خودداری می‌کنند و همچنین اجتناب منجر به این می‌شود که افراد به محرک‌های هیجانی درست پاسخ ندهند و نتوانند از راهبردهای مدیریت هیجانی مؤثری استفاده کنند [۳۹]. اجتناب‌شناختی شامل حواس‌پرتی، اجتناب از موقعیت‌ها، سرکوب افکار یا خاطرات ناخوشایند و تبدیل تصور به فکر است که با هدف منحرف کردن ذهن از موضوعی که باعث نگرانی شده است صورت می‌گیرد. این راهبردها در ظاهر می‌توان گفت کارآمد هستند ولی در طول زمان باعث افکار ناکارآمد در افراد می‌شوند. تلاش زیاد در جهت سرکوب افکار باعث تولید اثر متناقض می‌شود و هرچه فرد تلاش بیشتری برای سرکوب افکار انجام دهد منجر به افزایش وقوع افکار نگران‌کننده و عاطفه منفی می‌شود [۴۱، ۴۲]. شناخت و هیجان دو جنبه پراهمیت در زندگی انسان است و در بیشتر رفتارهای افراد تعامل این دو مدنظر است. افراد زمانی که شناخت کافی و آگاهی کامل روی افکارشان دارند، راهبردهای مثبت پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و ارزیابی مجدد مثبت را به کار برده و با شناخت هیجانی صحیح افکار و عاطفه مثبت را جایگزین افکار و عاطفه منفی می‌کنند. نتایج پژوهش کلسی، دیکسون و لورا (۲۰۱۲) نشان داده است که بین اجتناب‌شناختی و افسردگی رابطه وجود دارد؛ یعنی هرچقدر اجتناب‌شناختی بالا باشد فرد مستعد افسردگی خواهد بود [۴۳]. در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از زیر مقیاس‌های اجتناب‌شناختی، اجتناب اجتماعی- رفتاری

جهت بررسی رابطه و پیش‌بینی عاطفه مثبت با متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تقریباً ۵۸ درصد از واریانس عاطفه مثبت بر اساس متغیرهای پیش‌بین، پیش‌بینی می‌شود. نسبت $F(22/09)$ نیز بیانگر این است که رگرسیون متغیر عاطفه مثبت بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی معنادار است. برون‌گرایی با بتای $0/477$ به‌طور معناداری قدرت پیش‌بینی عاطفه مثبت را دارد. وظیفه‌شناسی با بتای $0/352$ درصد به‌طور معناداری قدرت پیش‌بینی عاطفه مثبت را دارد. همچنین فرونشانی فکر با بتای $-0/190$ و اجتناب با ضریب بتای $0/390$ قدرت پیش‌بینی عاطفه مثبت را دارند. جهت بررسی رابطه و پیش‌بینی عاطفه منفی با متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تقریباً ۶۲ درصد از واریانس عاطفه منفی بر اساس متغیرهای پیش‌بین، پیش‌بینی می‌شود. نسبت $F(25/82)$ نیز بیانگر این است که رگرسیون متغیر عاطفه منفی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب‌شناختی معنادار است. روان‌رنجوری با بتای $0/512$ به‌طور معناداری قدرت پیش‌بینی عاطفه منفی را دارد و نیز برون‌گرایی با بتای $0/137$ ، بازبودن به تجربه با بتای $0/139$ ، وظیفه‌شناسی با بتای $0/211$ ، دشواری در توصیف احساس‌ها با بتای $0/192$ ، جانشینی فکر با بتای $0/349$ ، حواس‌پرتی با بتای $0/187$ - اجتناب با بتای $0/192$ و تبدیل تصور به فکر با ضریب بتای $-0/170$ به‌طور معناداری قدرت پیش‌بینی عاطفه منفی را دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، اجتناب‌شناختی و ناگویی هیجانی انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد بین اجتناب‌شناختی و عاطفه منفی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در راستای همسویی نتایج به‌دست‌آمده گیلاندرز

می‌کنند و در تفسیر و معنی‌دهی به هیجانات خود و اطرافیان مشکل دارند. در نتیجه در روابط خود با دیگران دچار مشکلاتی می‌شوند. این افراد از نظر همدلی و صمیمیت در سطح پایین‌تری قرار دارند و در مهارت‌های ارتباطی ناتوان‌اند. باتوجه‌به این ویژگی‌ها و بازخوردی که در نتیجه آن‌ها از اطرافیان دریافت می‌کنند می‌توان گفت عاطفه منفی را تجربه خواهند کرد از سوی دیگر افرادی که ناگویی خلقی دارند نشانه‌های محیطی را با حساسیت زیادی به‌صورت منفی تعبیر می‌کنند. یکی از متغیرهایی که در ناگویی خلقی مطرح بوده، همدلی است. این افراد در میزان دارا بودن همدلی در سطح پایین‌تری قرار دارند. همدلی یعنی توانایی قراردادن خود به‌جای دیگران برای درک بهتر احساسات و تجربیات فرد دیگر. معمولاً همدلی به‌عنوان پاسخ هیجانی در نظر گرفته می‌شود که از درک حالت هیجانی فرد نشئت می‌گیرد و با آنچه فرد احساس می‌کند مشابه است؛ لذا رابطه همدلی و ناگویی خلقی قابل درک است. در نتیجه می‌توان گفت افرادی که ناگویی خلقی هستند همواره عواطف خشک و بی‌روحی هم خواهند داشت. لازمه داشتن عاطفه مثبت و منفی این است که فرد به احساسات دیگران حساس و در مواقعی توجه کند تا بتواند آنها را درک کرده و رابطه طولانی‌مدت با آنها برقرار کند و در نهایت بتواند عواطفی هم داشته باشد. این افراد همواره در معرض اختلالات روان‌پزشکی قرار دارند زیرا که تحت فشار همبسته‌های جسمانی-هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده و سازگاری موفقیت‌آمیز را دشوار می‌کند. افراد دارای ناگویی هیجانی برای بیان احساسات و عواطف خود به رفتارهای غیرکلامی خطرناک می‌پردازند. مثل پاره‌کردن، تخریب اشیاء، نوشیدن الکل و مواد مخدر و سایر رفتارهایی که با عاطفه منفی همراه خواهد بود [۴۹]. در ادامه ناگویی هیجانی می‌توان گفت افرادی که این ویژگی را دارند مشکلاتی نیز در زندگی خواهند داشت. سرکوب‌کردن هیجانات و ناتوانی در ابراز هیجانات تأثیر منفی بر ارتباط افراد با دیگران خواهد داشت و در زوجینی که هیجانات و احساسات خود را بروز نمی‌دهند بر مشکلات زناشویی خود دامن می‌زنند و عواطف منفی نیز بر زندگی آنها حاکم خواهد شد. افراد دارای ناگویی خلقی نیاز اساسی به وابستگی دارند که نتیجه آن شک و تردید و بی‌اعتمادی و

است. افراد در ارتباط با دیگران عواطف خود را نشان می‌دهند و در واقع حضور دیگران در زندگی فرد و همچنین در موقعیت‌های اجتماعی و تبادل اطلاعات میان افراد منجر به ادراک‌های مختلف از موقعیت‌ها و صحبت‌های یکدیگر و به طبع آن تجربه عاطفه مثبت و منفی می‌شود. افرادی که به اجتناب اجتماعی رفتاری می‌پردازند از موقعیت‌های اجتماعی دوری می‌کنند و از اینکه در این شرایط قرار بگیرند و مورد خطاب واقع شوند دچار اضطراب و نگرانی می‌شوند و این ویژگی منجر می‌شود که فرد به احتمال زیاد عاطفه منفی را تجربه کند. زیرمقیاس دیگر اجتماعی-شناختی است که در آن فرد از مسئولیت‌ها فرار می‌کند حالت بی‌تصمیمی به فرد دست می‌دهد و منجر می‌شود که فرد برای آینده خود هیچ‌گونه برنامه‌ریزی خاصی نداشته باشد. زندگی بدون برنامه‌ریزی و هدف، احساس و عواطف خوبی برای افراد به ارمغان نخواهد آورد و چه‌بسا این بی‌برنامگی و بی‌نظمی در زندگی مشکلاتی را هم باعث شود و به همراه آن فرد که از مسئولیت‌پذیری دور افتاده است به این مشکلات دامن بزند و عواطف منفی را نیز تجربه کند. این افراد معمولاً در مواقعی سعی می‌کنند مشکلاتشان را حل کنند ولی برای مدت طولانی خود را درگیر افکار لاینحلی می‌کنند که برای آن پاسخی ندارند [۴۴].

همچنین نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی رابطه مثبت و معناداری با عاطفه منفی و رابطه منفی و معناداری با عاطفه مثبت دارد. در راستای همسویی پیشینه پژوهشی نتایج پژوهش روزنبرگ، رافر و لیچو (۲۰۱۷) نشان داد که ناگویی هیجانی به دلیل عدم پردازش صحیح شناختی به حالت‌های خلقی و عاطفی منفی منتج می‌شود [۴۵]. همچنین پژوهش دویی و پاندی (۲۰۱۳) نشان داد که ناگویی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن با سبک‌های غیر انطباقی تنظیم هیجان مرتبط است [۴۶]. نتایج پژوهش فلدمن، جورمن و جوهانسون (۲۰۰۸) نشان داد خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ناگویی هیجانی با افزایش نشانه‌های هیجانی (مانند ترس و وحشت) مرتبط است [۴۷]. دی‌گوجت و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که افرادی که دارای خصوصیات ناگویی خلقی هستند عواطف منفی و حالات ناخوشایند زیادی را تجربه می‌کنند [۴۸]. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که ناگویی هیجانی دارند نشانه‌های انگیزشی خود را بد تفسیر

روان‌رنجورخویی و توافق‌پذیری به صورت مثبت با احساس درماندگی مرتبط است [۵۴]. وثوقی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی و با وجدان بودن به شیوه قابل انتظار روی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی اثر معناداری می‌گذارند [۵۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که این تیپ شخصیتی یعنی برون‌گرایی، موافق بودن و وظیفه‌شناسی بالا را گزارش می‌دهند افرادی هستند که عاطفه مثبت را تجربه می‌کنند. این افراد گرایش دارند که به هموعان خود کمک کنند، بسیار گرم و مهربان هستند و حس همدردی آنها بالاست. ویژگی شخصیتی توافق‌پذیری به دلیل داشتن ویژگی‌هایی چون نوع‌دوستی، همدلی و فروتنی احتمال بیشتری دارد که در مواجهه با سختی‌ها و ناملایمات سازگاری بهتری از خود نشان دهند و همچنین این افراد سعی می‌کنند که به تجارب ناخوشایند و مشکلات خویش، معنای مثبتی بدهند و آنها را قابل حل قلمداد کنند، در نتیجه این افراد به جای اجتناب‌شناختی، به مقابله مناسب با وقایع عینی و ذهنی می‌پردازند و همچنین عاطفه مثبت را تجربه خواهند کرد. همچنین افراد وظیفه‌شناس برای زندگی خود برنامه‌ریزی و نظم خاصی دارند، مسئولیت‌پذیری بالایی دارند و انجام وظایف را جز ارزش‌های والای خود می‌دانند، بسیار سخت‌کوش هستند. خود انجام وظایف به نحو احسن، احساس و هیجان مثبتی را به ارمغان می‌آورد. ویژگی شخصیتی دیگری که در پنج عامل مطرح است، تجربه‌پذیری است. این افراد دارای حساسیت زیبایی‌شناختی، کنجکاوی فکری بالا، باهوش و خلاق هستند و اهمیت زیادی به تنوع و مستقل بودن نشان می‌دهند. رابطه تجربه‌پذیری با عاطفه مثبت، مثبت و معنادار بود و شاید بتوان گفت ویژگی شخصیتی خاصی که این افراد دارند باعث تجربه مثبت در زندگی‌شان می‌شود. جستجو برای کشف زیبایی‌های زندگی و طبیعت، در این افراد حس نو بودن را به ارمغان می‌آورد و عاطفه‌ای که تجربه خواهند کرد، مثبت خواهد بود [۲۸]. به عبارتی می‌توان گفت افراد وظیفه‌شناس به دلیل پایبندی به اصول اخلاقی، سخت‌کوشی، هدفمندی در انجام امورات خود پایداری و ثبات قدم را دارند و علی‌رغم مواجهه با سختی‌ها، در رسیدن به اهداف خویش مداومت نشان می‌دهند. این افراد همانند افراد با توافق‌پذیری بالا در مواجهه با تجارب ناخوشایند، بیشتر احتمال دارد که از راهبردهای تنظیم

در کنار این ویژگی‌ها عاطفه منفی را نیز تجربه خواهند کرد [۵۰]. فرد بالغ می‌تواند تنش‌های اضافی خود را از طریق کلامی- غیرکلامی و نمادگرا یا خلاق در روابط بین‌فردی مصرف کند، اما فرد نابالغ قادر نیست این کار را انجام دهد. کمبود راه‌های مناسب برای تخلیه‌کردن، به تنش فردی منجر و باعث مشکلات مزمنی مانند فزون‌تنشی خواهد شد که این یکی از ویژگی‌های افراد با ناگویی بالا است. به عبارت دیگر ناگویی خلقی، ساختاری است که احتمالاً با کنترل هیجانی مرتبط است. ناتوانی در شناخت و ابراز هیجانات، منجر به ناتوانی در انطباق با محیط می‌شود. در صورتی که افراد دارای ناگویی خلقی نتوانند با محیط سازگار شوند (آسیب‌پذیری در برابر محرک‌های محیطی)، نخواهند توانست از عهده مشکلات برآیند و احتمالاً در فاجعه‌سازی و نشخوار ذهنی (اجتناب‌شناختی) گرفتار خواهند شد. زمانی که اطلاعات هیجانی نتواند در فرایند پردازش شناختی ادراک و ارزشیابی شود، افراد از نظر عاطفی- شناختی دچار آشفتگی و درماندگی شده‌اند و این ناتوانی می‌تواند سازمان شناخت و عواطف آنان را مختل کند. در نتیجه عاطفه منفی را تجربه خواهند کرد.

به علاوه نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که از بین ابعاد شخصیت روان‌رنجورخویی رابطه مثبت و معنادار و برون‌گرایی، بازبودن به تجربه، موافق بودن و وظیفه‌شناسی رابطه منفی و معناداری با عاطفه منفی دارند و همچنین برون‌گرایی، موافق بودن، وظیفه‌شناسی رابطه مثبت و معنادار و روان‌رنجورخویی رابطه منفی و معناداری با عاطفه مثبت دارند. در راستای همسویی پیشینه پژوهشی ویلسون، هاریس و وایز (۲۰۱۵) نشان دادند که گشودگی به تجربه با ایجاد تعاملات مثبت به رضایت از زندگی و عواطف مثبت می‌انجامد [۵۱]. مگی و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که از آنجایی که وظیفه‌گرایان تجارب مثبتی را تجربه می‌کنند رضایت از زندگی و عواطف مثبت بالاتری را تجربه می‌کنند [۵۲]. بر اساس پژوهش پانسا و واندنبرگ (۲۰۱۲) از بین پنج عامل بزرگ شخصیت برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی به صورت مثبت با عاطفه مثبت و وظیفه‌گرایی به صورت منفی و روان‌رنجورخویی به صورت مثبت با عاطفه منفی رابطه دارد [۵۳]. و نیز پژوهش موتلو، بالباک و سمرک (۲۰۱۰) نیز به این نتیجه دست یافتند که ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و وظیفه‌گرایی به صورت منفی و

- 2- Spindler C, stopsack M, aldinger M, iorgen C. H, barnow S. what about the ups and downs in our daily life? *The influence of affective instability on mental health motive mot*. 2016; 40 : 148-161 .
- ۳- سیمی زهرا، نورافکن فهمیه، فتحی مرد فریبا، تقی سهرابی، رنانی محمد، داودی مریم. پیش‌بینی کیفیت زندگی کاری پرستاران در محیط کار بر اساس انعطاف‌پذیری کنشی و عاطفه مثبت و منفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت*. ۱۳۹۹؛ ۷ (۴): ۵۰۶-۵۱۴.
- 4- Ong AD, Kim S, Young S, Steptoe A. Positive affect and sleep: A systematic review. *Sleep medicine reviews*. 2017; 35: 21-32.
- 5- Pressman S.D, Jenkins B.N, Moskowitz JT. Positive affect and health: What do we know and where next should we go? *Annual Review of Psychology*. 2019.
- ۶- لطفی مژگان، بهرام‌پوری لیلا، امینی مهدی، فاطمی تبار ریحانه، بیرشک بهروز، شیاسی یاسمن. اعتباریابی مقیاس عاطفه مثبت و منفی برای کودکان: (PANAS-C) بررسی مقایسه‌ای فرم‌های اصلی و کوتاه در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۸؛ ۲۵ (۴): ۴۴۰-۴۵۳.
- 7- Jardin C, Sharp C, Garey L, Zvolensky, M. J. The role of impulsivity in the relation between negative affect and risky sexual behaviors. *Journal of sex & marital therapy*. 2017; 43(3), 250-263.
- 8- Popkirov S, Flasbeck V, Schlegel U, Juckel GT, Brune M. Alexithymia in borderline personality disorder is not associated with deficits in automatic visual processing of negative emotional stimuli. *Psychiatry Research*. 2018; 263: 121-124.
- 9- Lyvers M, Mayer K, Needham K, Thorberg FA. Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcohol-related risk. *J Clin Psychol*. 2019; 75(7): 1288-1304.
- 10- Sleuwaegen E, Houben M, Claes L, Berens A Sabbe B. The relationship between non-suicidal self-injury and alexithymia in borderline personality disorder: 'Action instead of words'. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 77(2): 80-88.

شناختی- عاطفی مثبت استفاده کنند. پردازش حالات هیجانی منفی، بیشتر در نواحی پس‌سری و گیجگاهی (نیمکره راست) صورت می‌گیرد [۵۴]. از آنجایی که نواحی راست قشر مغز با هیجانات منفی در ارتباط است و افراد برون‌گرا بیشتر با صفاتی همچون (تازگی جویی، هیجان‌خواهی، اجتماعی بودن و غیره) توصیف می‌شوند که به‌نوعی مرتبط با هیجانات مثبت است. از این‌رو افزایش تمایلات برون‌گرایی در فرد با کاهش میزان فعالیت نواحی مغزی مربوط به هیجانات منفی همراه است. در نتیجه برون‌گراها احتمال زیادی دارد که عاطفه مثبت را تجربه کنند. افرادی که دارای تیپ شخصیتی روان‌رنجور هستند حالتی بی‌ثباتی عاطفی، نگران و عصبی دارند. این افراد برای کنترل تکانه‌های خود قدرت کمتری دارند. به عبارتی افراد دارای ویژگی شخصیتی روان‌رنجور، با داشتن ویژگی‌هایی چون (تکانشگری، آسیب‌پذیری، اضطراب، پرخاشگری و افسردگی) رضایت از زندگی‌شان کمتر است و عاطفه منفی را تجربه خواهند کرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به دانشجویان دانشگاه زنجان، روش جمع‌آوری نمونه به روش در دسترس، ماهیت پژوهش که توصیفی و همبستگی است که امکان استنتاج نتایج علت و معلولی را مهیا نمی‌سازد و استفاده از پرسش‌نامه و خودگزارش‌دهی که ممکن است صحت پاسخ شرکت‌کنندگان را تحت تأثیر قرار دهد اشاره کرد، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌های بالینی انجام شود و همچنین روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مشاوران نتایج یافته‌های این پژوهش را در انجام معاینه وضعیت روانی، درمان اختلالات روانی مورد استفاده قرار دهند.

سپاسگزاری

از تمامی دانشجویانی که برای انجام این پژوهش با ما همکاری کردند قدردانی می‌کنیم.

منابع

- ۱- جیمز سادوک بنجامین، الکتوت سادوک ویرجینا، روئیز پدرو. خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی جلد اول ویراست یازدهم. ۱۹۳۳؛ ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۴). تهران، انتشارات ارجمند. فصل ۵ ص ۳۶۴.

- ۲۰- سپاه منصور مژگان، دلاور علی، صفاری نیا مجید. ()
پیش‌بینی نگرش به شایعه از طریق ویژگی‌های شخصیتی،
عواطف مثبت و منفی، بهزیستی روان‌شناختی، پژوهش‌های
روانشناسی اجتماعی. ۱۳۹۰؛ (۲).
- ۲۱- مهدی خانی، داداشی، محسن. و قریشی. ابوالفضل. مقایسه
سیستم‌های مغزی- رفتاری، نقش مؤلفه‌های اجتناب‌شناختی
در بین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و سالم. مجله
علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. ۱۳۹۶؛ ۲۵
(۱۱۱). ۶۶-۸۰.
- ۲۲- صمدی فرد حمیدرضا، نریمانی محمد، میکائیلی نیلوفر،
شیخ‌الاسلامی علی نقش مؤلفه‌های اجتناب‌شناختی و باور
فراشناختی در پیش‌بینی طلاق عاطفی همسران. پژوهش‌های
مشاوره. ۱۳۹۵؛ ۱۵ (۵۹): ۳۸-۵۷.
- 23-Ferschmann L, Fjell A. M, Vollrath. M. E,
Grydeland H, Walhovd K. B, Tamnes C. K.
Personality traits are associated with cortical
development across adolescence: A longitudinal
structural MRI study. *Child development*.2018;
89(3), 811-822.
- 24-McCredie M.N, Kurtz J.E. Prospective
prediction of academic performance in college
using self- and informant-rated personality traits.
Journal of Research in Personality.2020; 85: 47-
61.
- ۲۵- مبلیان عاطفه، دیاریان محمد مسعود، یوسفی زهرا. نقش
میانجی پذیرش خویشتن در رابطه ویژگی‌های شخصیتی و
نیازهای گلاسر با کیفیت زناشویی. مجله علوم روان‌شناختی.
۱۴۰۰؛ ۲۰ (۹۸): ۳۱۶-۳۰۵.
- 26-Leger K. A, Charles T.S, Turiano N. T, Almeida
D.M. Personality and stressor-related affect –
*journal of personality and social
psychology*.2016; 1-12 .
- 27-Isik S, Uzbe N. personality traits and positive –
negative affects : *an analysis of meaning in life
among adults educational sciences theory &
practice* . june .2015; (3) 587 – 595.
- ۲۸- اشرفی سحر، حاج‌علیزاده کبری. بررسی رابطه ویژگی‌های
شخصیتی بر اساس مدل پنج‌عاملی شخصیت با بهزیستی
ذهنی دانشجویان. کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی و
مطالعات رفتاری. تهران. ۱۳۹۳.
- ۱۱- دلخواهی شیوا، نیکنام ماندانا. بررسی رابطه آلکسی‌تایمیا با
اعتیاد به اینترنت: نقش واسطه‌ای افسردگی، اضطراب و
استرس در یک جمعیت غیربالینی. مجله پیشرفت‌های نوین
در علوم رفتاری. ۱۳۹۸؛ ۴ (۳۹)، ۱۱-۱.
- ۱۲- سعیدی اصل سحر، رباطی فاطمه. اثربخشی یوگا درمانی بر
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ناگویی هیجانی زنان افسرده:
یک مطالعه نیمه‌تجربی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن
سینا. ۱۳۹۹؛ ۲۹ (۲): ۱۳۷-۱۴۵.
- 13-Gryenberg D, Chang B, Corneille O, Maurage
P, Vermeulen N, Berthoz S, & et al. Alexithymia
and the processing of emotional facial
expressions (EFEs): systematic review,
unanswered questions and further perspectives.
PLoS One .2012; 7(8): e42429.
- 14-Harvey R, Andriopoulou P, Grogan S. Perceived
mechanisms of change in therapeutic yoga
targeting psychological distress. *J Bodyw Move
Ther*. 2020; 24(1): 274-80.
- 15-Vieira R.V.d. A, Vieira D.C, Gomes W.B, Gauer
G. Alexithymia and its impact on quality of life
in a group of Brazilian women with migraine
without aura. *J Headache Pain*. 2013; 14(1): 18.
- ۱۶- محمودی نگار، عبداللهی محمدحسین، شاهقلیان مهناز،
گوهری سمیرا. نقش واسطه‌ای عاطفه مثبت و منفی در رابطه
بین سبک‌های حساسیت‌پردازش حسی و ناگویی خلقی.
دوفصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی. ۱۳۹۴؛ (۴).
شماره ۱ {پیاپی ۷}.
- ۱۷- محمدپور عبدالباسط، امینیان ابوالفضل، نودری محمد،
نعمی ابراهیم. نقش اجتناب‌شناختی و ابزارگری هیجانی در
پیش‌بینی تعارض زناشویی زنان شهر تهران. مجله علوم
روانشناختی. ۱۴۰۰؛ ۲۰ (۹۸)، ص ۲۱۸-۲۰۹.
- 18-Bartolon C, Lopes B, Capdevielle D, Macioce V,
Raafard S. The roles of cognitive avoidance,
rumination and negative affect in the association
between abusive supervision in the workplace
and non-clinical paranoia in a sample of workers
working in France. *Psychiatry
research*.2019;271, 581-589.
- 19-Levin M.E, Krafft J, Pierce B, Potts S. When is
experiential avoidance harmful in the moment?
Examining global experiential avoidance as a
moderator. *Journal of Behavior Therapy and
Experimental psychiatry*.2018; 4(61).158-163.

- 38-Sexton K.A, Dugas M.J. An investigation of the factors leading to cognitive avoidance in worry. Poster Presented at the Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy. *New Orleans, LA*. 2004.
- 39-Gillanders D, Ashleigh K.s, Margaret M, Kirsten J. Illness Cognitions, Cognitive fusion, avoidance and self compassion as predictors of distress and quality of life in heterogeneous sample of adults, after cancer. *J Contextual Behav Sci*.2015; 4(4): 300-311.
- ۴۰- صدری دمیرچی اسماعیل، صمدی‌فرد حمیدرضا، دریادل سید جواد، حیدری‌راد حدیث. رابطه مؤلف‌های اجتناب‌شناختی و طلاق عاطفی با امید به زندگی زوجین. کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم. دانشگاه شیراز. ۱۳۹۵.
- 41-Fazakas-DeHoog L.L, Rnic, K, Dozois D.J.A. Cognitive Distortions and Deficits Model of Suicide Ideation. *Eur J Psychol*.13(2).2017; 178-93.
- ۴۲- محمودزاده رقیه، محمدخانی شهرام. نقش میانجی اضطراب و اجتناب‌شناختی در رابطه بین کمال‌گرایی منفی و اهمال‌کاری. دستاوردهای روان‌شناختی. ۱۳۹۵؛ ۲۳ (۱)، ۹۴-۷۳.
- 43-Kelsey S, Dickson J, Laura C. Rumination, Worry, Cognitive Avoidance, and Behavioral Avoidance: Examination of Temporal Effects. *Behavior therapy*.2012; 43, 629-640.
- ۴۴- بساک‌نژاد سودابه، هومن فرزانه، قاسمی‌نژاد محمدعلی. رابطه بین سبک‌های مقابله اجتناب‌شناختی رفتاری و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۳۹۱؛ ۱۴ (۵۶)، ۸۵-۲۸۷.
- 45-Rosenberg N, Rufer M, Lichev V, Ihme K, Grabe H. J, Kugel H, et al. Observer Rated alexithymia and its living with migraine. *Acta relationship with the five-factore- model of personality Psychol Belg*.2016; 56(2): 118-134.
- 46-Dube A, Pandey R. Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*. 2013; 20(2), 128-136.
- ۲۹- رضایی زینب، یوسفی فریده. رابطه بین پنج عامل بزرگ شخصیت و بهزیستی مدرسه: نقش واسطه‌ای عاطفه مثبت و منفی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۱۳۹۷؛ ۹ (۳۴): ۱۵۸-۱۳۱.
- ۳۰- عبدی رضا، چلبیانلو غلامرضا، و جوربنیان افسانه. پیش‌بینی ابعاد ناگویی هیجانی بر اساس مدل ابعاد ناپنج‌گانه شخصیت. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۵؛ ۲۲ (۳): ۲۲۹-۲۲۲.
- ۳۱- بشارت محمدعلی، کوچی صدیقه، دهقانی محسن، فراهانی حجت‌اله، مؤمن‌زاده سیروس. بررسی نقش تعدیل‌کننده عاطفه مثبت و منفی بر رابطه بین ناگویی هیجانی و شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۲): ۱۱۱-۱۰۳.
- ۳۲- عطادخت اکبر، نریمانی محمد، فلاحیان حسین نقش اجتناب‌شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در پیش‌بینی اضطراب حالت-صفت پرستاران. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*. ۱۳۹۸؛ ۵ (۱): ۳۵-۵۰.
- ۳۳- قلی‌پور مریم، احمدی تیمور، جعفرزاده سیمین، ذورقی زهرا. رابطه بین سبک‌های فرزند پروری ادراک‌شده با ناگویی هیجانی با نقش واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی. پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی. ۱۳۹۷؛ ۲۰۸-۰۵.
- 34-Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. The Psychological Corporation *Harcourt Brace & Company San Antonio*.1996.
- ۳۵- حق‌شناس ح. طراحی پنج عاملی ویژگی‌های شخصیتی (رهنمودها و هنجارهای آزمون NEO-FFI و NEO-PI-R). شیراز، ایران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز. ۱۳۸۵.
- 36-Bagby R.M, Parker J. D. A, Taylor G. J. The twenty- item Toronto alexithymia scale-I:item selection and cross- validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic Research*.1994; 38, 23-32.
- 37-Watson D, Clark L.A, Tellegen A. Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*.1988; 54(6), 1063-1070.

- 52-Magee C. A, Miller L. M, Heaven P. C. Personality trait change and life satisfaction in adults: the role of age and hedonic balance. *Personality and Individual Differences*.2013; 55(6), 694-698.
- 53-Panaccio A, Vandenberghe C. Five-factor model of personality and organizational commitment: The mediating role of positive and negative affective states. *Journal of Vocational Behavior*.2012; 80(3), 647-658.
- 54-Mutlu T, Balbag Z, Cemrek F. The role of self-esteem, locus of control and big five personality traits in predicting hopelessness, *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2012; 9, 1788-1792.
- ۵۵- وثوقی اصغر، بخشی‌پور رودسری عباس، هاشمی تورج، فتح‌الهی سیامک. روابط ساختاری ابعاد شخصیتی نئو با نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی و افسردگی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۱؛ ۱۸ (۳): ۲۳۳-۲۴۴.
- ۵۶- اعظمی سعید، مکوند حسینی شاهرخ، دکانی مینا، ضمیری‌نژاد سمیه. الگوی تغییر فعالیت قشری مغز تحت القای عاطفه مثبت و منفی با توجه به برون‌گرایی و نوروزگرایی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*. ۱۳۹۲؛ ۵ (۴): ۶۸۷-۶۹۶.
- 47-Feldman G. C, Joormann J, Johanson S. L. Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognit Ther Res*. 2008; 23(4):507.
- 48-DeGucht V, Fischler B, Heiser, W. Neuroticism Alexithymia, Negative Affect and Positive Affect as Determinants of Medically Unexplained Symptoms. *Perso and Indi*. 2004.
- ۴۹- امیریور برزو، زکی یی علی، کلهرنیا گلکار مریم. رابطه همدلی هیجانی متعادل و رضایت از زندگی با ناگویی خلقی در پرستاران، ماماها و کاردان‌های اتاق عمل. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. ۱۳۹۴؛ ۱۲ (۲): ۸-۱.
- ۵۰- خواجه فرزانه، خضری مقدم نوشیروان. رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین‌شخصی با رضایت زناشویی در پرستاران زن متأهل. *مجله پرستاری و مامایی*. ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۷): ۶۳۸-۶۳۰.
- 51-Wilson R. E, Hamis K, Vazire S. Personality and friendship satisfaction in daily life: Do every day social interactions account for individual differences in friendship satisfaction, *European Journal of Personality*.2015; 29(2), 173-186.

برازش مدل ساختاری رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره‌های هیجانی با توجه به متغیرهای میانجی نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی با رغبت به ازدواج

نویسندگان

رسول روشن چسلی^{۱*}، حجت‌الله فراهانی^۲، مریم مرواریدی^۳

۱. استاد تمام گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. h.farahani@modares.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. mm.morvaridi88@gmail.com

چکیده

مقدمه: سبک‌های دل‌بستگی با میزان توانایی در نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی ارتباط دارند؛ بنابراین این فرضیه وجود دارد که رغبت به ازدواج افراد از سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا، و طرح‌واره‌های هیجانی مثبت تأثیر بگیرد و نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری نیز در این مورد مهم باشد، به این ترتیب پژوهش حاضر به دنبال بررسی این روابط بود. **روش:** این مطالعه از نوع طرح‌های همبستگی مبتنی بر تحلیل روابط ساختاری (مدل‌سازی معادلات ساختاری) است. نمونه آماری در این مطالعه ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شاهد تهران و فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۹-۱۴۰۰ بودند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه‌های زیر است: رغبت‌سنج ازدواج پوراعتماد و همکاران که در سال ۱۳۸۲ ساخته شده است، پرسشنامه نظم‌جویی هیجانی گراس در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است، پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی لیهی در سال ۲۰۱۲ ساخته شده است، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی که دنیس و همکاران ۲۰۱۰ ساخته‌اند و مقیاس دل‌بستگی بزرگ‌سالان بشارت که ۱۳۸۶ ساخته شده است. پرسشنامه‌ها از طریق اشتراک‌گذاری در فضای مجازی تکمیل شدند. در تحلیل یافته‌های این مطالعه از روش‌های آمار توصیفی با استفاده از نرم‌افزار SPSS و از ضرایب مسیر بین متغیرهای مدل در نرم‌افزار لیزرل و سایر شاخص‌های برازندگی استفاده شد. **نتایج:** یافته‌ها نشان داد که انواع سبک‌های دل‌بستگی می‌توانند میزان رغبت به ازدواج را تحت تأثیر قرار دهند. همچنین سبک‌های دل‌بستگی از روابط معناداری با ارزیابی مجدد شناختی، سرکوبی هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی برخوردار بودند. از میان طرح‌واره‌های هیجانی نیز فقط طرح‌واره قابل کنترل بودن هیجان‌ها به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی رغبت به ازدواج بود. در بررسی روابط غیرمستقیم شاهد آن بودیم که تأثیر سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره کنترل بر رغبت به ازدواج با ورود متغیرهای میانجی کاهش یافت و بیشترین اثر مربوط به متغیر انعطاف‌پذیری شناختی بود. **بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش تأثیر سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره‌های هیجانی را بر میزان رغبت به ازدواج افراد با تکیه بر شیوه‌های ارزیابی و مدیریت هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی آنها نشان داد. از این رو می‌توان این متغیرها را در گستره ارتباطات بین‌فردی و مشکلات روان‌شناختی در ایجاد و حفظ روابط مؤثر و افزایش تمایل به ازدواج مورد توجه قرار داد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۴/۰۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۱/۱۰/۱۷



کلیدواژه‌ها

سبک‌های دل‌بستگی، طرح‌واره‌های هیجانی، نظم‌جویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی، رغبت به ازدواج.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

Rasolroshan@yahoo.com

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی نویسنده اول است.

مقدمه

شناختی فرد بر اساس مجموعه‌ای از ارتباطات با افراد خاص رخ می‌دهد. گروهی از محققان با ابداع یک موقعیت آزمایشگاهی معروف به موقعیت ناآشنا^۲ تفاوت‌های فردی در دل‌بستگی کودک به مادر را بررسی کرده و سه سبک دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در کودکی توصیف کرده‌اند که در بزرگسالی نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در نهایت آنها سه سبک اصلی دل‌بستگی بزرگسالی را^۳ تعریف می‌کنند: سبک دل‌بستگی ایمن^۳، مضطرب/دوسوگرا^۴ و اجتنابی^۵. سبک‌های دل‌بستگی قواعد عاطفی و شناختی و راهبردهایی که واکنش‌های هیجانی را در افراد و روابط بین‌فردی هدایت می‌کنند، معین می‌کنند [۱۰ و ۱۱].

افراد ایمن، اجتنابی و دوسوگرا راهبردهای کاملاً متفاوتی برای تنظیم عواطف و پردازش اطلاعات هیجانی به کار می‌برند. سبک دل‌بستگی اگرچه در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد ولی در تمام طول عمر بر زندگی فرد اثر می‌گذارد و ابعاد مختلف مانند روابط صمیمانه، عشق و رغبت به ازدواج را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۲]. در پژوهشی نشان داده شد که از نمره سبک دل‌بستگی می‌توانیم نگرش نسبت به ازدواج را پیش‌بینی کنیم. همچنین سبک دل‌بستگی با میزان آمادگی به ازدواج نیز ارتباط دارد [۱۳].

فردی با دل‌بستگی ایمن در روابط خود احساس امنیت می‌کند و این ظرفیت افزایش‌دهنده رغبت به داشتن رابطه پایدار همراه تعهد و صمیمیت است [۱۴]. پژوهش‌های بسیاری نیز نشان دادند که افراد با سبک دل‌بستگی ایمن از راهبردهای نظم‌جویی کارآمد و افراد با سبک دل‌بستگی ناایمن از راهبردهای نظم‌جویی ناکارآمد استفاده می‌کنند [۱۵؛ ۱۶ و ۱۷]. در واقع می‌توانیم نقص در نظم‌جویی هیجان را به‌طور معناداری در ارتباط با سبک‌های دل‌بستگی افراد بدانیم [۱۸].

طرح‌واره اصطلاحی است که نخستین بار در سال ۱۹۲۹ به کار برده شد. مطابق این نظر آسیب‌شناسی روانی بازتاب طرح‌واره‌های ناسالم و روان‌نژند است که زیربنای سبک

خانواده در تاریخ زندگی بشر به‌عنوان نهادی ثابت و استوار شناخته می‌شود که پایه و اساس شکل‌گیری آن ازدواج است [۱]. ازدواج مفهومی است که با تکیه بر رابطه و پیوند بین زن و مرد تعهدی دائمی ایجاد می‌کند که به شکل‌گیری نهاد خانواده می‌انجامد [۲].

در کشور ایران آمار ازدواج روند نزولی دارد و سن ازدواج در دهه‌های اخیر افزایش یافته است [۳]. پدیده افزایش سن ازدواج نه‌فقط در ایران، بلکه حتی در کشورهای فراصنعتی مانند آمریکا نیز مشاهده می‌شود [۴]. این مسئله دال بر کاهش رغبت به ازدواج است. از این‌رو شناخت دقیق ابعاد و عوامل مؤثر در رغبت به ازدواج ضرورتی مضاعف دارد؛ زیرا در فراهم‌کردن مسیر درست ازدواج و پیشگیری از ازدواج نامناسب مؤثر خواهد بود. به همین دلیل، مهم است که عوامل اثرگذار بر این کاهش رغبت مورد بررسی دقیق علمی و روان‌شناختی قرار گیرد.

رغبت به ازدواج، تمایل به کسب منبع عاطفی و جنسی جهت ارضای نیازهای فردی تعریف شده است و به‌عنوان مهم‌ترین انگیزه برای تشکیل خانواده مطرح می‌شود [۵]. تمایل به ازدواج، دارای چهار بعد یا عامل است که عبارت‌اند از بازخورد یا انتظار از ازدواج، آمادگی برای ازدواج، نگرش نسبت به پدیده ازدواج و موانع ازدواج [۶].

از سوی دیگر برای ازدواج هم آمادگی‌هایی لازم است از جمله ۵ آمادگی اساسی را می‌توان نام برد: ۱. رشد جسمی، ۲. رشد اخلاقی، ۳. رشد عقلی، ۴. رشد اجتماعی، ۵. رشد عاطفی و هیجانی [۷]. از آنجا که رشد عاطفی و هیجانی بخش مهمی را شامل می‌شود و از سوی دیگر این موضوع مورد تأیید قرار گرفته است که به لحاظ نظری، تجارب اولیه افراد در روابط، چه به‌عنوان مشاهده‌کننده و چه به‌عنوان شرکت‌کننده، نقش عمده‌ای در شکل‌گیری انتظارات افراد از ازدواج دارد. در این پژوهش به عوامل مؤثر بر این آمادگی هیجانی که شامل سبک‌های دل‌بستگی، طرح‌واره‌های هیجانی، نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی است پرداخته می‌شود.

نظریه دل‌بستگی^۱ در دهه ۱۹۷۰ مطرح شد [۸] و بر اساس این نظریه، تحول اجتماعی، عاطفی و

2 . Strange Situation
3 . Secure
4 . Anxious/Ambivalent
5 . Avoidant

1 . Attachment Theory

طرح‌واره هیجانی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی تعارض زناشویی است [۲۴]. رابطه ساختاری مستقیم بین طرح‌واره هیجانی و رغبت به ازدواج مورد تأیید قرار گرفته است [۲۵]. یافته‌های پژوهش‌های دیگر نیز نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در پیش‌بینی رغبت به ازدواج در دانشجویان مورد تأیید قرار دادند [۲۶ و ۱].

اینکه چقدر افراد بر اساس یک طرح‌واره هیجانی خاص به صورت افراطی و در همه موقعیت‌ها رفتار کنند با سازه‌ای به نام انعطاف‌پذیری شناختی^{۱۸} در ارتباط است. به میزان تجربه‌پذیری و تغییرپذیری فرد در مقابل تجربه‌های درونی و بیرونی، برای سازگار شدن با محیط و تغییرات آن در موقعیت‌های متفاوت انعطاف‌پذیری شناختی می‌گویند. این ویژگی شخصیتی در افراد مختلف به درجات مختلف وجود دارد و نوع واکنش افراد را در مقابل تجربه‌های جدید معین می‌کند [۲۷]. نظریه‌های نوین به انعطاف‌پذیری به‌عنوان ساختار چندبعدی نگاه می‌کنند که شامل متغیرهای بنیادینی مانند مزاج، شخصیت و مهارت است. این مهارت‌ها همچون مهارت حل مسئله به فرد اجازه می‌دهند تا با وقایع آسیب‌زای زندگی سازگاری مطلوبی پیدا کنند [۲۸]. بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام‌شده افراد دارای سبک دل‌بستگی ایمن همواره دارای سطوح بالاتری از انعطاف‌پذیری شناختی هستند و قادرند خود را با شرایط گوناگون سازگار کنند [۱۶، ۲۹، ۳۰ و ۳۱].

نظم‌جویی هیجان^{۱۹} شامل طبقه‌بندی وسیعی از فرایندهای داخلی و خارجی و پاسخ‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیکی است؛ و به‌منظور بازبینی، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی و همچنین برای درک همبسته‌های هیجانی و رفتاری استرس و حالت‌های عاطفی منفی به کار گرفته می‌شوند [۳۲ و ۳۱]. راهبردهای متعددی برای نظم‌جویی هیجانی وجود دارد که در این میان متداول‌ترین راهبرد برای مدیریت و نظم‌جویی تجارب هیجانی و اطلاعات برانگیزاننده هیجان، استفاده از فرایندهای شناختی است [۳۳]. راهبردهای شناختی نظم‌جویی هیجان را می‌توان به دو دسته سازگار (شامل پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و اخذ نظرات) و ناسازگار شامل (ملامت

زندگی به شمار می‌روند [۱۹]. رویکرد طرح‌واره‌های هیجانی در سال ۲۰۰۲ و بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و الگوی فراشناختی هیجان ارائه شد. طرح‌واره هیجانی یک الگوی اجتماعی-شناختی از هیجان و نظم‌جویی هیجانی است که بیان می‌کند نگرش در مورد هیجان موجب تغییرات متفاوتی در فرد می‌شود و اختلال‌های هیجانی از ارزیابی و تفسیر شخص از احساسات خود و راهبردهایی که برای مقابله با آنها به کار می‌گیرد ناشی می‌شود [۲۰]. این نظریه با اقتباس از دیدگاه شناختی بک^۱، طرح‌واره درمانی یانگ^۲، الگوی فراشناختی ولز^۳ و رویکردهای مبتنی بر پذیرش تأثیر گرفته است. آنچه متمایزکننده طرح‌واره درمانی هیجانی است، تلاش مستقیم جهت اثرگذاری بر هیجان افراد و باورهای هیجانی آنهاست. جزئیات شناختی مدل پردازش عاطفه که شامل ۱۴ طرح‌واره هیجانی است و بازتابنده چگونگی پردازش شناختی عواطف و استراتژی پاسخ‌دهی افراد به عواطفشان است عبارت‌اند از دوام^۴، کنترل^۵، قابل‌درک‌بودن^۶، اتفاق نظر^۷، گناه و شرم^۸، خردگرایی^۹، ساده‌انگاشتن هیجان^{۱۰}، ارزش‌های برتر^{۱۱}، ابراز^{۱۲}، اعتباریابی^{۱۳}، پذیرش^{۱۴}، سرزنش^{۱۵}، کرختی^{۱۶} و نشخوار ذهنی^{۱۷} [۲۱ و ۲۲].

طرح‌واره‌های هیجانی در رابطه زناشویی و ازدواج مهم هستند و بر ماهیت و کارکرد رابطه زناشویی تأثیر می‌گذارند؛ چراکه توانایی شناسایی هیجان‌ها و ابراز آنها در رغبت به ایجاد و حفظ رابطه رضایت‌بخش با همسر و همچنین در توانایی فهم و پذیرش هیجان‌های شریک مقابل نقش به‌سزایی دارند [۲۳]. نتیجه یک مطالعه نشان داد که

- 1 . Beck A
- 2 . Young J.
- 3 . Wells A
- 4 . Duration
- 5 . Control
- 6 . Comprehensibility
- 7 . Consensus
- 8 . Guilt & Shame
- 9 . Rationality
- 10 . Simplistic view of emotion
- 11 . Higher Values
- 12 . Expression
- 13 . Validation
- 14 . Acceptance
- 15 . Blame
- 16 . Numbness
- 17 . Rumination

18 . Cognitive Flexibility

19 . Emotion Regulation

ب) **نمونه پژوهش:** برای محاسبه حجم نمونه به ادبیات پژوهشی مرتبط با روش آماری ESM مراجعه شده است. مطابق یک دیدگاه آماری [۳۶] با در نظر گرفتن نرخ ریزش، حجم نمونه ۳۰۰ نفری را خوب، ۵۰۰ نفر را خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفری را عالی دانسته است. با در نظر گرفتن مجموعه این دیدگاه‌ها، حجم نمونه مطالعه با در نظر گرفتن احتمال ریزش، تعداد ۵۰۰ نفر است.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های زیر بود: **پرسشنامه رغبت سنج ازدواج:** نسخه دانشجویی (پرساد): این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال شامل ۲۳ سؤال ۵ گزینه‌ای و یک سؤال اضافی برای سن طلائی ازدواج است. چهار عامل برای آن مشخص شد که عبارت‌اند از ۱. بازخورد نسبت به ازدواج، ۲. آمادگی و تمایل برای ازدواج، ۳. نگرش نسبت به پیامدهای ازدواج و ۴. موانع ازدواج. روایی محتوا توسط متخصصان تأیید و ضریب همبستگی بین دو بار اجرای این آزمون در سطح معناداری ۰/۰۰۱ برابر با ۰/۸۹ است و همسانی درونی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شده و برابر با ۰/۹۳ است. بدین ترتیب پرساد دارای ۵ نمره است که چهار نمره برای عوامل آن و یک نمره کل برای رغبت به ازدواج است [۳۷].

پرسشنامه نظم جویی هیجانی: یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۰ ماده‌ای است که از دو مقیاس تشکیل می‌شود که مربوط به دو راهکار متفاوت نظم‌جویی هیجان است: ارزیابی مجددشناختی (۶ ماده) و فرونشانی بیانی (۴ ماده). سؤال‌ها با استفاده از دامنه‌ای از نمرات از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) ارزیابی می‌شوند [۳۸]. خصوصیات روان‌سنجی نسخه ایرانی پرسشنامه نظم‌جویی هیجان در مطالعه‌ای بررسی شد [۳۹]. در این مطالعه همسانی درونی ضرایب آلفا در تمامی گروه‌ها، بالای ۰/۸۰ بود. همچنین نتایج همبستگی بازآزمایی ۵ هفته‌ای در جامعه ایرانی نمره تقریبی ۰/۷ را نشان داد. برای اندازه‌گیری اعتبار سازه نیز همبستگی میان این پرسشنامه با سایر مقیاس‌هایی که برای ارزیابی هیجان‌های مختلف به کار می‌رفتند محاسبه شد. نتایج نشان داد که ارزیابی مجدد بیشتر با هیجان‌های مثبت و کمتر با هیجان منفی همبستگی داشت در مقابل آن فرونشانی بیشتر با هیجان

خویش، ملامت دیگران، فاجعه‌سازی و نشخوارگری) تقسیم کرد [۳۴]. نظم‌جویی هیجان در زمینه روابط زناشویی و کیفیت این روابط می‌تواند نقشی کلیدی داشته باشد. این مفهوم بسیار گسترده است و فرایندهای نظم‌بخشی بی‌شماری را دربرمی‌گیرد که ممکن است علاوه بر فرایندهای هوشیار و ناهشیار شناختی، حیطه وسیعی از فرایندهای جسمی، اجتماعی و رفتاری را مثل رغبت به ازدواج شامل شود [۳۵].

از آنجایی که مسئله تمایل و رغبت به ازدواج و بررسی علل آن در جوامع کنونی اهمیت زیادی یافته است و با توجه به اینکه سبک‌های دل‌بستگی با میزان توانایی در نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی ارتباط دارند این فرضیه وجود دارد که رغبت به ازدواج در افراد از سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا، و طرح‌واره‌های هیجانی مثبت همراه با داشتن نظم‌جویی هیجانی بالا و انعطاف‌پذیری تأثیر بگیرد؛ بنابراین این پژوهش به دنبال بررسی برازش مدلی مفهومی خواهد بود که مطابق آن سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره‌های هیجانی ساده‌انگاری هیجان‌ها، خردگرایی، قابل درک بودن، کنترل و پذیرش با توجه به میانجی‌گری نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی، رغبت به ازدواج را در دانشجویان پیش‌بینی کند و از برازش مناسبی برخوردار باشد. نتایج پژوهش می‌تواند به سیاست‌گذاری‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی و مداخله‌های بالینی در حوزه خانواده و پیش از ازدواج در مورد افزایش رغبت به ازدواج در جوانان و کاهش آسیب‌های ناشی از افزایش سن ازدواج کمک کند.

روش

این مطالعه از نوع طرح‌های همبستگی مبتنی بر تحلیل روابط ساختاری (مدل‌سازی معادلات ساختاری) است. در این پژوهش سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره‌های هیجانی متغیر پیش‌بین، نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی متغیر میانجی و رغبت به ازدواج متغیر ملاک است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: در این مطالعه جامعه آماری دانشجویان دانشگاه شاهد و فردوسی مشهد، در سال تحصیلی ۹۹-۱۴۰۰ بودند.

منفی و کمتر با هیجان مثبت همبسته بود.

پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی: این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال است که در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (۱: درباره من کاملاً اشتباه است ۲: درباره من کاملاً درست است) محاسبه می‌شود. به‌طور کلی مشخص می‌کند که فرد طی ماه گذشته با احساس‌ها و هیجان‌های خود چگونه برخورد می‌کند؟ لیهی ۱۴ طرح‌واره هیجانی را پیشنهاد کرد که شامل بی‌اعتمادی، عدم درک، احساس گناه، ساده‌انگاری هیجانی، فاقد ارزش ماده، فقدان کنترل ماده، کرختی ماده، بسیار منطقی، تداوم، هشیاری ضعیف، عدم پذیرش احساسات، نشخوار فکری، اظهارگری ضعیف، احساس شرم است. در مطالعه‌ای در ایران به بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیهی فرم کوتاه ۲۸ سؤالی^۱ پرداختند [۱۸]. در این مطالعه مقیاس ۲۸ سؤالی روی ۶۱۳ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های کشور اجرا شد. به‌منظور بررسی روایی هم‌گرای مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیهی از ضرایب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه پذیرش و اقدام-نسخه دوم^۲، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۳ و پرسشنامه فراشناخت-۴۳^۴ استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل عوامل اکتشافی^۵ و تحلیل عاملی تأییدی^۶ نشان داد که ۲۸ ماده LESS-II دارای هفت عامل بود، از جمله دیدگاه بی‌ارزش، ساده‌انگارانه نسبت به هیجان‌ها/عقلانی‌سازی، از دست‌دادن کنترل/سرزنش، نشخوار فکری/غیرقابل درک‌بودن، عدم پذیرش هیجان‌ها/اعتبارزدایی و توافق پایین/برازگری کم و کرختی. روایی و پایایی LESS-II تأیید شد. همچنین، ساختار دو عاملی پیشنهادشده در مطالعات قبلی دارای تناسب قابل قبولی بود. نتایج نشان می‌دهد که LESS-II با مدل‌های هفت عاملی و دو عاملی مقیاس قابل اعتماد و معتبری در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران است. برای بررسی روایی سازه این مقیاس نیز از روش‌های همبستگی‌های درونی و تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد و پایایی^۷ این مقیاس از

طریق روش باز آزمایی در فاصله چهار هفته برای کل سؤالات ۰/۷۴ ضرایب آزمون مجدد برای LESS-II و فاکتورهای آن به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۵، ۰/۶۵، ۰/۶۲، ۰/۵۱، ۰/۵۶ و ۰/۵۴ بود. بنابراین، این مطالعه پایایی کافی فاکتورهای هفتگانه LESS-II را نشان داد. درنهایت، روایی^۸ هم‌زمان LESS-II از طریق همبستگی آن با AAQ-II، CERQ و MCQ-30 ارزیابی شد. یافته‌ها روایی هم‌زمان خوبی را نشان داد. همچنین این مقیاس ارتباط معناداری نیز با مقیاس‌های بالا نشان داد. (AAQ (r=0.55, p<0.01), CERQ (r=0.25, p<0.01), [MCQ-30(r=0.50, p<0.01)].

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است و برای سنجش نوعی انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی است. نمرات سؤالات به‌صورت ۱ تا ۷ است و سؤالات ۱۷، ۱۱، ۹، ۷، ۴، ۲ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. جمع نمره کل سؤالات، نمره کل آزمون انعطاف‌پذیری شناختی را به دست می‌دهد. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ کند ۱۴۰ و پایین‌ترین نمره ۲۰ است. این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی هم‌گرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار است [۴۱]. در ایران ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و ضریب باز آزمایی را ۰/۷۰ گزارش کردند. یافته‌های مطالعات در ایران نشان داد که هم نسخه اصلی و هم نسخه ایرانی آن از قابلیت اطمینان قابل قبولی برخوردار است [۴۲].

مقیاس دل‌بستگی بزرگسالان: این مقیاس یک پرسشنامه دو قسمتی است و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است. در قسمت اول سه سبک دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا با ۲۱ سؤال در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هیچ: ۱، کم: ۲، متوسط: ۳ و خیلی زیاد: ۵) از هم متمایز می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی ۲۴۰ نفری به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ بوده است و برای دانشجویان دختر ۰/۷۴، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۳، ۰/۷۱ و ۰/۷۲ بود که

1. LESS-II
2. AAQ-II
3. CERQ
4. MCQ-30
5. EFA
6. CFA
7. reliability

شده است: در گام اول برای بررسی خصوصیات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه و همچنین توزیع نمره‌های آزمودنی‌ها و همبستگی‌های بین متغیرهای پژوهش روش‌های آمار توصیفی شامل محاسبه فراوانی‌ها، میانگین‌ها، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی (با استفاده از نرم‌افزار SPSS) به کار گرفته شد.

در گام دوم داده‌ها از لحاظ پیش‌فرض نرمال بودن مقادیر مورد بررسی قرار گرفت و ضمن تأیید این فرض، برای بررسی و پاسخ به فرضیه اصلی از روش معادلات ساختاری استفاده شد. برای آزمون نقش متغیرهای میانجی، از ضرایب مسیر بین متغیرهای مدل (تحلیل مسیر) در نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

نتایج

نمونه پژوهش حاضر را ۲۶۳ نفر زن (۵۲/۶ درصد) و ۲۳۷ نفر مرد (۴۷/۴ درصد) تشکیل داده بودند. همچنین میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۴/۹ و انحراف معیار آن ۴/۱۵ بود. کمترین سن آزمودنی‌ها ۱۸ سال و بیشترین سن آنها ۳۹ سال بود. یافته‌های توصیفی آزمودنی‌ها در متغیرهای تحقیق در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

نشان از همسانی درونی بالای این مقیاس است. در قسمت دوم آزمودنی با انتخاب یک گزینه از سه گزینه‌ای که سه نوع دل‌بستگی را توصیف می‌کند، سبک دل‌بستگی خود را مشخص می‌کند. ضریب پایایی باز آزمایی مقیاس دل‌بستگی بزرگ‌سال برای یک نمونه ۳۰ نفری در دو نوبت بافاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۲ آزمودنی‌های پسر ۰/۹۳ و آزمودنی‌های دختر ۰/۹۰ محاسبه شد. اعتبار محتوایی مقیاس دل‌بستگی بزرگ‌سال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های چهار نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت [۴۳].

شیوه انجام پژوهش

با توجه به شیوع بیماری کووید ۱۹ از نمونه‌گیری دردسترس از میان دانشجویان دانشگاه شاهد و فردوسی مشهد استفاده شد. ابتدا پرسشنامه‌ها به صورت الکترونیکی تهیه شد و از افراد مورد مطالعه خواسته شد تا ضمن مراجعه به سایت مربوطه و مطالعه فرم رضایت آگاهانه در ابتدای تکمیل پرسشنامه‌ها که در فضای مجازی به اشتراک گذاشته شده به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمایند.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل یافته‌های این مطالعه دو گام در نظر گرفته

جدول شماره ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیرهای تحقیق	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
سبک دل‌بستگی	سبک دل‌بستگی ایمن	۱۴/۶۹	۵/۲۷	۵
	سبک دل‌بستگی اجتنابی	۱۳/۱۹	۶/۰۱	۵
	سبک دل‌بستگی دوسوگرا	۱۳/۷۹	۵/۵۹	۵
طرح‌واره‌های هیجانی مثبت	قابل درک بودن	۳/۱۸	۱/۶۱	۱
	ساده‌انگاشتن هیجان‌ها	۴/۰۳	۱/۱۳	۱
	کنترل	۳/۰۷	۱/۶۵	۱
	خردگرایی	۴/۰۴	۱/۱۸	۱
نظم‌جویی هیجانی	پذیرش	۳/۷۲	۰/۸۶	۱
	ارزیابی مجدد شناختی	۲۵/۸	۱۰/۴۴	۶
	سرکوبی هیجان‌ها	۱۳/۷	۷/۲۷	۴
نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی				
نمره کل پرسشنامه رغبت به ازدواج				
	۹۲/۳	۲۹/۰۳	۲۳	۱۴۰
	۷۳/۴۲	۲۲/۸۳	۲۵	۱۱۵

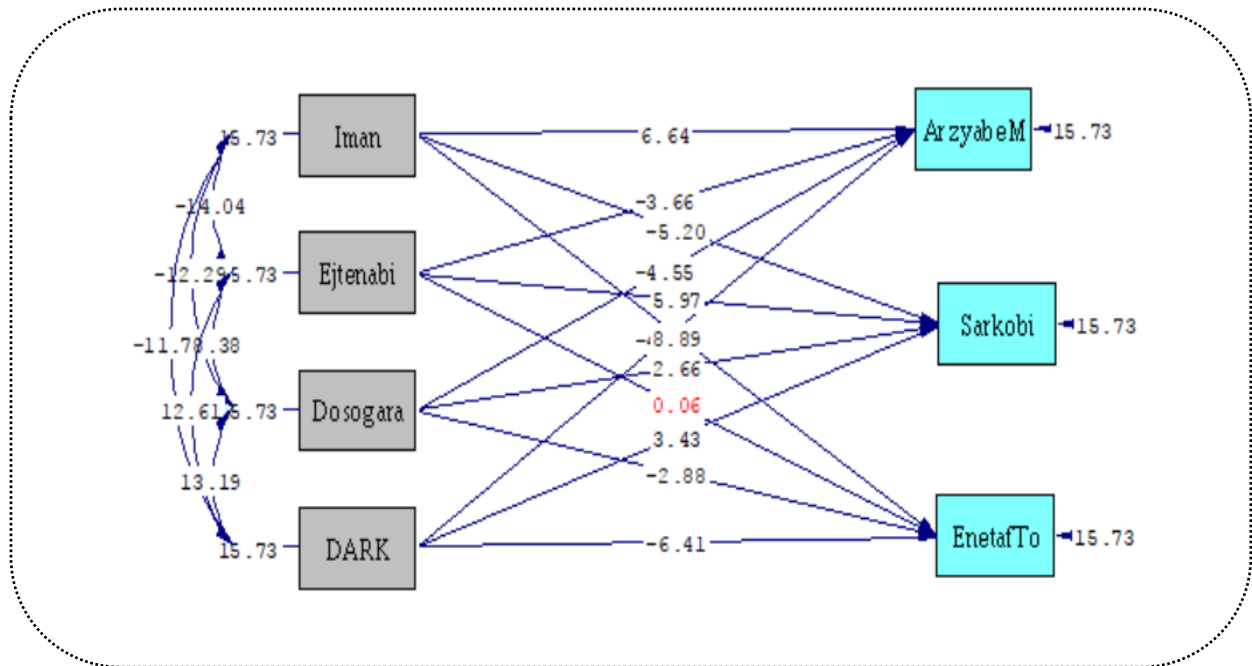
این نتایج نشان می‌دهد که بیشترین میانگین مربوط به سبک دل‌بستگی ایمن سپس سبک دل‌بستگی دوسوگرا و سبک دل‌بستگی اجتنابی بود. مطابق این یافته‌ها، نمره آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد متغیر نظم‌جویی هیجانی بیشتر از نمره آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس سرکوبی بود که نشانگر استفاده بیشتر افراد مورد مطالعه از این شیوه تنظیم هیجان است. افراد مورد مطالعه در انعطاف‌پذیری شناختی نیز نمرات بالایی را به دست آورده بودند. نمرات آزمودنی هم در طرح‌واره‌های هیجانی بسیار نزدیک به هم

جدول شماره ۲. ماتریس همبستگی روابط بین متغیرهای اصلی تحقیق

متغیرها	شناختی	ارزیابی مجدد	سرکوبی هیجان‌ها	انعطاف‌پذیری شناختی	نمره کل هیجان‌ها	ساده انگاشتن	خردگرایی	قابل درک‌بودن	کنترل	پذیرش	ایمن	سبک دل‌بستگی اجتنابی	سبک دل‌بستگی دوسوگرا	سبک دل‌بستگی	ازدواج	نمره کل رغبت به
ارزیابی مجدد شناختی	۱															
سرکوبی هیجان‌ها	-۰/۶۷	۱														
نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۷۷	-۰/۶۸	۱													
ساده‌انگاشتن هیجان‌ها	۰/۳۰	-۰/۲۶	۰/۴۶	۱												
خردگرایی	۰/۲۰	-۰/۱۶	۰/۳۹	۰/۶۳	۱											
قابل درک‌بودن	-۰/۶۷	۰/۶۳	-۰/۶۶	-۰/۱۴	-۰/۰۷	۱										
کنترل	-۰/۶۶	۰/۶۳	-۰/۶۸	-۰/۱۸	-۰/۱۴	۰/۷۹	۱									
پذیرش	۰/۰۳	-۰/۰۳	۰/۱۵	۰/۴۳	۰/۴۸	۰/۱۴	۰/۴۸	۱								
سبک دل‌بستگی ایمن	۰/۷۳	-۰/۷۱	۰/۷۱	۰/۱۹	۰/۰۷	-۰/۶۲	۰/۰۷	-۰/۰۷	۱							
سبک دل‌بستگی اجتنابی	-۰/۷۳	۰/۷۴	-۰/۶۶	-۰/۱۲	-۰/۰۴	۰/۶۹	-۰/۰۴	۰/۷۲	۰/۱۴	۱						
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	-۰/۷۰	۰/۶۶	-۰/۶۴	-۰/۱۵	-۰/۱۰	۰/۷۴	-۰/۱۰	۰/۷۳	۰/۱۱	-۰/۶۶	۱					
نمره کل رغبت به ازدواج	۰/۷۶	-۰/۶۹	۰/۷۴	۰/۲۸	۰/۲۰	-۰/۶۵	۰/۲۰	-۰/۶۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۶۹	۰/۷۰	-۰/۶۵	۱		

میانجی بررسی شد و مقادیر ضرایب مسیر آن محاسبه شد. نتایج که در جدول شماره ۳ ارائه شده است نشان می‌دهد که سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره قابل درک‌بودن پیش‌بینی‌کننده معنادار ارزیابی مجدد، سرکوب هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی است. در این میان فقط سبک دل‌بستگی اجتنابی نتوانست پیش‌بینی معناداری از متغیر انعطاف‌پذیری شناختی به دست بدهد. شکل شماره ۱ این نتایج را به نمایش درآورده است.

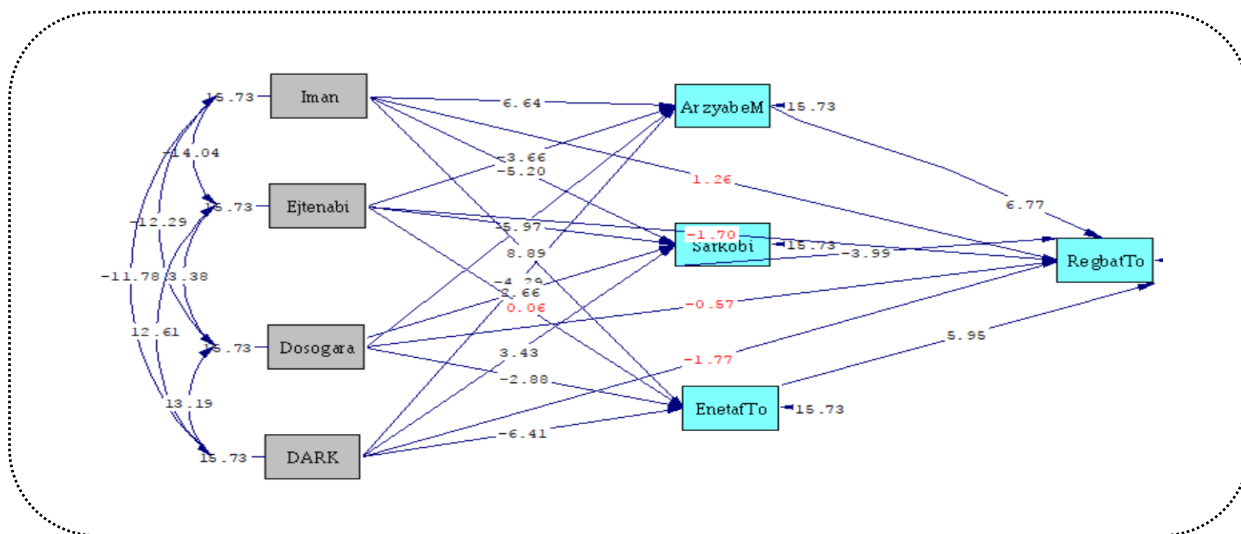
با توجه به عدم معناداری ضریب همبستگی بین طرح‌واره‌های پذیرش، خردگرایی و ساده‌انگاری هیجان‌ها و متغیر رغبت به ازدواج این سه متغیر (پذیرش و خردگرایی و ساده‌انگاری هیجان‌ها) از معادله تحلیل مسیر حذف شدند. طرح‌واره کنترل نیز در ادامه تحلیل‌ها ضریب پیش‌بینی معناداری با متغیر رغبت به ازدواج نداشت و قادر به پیش‌بینی این متغیر نبود. لذا از مدل کنار گذاشته شد. در ادامه و با اصلاح مدل که در قالب شکل شماره ۵ ارائه شده است نقش متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیرهای



شکل شماره ۱. تحلیل مسیر رابطه سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره قابل درک‌بودن بر روی ارزیابی مجدد، سرکوب هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی (معناداری)

جدول شماره ۳. بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیرهای میانجی

متغیرهای مستقل (یا متغیرهای x)	مقصد رابطه متغیر وابسته (یا متغیر y)	ضرایب تأثیر استاندارد (بما)	آمار t	سطح معناداری
سبک دل‌بستگی ایمن	ارزیابی مجدد شناختی	.۳۱	۶/۶۴	.۰۰۰
سبک دل‌بستگی ایمن	سرکوبی هیجان‌ها	-.۲۶	-۵/۲	.۰۰۰
سبک دل‌بستگی ایمن	انعطاف‌پذیری شناختی	-.۴۴	-۸/۸۹	.۰۰۰
سبک دل‌بستگی اجتنابی	ارزیابی مجدد شناختی	-.۲۰	-۳/۶۶	.۰۰۰
سبک دل‌بستگی اجتنابی	سرکوبی هیجان‌ها	.۳۴	۵/۹۷	.۰۰۰
سبک دل‌بستگی اجتنابی	انعطاف‌پذیری شناختی	.۰	.۰۶	-----
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	ارزیابی مجدد شناختی	-.۲۱	-۴/۵۵	.۰۰۰
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	سرکوبی هیجان‌ها	.۱۳	۲/۶۶	.۰۰۰
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	انعطاف‌پذیری شناختی	-.۱۴	-۲/۸۸	.۰۰۰
طرح‌واره قابل درک‌بودن	ارزیابی مجدد شناختی	-.۱۸	-۴/۲۹	.۰۰۰
طرح‌واره قابل درک‌بودن	سرکوبی هیجان‌ها	.۱۵	۳/۴۳	.۰۰۰
طرح‌واره قابل درک‌بودن	انعطاف‌پذیری شناختی	-.۲۹	-۶/۴۱	.۰۰۰



شکل شماره ۲. تحلیل مسیر نقش واسطه‌گری متغیرهای ارزیابی هیجانی، سرکوب هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه میان سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره قابل درک بودن با متغیر رغبت به ازدواج (معناداری)

جدول شماره ۴. بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته و میانجی (مدل)

متغیرهای مستقل (یا متغیرهای x)	مقصد رابطه متغیر وابسته (یا متغیر y)	گاما (ضرایب تأثیر استاندارد)	آماره t	سطح معناداری	تأیید/رد
سبک دل‌بستگی ایمن	ارزیابی مجدد شناختی	۰/۳۱	۶/۶۴	۰/۰۰۰	تأیید
سبک دل‌بستگی ایمن	سرکوبی هیجان‌ها	-۰/۲۶	-۵/۲	۰/۰۰۰	تأیید
سبک دل‌بستگی ایمن	انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۴۴	۸/۸۹	۰/۰۰۰	تأیید
سبک دل‌بستگی اجتنابی	ارزیابی مجدد شناختی	-۰/۲۰	-۳/۶۶	۰/۰۰۰	تأیید
سبک دل‌بستگی اجتنابی	سرکوبی هیجان‌ها	۰/۳۴	۵/۹۷	۰/۰۰۰	تأیید
سبک دل‌بستگی اجتنابی	انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۰	۰/۰۶	---	رد
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	ارزیابی مجدد شناختی	-۰/۲۱	-۴/۵۵	۰/۰۰۰	تأیید
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	سرکوبی هیجان‌ها	۰/۱۳	۲/۶۶	۰/۰۰۰	تأیید
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	انعطاف‌پذیری شناختی	-۰/۱۴	-۲/۸۸	۰/۰۰۰	تأیید
طرح‌واره قابل درک بودن	ارزیابی مجدد شناختی	-۰/۱۸	-۴/۲۹	۰/۰۰۰	تأیید
طرح‌واره قابل درک بودن	سرکوبی هیجان‌ها	۰/۱۵	۳/۴۳	۰/۰۰۰	تأیید
طرح‌واره قابل درک بودن	انعطاف‌پذیری شناختی	-۰/۲۹	-۶/۴۱	۰/۰۰۰	تأیید
سبک دل‌بستگی ایمن	رغبت به ازدواج	۰/۰۶	۱/۲۶	---	رد
سبک دل‌بستگی اجتنابی	رغبت به ازدواج	-۰/۰۹	-۱/۷	---	رد
سبک دل‌بستگی دوسوگرا	رغبت به ازدواج	-۰/۰۳	-۰/۵۷	---	رد
طرح‌واره قابل درک بودن	رغبت به ازدواج	-۰/۰۸	۱/۷۷	---	رد
ارزیابی مجدد شناختی	رغبت به ازدواج	۰/۲۹	۶/۷۷	۰/۰۰۰	تأیید
سرکوبی هیجان‌ها	رغبت به ازدواج	-۰/۱۷	-۳/۹۹	۰/۰۰۰	تأیید
انعطاف‌پذیری شناختی	رغبت به ازدواج	۰/۲۴	۵/۹۵	۰/۰۰۰	تأیید

این یافته نشان می‌دهد که با وجود سه متغیر میانجی ارزیابی مجدد شناختی، سرکوبی هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی نقش مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر رغبت به ازدواج معنادار نشده و این متغیرها اثر مستقیم خود را از دست داده‌اند. این یافته حاکی از آن است که این سه متغیر میانجی تمام تأثیر را در مدل تبیین می‌کنند و در نتیجه مدل میانجی، یک مدل کامل است.

این یافته نقش واسطه‌ای متغیرهای تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی را بین متغیرهای مستقل و متغیر رغبت به ازدواج تأیید می‌کند و لذا می‌توان عنوان کرد که مدل تحقیقاتی از قدرت توضیح خوبی برای نقش میانجی‌گری متغیرهای تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی برخوردار است. چنانچه با ورود متغیرهای میانجی به مدل ضرایب مسیر مستقیم مشاهده شده معناداری خود را از دست دادند. از سوی دیگر برآزش مدل با معیارهای آماری مطلوب هم مطابقت دارد. لذا شواهد و نتایج حمایت خوبی از مدل مفهومی پیشنهادی در فرضیه اصلی تحقیق به عمل می‌آورند.

در ادامه ضرایب استاندارد مسیرهای غیرمستقیم مدل اصلاح‌شده در جدول شماره ۵ ارائه می‌شود.

در مرحله بعد که با هدف بررسی مدل پیشنهادی تحقیق تعیین برآزش مدل نقش واسطه‌گری متغیرهای ارزیابی هیجانی، سرکوب هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه میان سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره قابل درک بودن با متغیر رغبت به ازدواج انجام شد، متغیرهای سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره قابل درک بودن به‌عنوان متغیرهای مستقل و پیش‌بین، متغیرهای ارزیابی هیجانی، سرکوب هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان متغیرهای میانجی و متغیر رغبت به ازدواج به‌عنوان متغیر وابسته تحقیق وارد مدل تحلیل مسیر شدند.

نتایج این قسمت در قالب ضرایب مسیر استاندارد و معناداری در جدول شماره ۴ و شکل شماره ۲ به نمایش درآمده است.

همان‌طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد تمامی ضرایب مستقیم از لحاظ آماری معنادار نیستند. با مقایسه ضرایب مسیر مستقیم متغیرهای مستقل به متغیر وابسته رغبت به ازدواج در مرحله اول و مرحله آخر مشاهده می‌شوند که همه ضرایب مستقیم و تأثیر مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر رغبت به ازدواج معناداری خود را از دست داده‌اند.

جدول شماره ۵. ضرایب استاندارد مسیرهای غیرمستقیم مدل اصلاح‌شده

سطح معناداری	آماره Z sobel	گاما (ضرایب تأثیر استاندارد)	متغیر میانجی	مقصد رابطه متغیر وابسته (یا متغیر y)	مبدأ رابطه متغیرهای مستقل (یا متغیرهای x)
.۰۰۰	۴/۷۴	.۰۹	ارزیابی مجدد شناختی	رغبت به ازدواج	سبک دل‌بستگی ایمن
.۰۰۰	۳/۱۶	.۰۴	سرکوبی هیجان‌ها	رغبت به ازدواج	سبک دل‌بستگی ایمن
--	۴/۹۴	.۱	انعطاف‌پذیری شناختی	رغبت به ازدواج	سبک دل‌بستگی ایمن
.۰۰۰	۳/۲۱	.۰۶	ارزیابی مجدد شناختی	رغبت به ازدواج	سبک دل‌بستگی اجتنابی
.۰۰۰	۳/۳۱	.۰۶	سرکوبی هیجان‌ها	رغبت به ازدواج	سبک دل‌بستگی اجتنابی
---	.۰۵	.۰	انعطاف‌پذیری شناختی	رغبت به ازدواج	سبک دل‌بستگی اجتنابی
.۰۰۰	۳/۷۷	.۰۶	ارزیابی مجدد شناختی	رغبت به ازدواج	سبک دل‌بستگی دوسوگرا
.۰۰۰	۲/۲۱	.۰۲	سرکوبی هیجان‌ها	رغبت به ازدواج	سبک دل‌بستگی دوسوگرا
.۰۰۰	۲/۵۹	.۰۳	انعطاف‌پذیری شناختی	رغبت به ازدواج	سبک دل‌بستگی دوسوگرا
.۰۰۰	۳/۶۲	.۰۵	ارزیابی مجدد شناختی	رغبت به ازدواج	طرح‌واره قابل درک بودن
.۰۰۰	۲/۶	.۰۲	سرکوبی هیجان‌ها	رغبت به ازدواج	طرح‌واره قابل درک بودن
.۰۰۰	۴/۳۶	-.۰۷	انعطاف‌پذیری شناختی	رغبت به ازدواج	طرح‌واره قابل درک بودن

می‌تواند رغبت به ازدواج را کاهش دهد [۱۴]. نتایج نشان‌دهنده روابط ضعیف (طرح‌واره‌ها، خردگرایی، ساده‌انگاشتن هیجان‌ها و پذیرش) و گاهی منفی (طرح‌واره‌های قابل درک بودن و کنترل) این طرح‌واره‌ها با متغیر رغبت به ازدواج بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی در تضاد بودند.

تأییدنشدن این فرضیه که بین طرح‌واره‌های شناختی مثبت و رغبت به ازدواج رابطه مثبتی وجود دارد نیز با توجه به نتایج برخی پژوهش‌های قبلی دور از انتظار نیست. اگرچه پژوهش‌های بسیار کمی ارتباط طرح‌واره‌های هیجانی با متغیرهای دیگر را به تفکیک انطباقی و غیرانطباقی بودن بررسی کرده‌اند اما در تبیین این یافته شاید بتوان گفت یکی از دلایل این امر مربوط به تفاوت بین طرح‌واره‌های انطباقی (مثبت) و غیرانطباقی (منفی) است، چنانکه طرح‌واره‌های انطباقی در زندگی هر فرد بیشتر تحت تأثیر آموزش و یادگیری است و فرد باید آن را از افراد موجود در محیط خود مانند والدین فراگیرد و احتمال داشتن چنین طرح‌واره‌هایی از ابتدا زیاد محتمل نیست و فردی که این طرح‌واره‌ها را فرانگرفته است و یا از ابتدا ندارد، وقتی در سنین بالاتر با افراد دیگر یا موقعیت‌هایی که سرشار از هیجان‌ات مثبت و منفی هستند مواجه می‌شود احتمال اینکه طرح‌واره‌های او در این موقعیت‌ها به صورت غیرانطباقی عمل کنند بسیار زیاد خواهد بود [۲۱ و ۲۲].

از آنجایی که در پژوهش حاضر طرح‌واره‌های مثبت ارتباط ضعیف و گاهی منفی با میزان رغبت به ازدواج دانشجویان داشتند و از سوی دیگر ارتباط بین طرح‌واره‌های منفی ناسازگار و میزان رغبت به ازدواج در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند [۱]؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارتباط بین طرح‌واره‌ها و میزان رغبت به ازدواج بیشتر در چهارچوب طرح‌واره‌های منفی و ناسازگار قابل بررسی است. همچنین این یافته تأثیر عوامل فرهنگی و یادگیری را خاطر نشان می‌کند که بایستی مورد بررسی و مطالعه بیشتر قرار گیرد.

نتایج نشان‌دهنده رابطه مثبت بین ارزیابی مجدد شناختی و رغبت به ازدواج و رابطه منفی بین سرکوبی هیجان‌ها با متغیر رغبت به ازدواج بود. همچنین انعطاف‌پذیری شناختی رابطه مثبت و معناداری با رغبت به ازدواج در دانشجویان داشت. رابطه این متغیرها هم با

همان‌طور که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد تمامی مسیرهای غیرمستقیم به غیر از مسیر غیرمستقیم سبک دل‌بستگی ایمن به رغبت به ازدواج با میانجی‌گری متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و مسیر غیرمستقیم سبک دل‌بستگی اجتنابی به رغبت به ازدواج با میانجی‌گری متغیر انعطاف‌پذیری شناختی، معنی‌دار هستند ($p < /0.05$). مسیر غیرمستقیم سبک دل‌بستگی ایمن به رغبت به ازدواج با میانجی‌گری متغیر ارزیابی مجدد شناختی هم دارای بالاترین ضرایب غیرمستقیم است. این یافته‌ها نشان می‌دهد با میانجی‌گری متغیرهای ارزیابی مجدد شناختی، سرکوبی هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی، متغیر سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره قابل درک بودن هیجان‌ها تأثیر خود را از دست داده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که انواع سبک‌های دل‌بستگی می‌توانند میزان رغبت به ازدواج را تحت تأثیر قرار دهند. به طوری که از نمره سبک دل‌بستگی می‌توانیم میزان رغبت به ازدواج را پیش‌بینی کنیم. بدین معنی که افرادی که از سبک دل‌بستگی ایمن برخوردار بودند به‌طور معناداری رغبت بیشتری به ازدواج از خود نشان می‌دهند و رغبت به ازدواج در افراد دارای سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا هم کمتر است. این یافته‌ها همسویی قابل ملاحظه‌ای با نتایج مطالعات در این حوزه دارد [۱۸، ۱۵، ۱۳، ۱۴].

افراد دارای سبک دل‌بستگی ایمن در صورت نیاز می‌توانند با نشان‌دادن عواطف مناسب، مشکلات و رنج‌های روان‌شناختی را شرح دهند و به دلیل داشتن این ظرفیت و توانایی احتمال اینکه رغبت بیشتری به داشتن رابطه پایدار همراه تعهد و صمیمیت مانند ازدواج داشته باشند وجود دارد [۱۴]. از سوی دیگر افراد با دل‌بستگی اجتنابی ضمن تنظیم فاصله با مراقب، از ترس طردشدن یا مورد پرخاشگری قرارگرفتن خیلی به طرف مقابل نزدیک نمی‌شوند. در این حالت مقادیری از صمیمیت فدای غیرفعال‌سازی عواطف می‌شود. دوسوگراها که در شرایط استرس‌زا پاسخ‌های متناقض از سوی مراقب دریافت کرده‌اند؛ حتی زمانی که خطری وجود ندارد به مراقب می‌چسبند. در این حالت ترجیح ماندن در نقطه امن

نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی بر روی رغبت به ازدواج مورد بررسی قرار گرفت.

در نهایت نتایج نشان می‌دهد که با وجود سه متغیر میانجی ارزیابی مجدد شناختی، سرکوب هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی نقش مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر رغبت به ازدواج معنادار نشده و این متغیرها اثر مستقیم خود را از دست داده‌اند. از سوی دیگر برازش مدل با معیارهای آماری مطلوب هم مطابقت دارد. لذا شواهد و نتایج حمایت خوبی از مدل مفهومی پیشنهادی در فرضیه اصلی تحقیق به عمل می‌آورند.

در مجموع یافته‌های تحلیل مسیر مؤید این بود که ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی (به غیر از رابطه سبک دل‌بستگی ایمن و اجتنابی به رغبت به ازدواج) نقش واسطه‌ای را بین متغیرهای پژوهش دارد؛ به عبارت دیگر سبک‌های دل‌بستگی با تأثیر بر ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی آزمودنی‌های تحقیق تغییراتی را در میزان رغبت به وجود آورد.

افراد ایمن، اجتنابی و دوسوگرا راهبردهای کاملاً متفاوتی را برای تنظیم عواطف و پردازش اطلاعات هیجانی به کار می‌برند. اشخاص دارای سبک دل‌بستگی ایمن از آن دسته راهبردهای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند که تنیدگی را به حداقل می‌رسانند و هیجان‌های مثبت را فعال می‌کنند. اشخاص با سبک‌های دل‌بستگی نایمن از آن دسته راهبردهای تنظیم هیجان پیروی می‌کنند که بر هیجان‌های منفی تأکید می‌ورزند، تجربه‌های هیجانی را سرکوب (اجتناب‌گرها) و موقعیت‌ها را با تنیدگی بیشتر تجربه می‌کنند (دوسوگراها) بعضی معتقدند که فرایند نظم‌جویی هیجان در اصل خصیصه سبک دل‌بستگی است [۴۳].

همچنین بر اساس ضرایب برازش الگوی رغبت به ازدواج، یافته‌ها نشان داد که سبک‌های دل‌بستگی با ورود متغیرهای میانجی ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب هیجان‌ها به صورت غیرمستقیم و با واسطه‌گری این متغیرها پیش‌بینی‌کننده مثبت رغبت به ازدواج هستند.

اما در دو مورد یعنی رابطه بین سبک دل‌بستگی ایمن و اجتنابی به رغبت به ازدواج با واسطه متغیر انعطاف‌پذیری شناختی، روابط مستقیم قبلی در روابط غیرمستقیم

سبک‌های دل‌بستگی قابل ملاحظه بود. به نحوی که ارزیابی مجدد شناختی با سبک دل‌بستگی ایمن رابطه‌ای مثبت و معنادار و با سبک‌های دل‌بستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) از روابط منفی برخوردار بود. سرکوبی هیجان‌ها هم با سبک دل‌بستگی ایمن رابطه‌ای منفی و معنادار و با سبک‌های دل‌بستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) روابط مثبت داشت.

روابط متغیر انعطاف‌پذیری شناختی نیز با سبک‌های دل‌بستگی به نحوی بود که با سبک دل‌بستگی ایمن رابطه‌ای مثبت و معنادار و با سبک‌های دل‌بستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) رابطه منفی داشت. روابط این متغیرها با طرح‌واره‌های هیجانی هم عمدتاً از شدت بالایی برخوردار نبود (زیر ۳۰٪) و گاهی از معناداری هم برخوردار نبودند (رابطه تنظیم هیجان با طرح‌واره پذیرش). طرح‌واره قابل درک بودن و کنترل، روابط منفی و معناداری با ارزیابی مجدد شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی داشتند. رابطه این طرح‌واره‌ها با متغیر سرکوبی هیجان‌ها مثبت و معنادار بود.

یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی در این زمینه همسو است. نظم‌جویی هیجانی می‌تواند در سازش اجتماعی که در نتیجه تنظیم هیجان‌ها ایجاد می‌شود تأثیر زیادی بگذارد. بر این اساس پژوهش‌های بسیاری نیز نشان دادند که افراد با سبک دل‌بستگی ایمن از راهبردهای نظم‌جویی کارآمد مثل ارزیابی مجدد شناختی و افراد با سبک دل‌بستگی نایمن از راهبردهای نظم‌جویی ناکارآمد مثل سرکوبی استفاده می‌کنند [۴۳].

یافته‌های مطالعه حاضر در مورد رابطه مثبت انعطاف‌پذیری شناختی با سبک دل‌بستگی ایمن و روابط منفی آن با سبک‌های دل‌بستگی نایمن همسو با مطالعات قبلی است [۳۰، ۲۹، ۱۸]. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که بین انعطاف‌پذیری شناختی با سبک دل‌بستگی ایمن رابطه مثبت و با سبک‌های دل‌بستگی نایمن اجتنابی و اضطرابی - دوسوگرا، همبستگی منفی معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر می‌توان عنوان کرد که افراد دارای سبک دل‌بستگی ایمن همواره دارای سطوح بالاتری از انعطاف‌پذیری شناختی هستند و قادرند خود را با شرایط گوناگون سازگار کنند.

در این مطالعه برازش و معناداری مدل ساختاری رابطه سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره‌های هیجانی با میانجی‌گری

معناداری خود را از دست دادند.

گرچه پژوهش مستندی در این زمینه به دست نیامد ولی این یافته با نتایج مطالعات مشابه که متغیر انعطاف‌پذیری شناختی را در تبیین روابط بین متغیرهایی چون صمیمیت زناشویی [۳۰] به کار برده بودند همسو نیست. گرچه مسیر مستقیم میان سبک دل‌بستگی ایمن و اجتنابی به رغبت به ازدواج معنادار بود ولی با ورود متغیر انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان میانجی رابطه به سمت عدم معناداری رفت. با نگاهی به میزان رابطه مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی با رغبت به ازدواج و مقایسه آن با میزان پایین‌تر رابطه بین سبک دل‌بستگی ایمن و اجتنابی با رغبت به ازدواج می‌توان نتیجه گرفت که قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیر انعطاف‌پذیری شناختی نسبت به سبک‌های دل‌بستگی ایمن و اجتنابی بیشتر بوده و با ورود به مدل تأثیر سبک‌های دل‌بستگی بر رغبت به ازدواج معنادار نشده است. شاید با توجه به نبود سوابق مستند علمی و یافته‌های پژوهشی در این زمینه، ارائه تبیین مفهومی و نظری برای این یافته دشوار باشد ولی به نظر می‌رسد می‌توان این تبیین آماری را برای نتیجه حاضر در نظر گرفت.

همچنین در این مطالعه تمامی مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم از طرح‌واره قابل درک بودن به رغبت به ازدواج با میانجی‌گری متغیرهای ارزیابی مجدد شناختی، سرکوب هیجان‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی، معنادار بودند. در تبیین احتمالی این یافته‌ها می‌توان گفت طرح‌واره قابل درک بودن نشان می‌دهد که افراد تا چه اندازه بر این باور هستند که احساس‌ها و هیجان‌هایشان قابل درک و فهم هستند و این مفهوم به شکل‌گیری الگوهای هیجانی و شناختی منجر می‌شود که توانایی پیروی منطقی از باورها و عقاید فردی را شکل می‌دهد، این طرح‌واره می‌تواند میزانی که فرد درگیر ارتباط فعال با دیگران است را تحت تأثیر قرار دهد.

از سوی دیگر اینکه چقدر افراد بر اساس یک طرح‌واره هیجانی خاص به صورت افراطی و در همه موقعیت‌ها رفتار می‌کنند با انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط است. یکی از شرایط خاصی که یک فرد در زندگی با آن روبه‌رو است تصمیم‌گیری برای ازدواج است. این تصمیم مستلزم در نظر گرفتن جوانب مختلف از جمله سازگاری با شرایط فرد دیگر، مستقل شدن روانی و عاطفی از والدین، برعهده‌گرفتن

مسئولیت‌های زندگی، و امثال آنهاست. بدیهی است که چنین رویدادهایی باعث فعال‌شدن طرح‌واره‌های اولیه می‌شود که به لحاظ تحولی مثل سبک‌های دل‌بستگی ریشه آنها در دوران کودکی است. افرادی که از طرح‌واره مثبت و کارایی برخوردار هستند و از سوی دیگر به طور ایمن پرورش یافته‌اند، ترسی از ازدواج و آینده خویش ندارند و در نتیجه به ازدواج تمایل بیشتری نشان می‌دهند.

از محدودیت‌های این پژوهش اجرای پژوهش در دوران پاندمی ویروس کووید ۱۹ بود و این مسئله احتمال اینکه این بحران جهانی، بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشد را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی، روش نمونه‌گیری که به صورت در دسترس بود تعمیم نتایج به سایر اقشار جامعه را محدود می‌کند.

پیشنهاداتی برای ارتقای سطح پژوهش‌های بعدی در این زمینه داده می‌شود: انجام پژوهش‌های جامع‌تر در نمونه‌های گسترده‌تر و در محیط‌های متفاوت سایر جمعیت‌ها با استفاده از روش‌های دیگر اخذ اطلاعات مانند مصاحبه و مشاهده، برای ایجاد امکان مقایسه و تعمیم نتایج مهم است. همچنین اجرای پژوهش حاضر با روشی که اثر دوران پاندمی ویروس کووید ۱۹ را حذف کند و یا با مطالعات مشابه قبل از شرایط کنونی مقایسه کند پیشنهاد می‌شود. از دیگر مواردی که امید است با به کارگیری آنها در پژوهش‌های آینده اطلاعات دقیق‌تری به دست آوریم بررسی کردن ارتباط طرح‌واره‌های هیجانی با رغبت به ازدواج در دو جنس به صورت جداگانه است؛ همچنین بررسی این موضوع در گروه‌های سنی متفاوت و مقایسه آنها با هم نیز دانش ما را در اثرگذاری موضوع پژوهش در باورهای افراد بیش از پیش نشان خواهد داد. از آنجایی که سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره‌های هیجانی بر شیوه رفتار فرد تأثیر می‌گذارد و همچنین شناسایی و مدیریت هیجان‌ها و ابراز آنها در ایجاد و حفظ روابط مؤثر و افزایش تمایل به ازدواج نقش به‌سزایی دارند؛ برگزاری برنامه‌های آموزشی مرتبط با این موضوعات در محیط‌های دانشجویی سودمند خواهد بود. علاوه بر برنامه‌های آموزشی برگزاری گروه‌درمانی با هدف افزایش طرح‌واره‌های هیجانی مثبت و کاهش طرح‌واره‌های هیجانی منفی و البته افزایش دل‌بستگی ایمن در افراد و بررسی کارآمدی درمان‌ها می‌تواند راه گشا باشد.

منابع

- شخصیت و هوش هیجانی با میانجی‌گری پایبندی مذهبی.
روان‌شناسی بالینی و شخصیت 17(2): 63-76, 1399; ,
doi: 10.22070/cpap.2020.2908
- 11-Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1987
- ۱۲- بطلانی، سعیده؛ احمدی، سید احمد؛ بهرامی، فاطمه و شاه‌سیاه، مرضیه. تأثیر زوج‌درمانی بر دل‌بستگی، رضایت و صمیمیت جنسی. *مجله اصول بهداشت روانی* ۱۳۸۹، ۱۲ (۲)، ۴۹۶-۵۰۵.
- ۱۳- نجارپور، سمانه؛ جغتایی، مهین و سماوی، عبدالوهاب. پیش‌بینی میزان رغبت به ازدواج از طریق سبک‌های دل‌بستگی و تجربه‌گرایی در میان دانشجویان تحصیلات تکمیلی شهر بندرعباس. *کنفرانس بین‌المللی مدیریت* ۱۳۹۴.
- ۱۴- بشارت، محمدعلی و گنجی، پویا. نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دل‌بستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و رضایت زناشویی. *مجله اصول بهداشت روانی* ۱۳۹۱، ۱۴ (۴)، ۳۳۵-۳۲۴.
- 15-Garnefsky, N., Teedrd, J., Kraji, V., Legerstee, J., Van den Kommer, T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*. 2004, 36(2): 267-76
- 16-Garnefski, N., Kraji V., spinhoven, P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001, 30(8): 1311-27
- 17-Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(8): 1311-27.
- 18-Mikulincer, M., & Sheffi, E. Adult attachment style and cognitive reactions to positive affect: A test of mental categorization and creative problem solving. *Motivation and Emotion*. 2000, 24(3), 149-174
- ۱۹- یانگ، جی، کلسکو، ژ و یشار، م. طرح‌واره درمانی. ترجمه حمیدپور، ح و اندوز، ز. تهران. ۱۳۸۶. *انتشارات ارجمند*، تاریخ انتشار اثر اصلی، (۲۰۰۳)
- ۱- جهان‌بخشی، زهرا و کلانترکوشه، سید محمد. رابطه ابعاد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تمایز یافتگی با رغبت به ازدواج در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه، *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۳۹۱، سال دوم، شماره ۲: ۲۵۴-۲۳۴
- 2- Mal S. Knowledge and attitude towards marriage of currently married women in Paschim Medinipur district of West Bengal, India. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*, 2013, 3(8), 46-57.
- ۳- مرکز آمار ایران. *سالنامه آماری کشور*. تهران: ۱۳۹۷ مرکز آمار ایران
- 4- Loughran, David S. & Julie M. Zissimopoulos . Are There Gains to Delaying Marriage? The Effect of Age at First Marriage on Career Development and Wages, RAND Labor and Population Working Paper Series, November, 2004
- ۵- صادقی، رسول؛ قدسی، علی محمد و افشار کهن، جواد. واکاوری مسئله ازدواج و اعتبارسنجی یک راه‌حل. *زن در توسعه و سیاست*. ۱۳۸۶، دوره ۵ شماره ۶، ۱۰۸-۸۳
- 6- Steinberg, S.J., Davila J., & Fincham F. Adolescent marital expectations and romantic experience with perception about parental conflict and attachment security. *Journal of Young and Adolescence*. 2006, 35(3), 333-348
- ۷- خجسته‌مهر، رضا؛ عباسپور، ذبیح‌اله؛ کرای، امین و کوچکی، رحیم. نقش دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی و ایمن بر گذشت همسران: آزمون یک مدل میانجی. *فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره* ۱۳۹۰، ۵۷-۲۰۷۵
- 8- Bowlby, J. Attachment and loss: Sadness and depression. New York: Basic Books. 1980
- ۹- عباسی، لیلی، آزادفلاح، پرویز، فتحی آشتیانی، علی، فراهانی، حجت‌اله. ارتباط بین ابعاد روابط موضوعی و رضایت زناشویی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت* 19(1): 81-92, 1400; , doi: 10.22070/cpap.2021.3095
- ۱۰- فروزش، سجاد، روشن چسلی، رسول، غلامی فشارکی، محمد، محسنی‌زاده، معصومه. تدوین مدل ارتباط با خانواده همسر بر اساس مؤلفه‌های سبک‌های دل‌بستگی، ویژگی‌های

- ۳۰- آقایی، آلاله و موسوی، مریم. رابطه سبک‌های دل‌بستگی با تمایز یافتگی خود، انعطاف‌پذیری شناختی و صمیمیت زناشویی در دانشجویان. *رویش روانشناسی*. ۱۳۹۹، سال ۹، شماره ۲، شماره پیاپی ۴
- 31-Garnefski .K, Rieffe.C, Jellesma .F, Terwogt M.M, Krjziz.V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 years old children: *The development of an instrument. Eur Child Adolesc Psychiatry*.2007,16(1):1-9
- 32-Thompson R.A. Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*.1991,13(3):269-307
- ۳۳- مشهدی، علی، میردورقی، فاطمه و حسنی، جعفر. نقش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در اختلال‌های درونی‌سازی کودکان، *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۹۰، ۳، ۲۹-۳۹:(۳)
- ۳۴- حسنی، جعفر، تاج‌الدینی، امراه، قائدنیای جهرمی، علی و فرمانی شهرضا، شیوا. مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرح‌واره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار، *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۹۳، ۶(۱): ۹۱-۱۰۱
- 35-Kring,A.M & Sloan,D.S.Emotion regulation and psycompthology:A transdiagnostic approach to etiology and treatment. NewYork:Guilford Press.2009
- ۳۶- هومن، حیدرعلی. شناخت روش علمی در علوم رفتاری. انتشارات سمت. ۱۳۹۶
- ۳۷- حیدری، م.، مظاهری، م و پوراعتماد، ح. ساخت و هنجاریابی پرسشنامه رغبت‌سنج ازدواج، نسخه دانشجویی (پرساد). *مجله روانشناسی*. ۱۳۸۲، ۳۱، ۲۵۰-۲۶۱.
- 38-John O.p & Gross J.J.Individual differences in two emotion regulation processes:Implications for affect, relationship and well-being. *Journal of personality and social psychology*.2003,85,348-362
- ۳۹- حسنی، جعفر. خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۸۹، سال دوم، ۷(۷)، ۷۳-۸۵
- 20-Leahy, R.L.A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*.2002,9(3),177-90.
- 21-Leahy, R. L. Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. In G. Simos (Ed.), *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician*.2009, (2), 187-204. London: Routledge
- 22-Leahy, R. L. Introduction: Emotional Schemas, Emotion Regulation and Psychopathology. *International Journal of Cognitive Therapy*.2012, 5(4),359-361
- ۲۳- درعلی، رؤیا؛ سهرابی، نادره. نقش واسطه‌گری تعارض‌های زناشویی در رابطه بین سبک‌های تنظیم شناختی هیجانی و کیفیت روابط جنسی. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*. ۱۳۹۴، ۴، ۳۷-۴۸ (۲)
- ۲۴- پیرساقی، فهیمه؛ نظری، علی محمد؛ نعیمی، قادر؛ شفائی، محمد. تعارض‌های زناشویی؛ نقش سبک‌های دفاعی و طرح‌واره هیجانی. *روان پرستاری*. ۱۳۹۴، ۳(۱):۶۹-۵۹
- ۲۵- نعیمی، قادر؛ پیرساقی، فهیمه و عرب‌زاده، مهدی. بررسی رابطه ساختاری سلامت خانواده اصلی، طرح‌واره هیجانی، نظم‌دهی هیجان با رغبت به ازدواج در دانشجویان با نقش واسطه‌گری تمایز یافتگی خود، *فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده*. ۱۳۹۴، سال دهم شماره ۶۴:۳۳-۴۳
- ۲۶- خسروی، زهره. سیف، سوسن. عالی، شهربانو. بررسی رابطه بین نوع فرایند طرح‌واره‌ای و نگرش به ازدواج، پژوهش در سلامت روان‌شناختی زمستان ۱۳۸۶، ۱(۴): ۳۱-۴۰
- 27-Eichorn.N. Marton, K. & pirutinsky.S. Cognitive flexibility in preschool children with and population-based cross-sectional study. *Korean Journal of family Medicine*.2018,38(2):57-63
- 28-Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB.Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther*.2006,44(4):585-99
- 29-Gunduz, B. The Contributions of Attachment Styles, Irrational Beliefs and Psychological Symptoms to the Prediction of Cognitive Flexibility. *Educational Sciences: Theory and Practice*.2013, 13(4), 2079-2085.

۴۲-شاره، ح و اسحاقی ثانی، م. نقش پیش‌بین شخصیت بامدادی شامگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان در رضایت زناشویی زنان میان‌سال. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۷، ۲۴ (۴)، ۳۸۷-۳۹۸.

۴۳-بشارت، محمدعلی و شالچی، بهزاد. سبک‌های دل‌بستگی. مقابله با تنیدگی، *فصلنامه روان‌شناسی ایرانی*. ۱۳۸۶، سل سوم، شماره ۱۱:۲۳۵-۲۲۵.

40-Salemi-Langroudi, A., Dobson, K. S., Artounian, V., Ghasemi, M., Kolahkaj, B., Khosravani, V., Ghasemi, M., Kolahkaj, B., Khosravani, V., Shafaghi, M., Bafekr, T., Heidarian, A., Behfar, Z & Dehkordi, M. K. Psychometric Properties of the Leahy Emotional Schema Scale-II among Iranian Students. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021, ۱۴ : 455-472

41-Dennis, J.P., Vaderwal, J.S. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimate of reliability and validity. *Cognitive Therapy and research*. 2010, 1;34(3):241-53

بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - شفقت‌محور بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نویسندگان

لیلا مسعودی مرغملکی^۱، وحید شایگان‌نژاد^{۲*}، ریحانه رحیمی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. masoudi_lili@yahoo.com

۲. استادیار گروه داخلی اعصاب، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دکتری سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. reyhaneherahimi1367@gmail.com

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس بود.

روش: در پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ۳۰ زن مبتلا به ام‌اس در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین و به پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی عمومی شرر پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه، تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس و نرم‌افزار SPSS 26 استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت‌محور، باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش خودکارآمدی در گروه درمان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون شده است. در مرحله پیگیری درمان منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شده اما در خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس تأثیری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها نتیجه گرفته شد که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت‌محور، بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۸/۰۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۱/۱۲/۲۱



کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودکارآمدی، مولتیپل اسکلروزیس.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

shaygannejad@med.mui.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

رفتارهای ارزش‌محور. مراجع انعطاف‌ناپذیر تمایل دارد در تماس با تجربیات منفی بیشتر باقی بماند تا اینکه تلاش کند تجربیات منفی را بپذیرد. به‌منظور کنترل یا حذف تجارب ناخوشایند، امکان دارد افراد به رفتارهایی گرایش پیدا کنند که به سلامت روان‌شناختی و فیزیکی‌شان آسیب برساند، برای مثال درمان‌های جسمانی خود را پیگیری نکنند [۱۰]. محققان نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با مشکلات روان‌شناختی کمتر، کیفیت زندگی، سلامت هیجانی و رضایت شغلی ارتباط دارد [۱۱]. پژوهش‌ها نشان داده است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأثیر قابل توجهی در درد بیماری‌های مزمن دارد [۹]. بیماری ام‌اس تأثیر کمی بر طول عمر دارد اما تأثیر عمده‌ای بر عملکرد بدنی، اشتغال و کیفیت زندگی می‌گذارد و گزینه‌های درمانی محدودی برای بیماران ام‌اس وجود دارد [۱۲] و بیماران مجبورند بدون اطمینان به بهبود قطعی بیماری و توقف علائم بیماری و پیامدهای روانی و اجتماعی ام‌اس زندگی کنند [۱۳]. اشمیت در پژوهش خود به این نتیجه رسید که خودکارآمدی نقش مهمی در انعطاف‌پذیری بیماران مبتلا به ام‌اس دارد [۱۴]. مفهوم خودکارآمدی توسط بندورا [۱۵] برخاسته از روانشناسی اجتماعی شکل گرفته است و عامل اصلی نظریه یادگیری اجتماعی است. خودکارآمدی به باورهای افراد نسبت به توانمندی‌هایشان برای به‌وجودآوردن اهداف معین گفته می‌شود و نقش کلیدی در عملکرد انسان دارد. خودکارآمدی نه تنها به‌طور مستقیم روی رفتار اثر می‌گذارد بلکه بر عوامل مختلفی مانند اهداف و پیامدها، آرمان‌ها، انتظارات، تمایلات عاطفی و درک موانع و فرصت‌های موجود در محیط اجتماعی نیز تأثیر می‌گذارد. جعفری جوزانی، موسوی، احمدی و همکاران [۱۶] در پژوهش خود نشان دادند که نمره افراد مبتلا به ام‌اس در خودکارآمدی و مقیاس پرسشنامه کنش‌های اجرایی کمتر است. از درمان‌های مؤثر بیماران مبتلا به ام‌اس در قالب درمان‌های شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است [۱۷]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این فرض را دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان‌شناختی هستند. هریس [۱۸] در یک مطالعه موردی پیرامون درمان اکت، شش اصل بنیادین (گسل‌شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خود

ام‌اس یا اسکروز چندگانه^۱ یک بیماری مزمن التهابی^۲ است و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک^۳ در انسان است. در این بیماری غلاف میلین، سلول‌های عصبی، مغز و نخاع آسیب می‌بینند [۱]. این بیماری بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی اتفاق می‌افتد و در زنان سه برابر مردان است [۲]. تظاهرات این بیماری از یک بیماری خوش‌خیم تا بیماری سریعاً پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر است [۲]. نتایج مطالعات اخیر نشان داده است که وجود استرس و عدم تعادل هیجانی می‌تواند علائم این بیماری را در فرد مبتلا تشدید کند [۳]. مبتلایان به این بیماری علائم جسمانی، هیجانی و شناختی زیادی را تجربه می‌کنند [۱]. یکی از عواملی که در بیماران مبتلا به ام‌اس می‌تواند مورد توجه قرار بگیرد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است [۴]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حدود چهار دهه است که مورد توجه و علاقه محققان قرار گرفته است [۵]. شکل‌گیری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به مراجعان باعث افزایش توانایی آنها می‌شود و برای آنها ایجاد ارتباط با تجربه‌هایشان را در زمان حال و در آن لحظه امکان‌پذیر می‌کند، تا به شیوهایی عمل کنند که منطبق با ارزش‌های منتخبشان باشد [۶]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۴ به‌عنوان توانایی برای رهایی از محتوای تجارب درونی (افکار، احساسات، خاطرات، احساسات بدنی)، پذیرش تجربه‌ای درونی همان‌گونه که هست، ماندن در ارتباط با زمان حال، حس متعالی از خود، انجام عمل مطابق با ارزش‌های شخص و ایجاد الگوهای عمل متعهد در راستای آن اهداف تعریف شده است [۷]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد این فرصت را می‌دهد که با شرایط و موقعیت حاضر خود مواجه شود و آن را تحت ارزیابی قرار دهد و از این طریق فرد مطمئن می‌شود که به‌طور اثربخشی در آن موقعیت و شرایط عمل می‌کند [۸]. حاتم‌خانی در مطالعه خود نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند سلامت روان را پیش‌بینی کند [۹]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دربرگیرنده دو فرایند است که به‌طور متقابلی به هم وابسته هستند. پذیرش تجربیات و

- 1 . multiple sclerosis
- 2 . Inflammation
- 3 . Neurologic
- 4 . Psychological flexibility

می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت به افراد می‌آموزد تا از احساسات دردناک خود اجتناب و فرار نکرده و آنها را سرکوب نکنند [۲۸]. در پژوهش گودینگ، استدمون و کریکس، درمان متمرکز بر شفقت منجر به پذیرش محدودیت‌های روزافزون درد و کاهش احساس انزوای بیماران شد [۲۹]. همچنین نتایج پژوهش پنلینگتون [۳۰] حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر دردهای مداوم است. سلیمی و همکاران [۳۱] نیز دریافته‌اند که درمان متمرکز بر شفقت منجر به افزایش سلامت روان زنان مبتلا به بیماری ام‌اس می‌شود. خواجه‌لنگی، نشاط‌دوست، نجفی و ماضی [۳۲] بیان کردند که درمان متمرکز بر شفقت روش درمانی مؤثری برای افزایش عاطفه مثبت و امید در بیماران مبتلا به ام‌اس است؛ بنابراین با توجه به عدم وجود مطالعاتی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش متمرکز بر شفقت را روی بیماران مبتلا به ام‌اس بر خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنان مورد بررسی قرار داده باشد و پیامدهای روان‌شناختی این بیماری که می‌تواند زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و هزینه‌های هنگفتی را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل کند نشان داده باشد و نظر به اینکه بیماری ام‌اس درمان قطعی ندارد و تداوم بیماری نقش به‌سزایی در عدم سازگاری بیمار دارد، در این پژوهش بر آن شدیم تا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به ام‌اس را مورد تحقیق قرار دهیم. با توجه به بررسی پیشینه، تاکنون پژوهشی یافت نشد که این هدف را به‌طور کلی پوشش دهد. به دلیل اهمیت موضوع، این پژوهش به دنبال پاسخ‌دادن به این سؤال است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- شفقت‌محور تا چه میزان می‌تواند بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس تأثیر گذارد.

روش

نوع پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری (سه ماهه) با گروه کنترل بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری شامل تمامی زنان

مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه) را معرفی کرد. پژوهش‌ها نشان داده است که این درمان بر طیفی از اختلالات مؤثر است. همچنین پژوهشگران نیز بیان کرده‌اند که درمان اکت در کاهش استرس ادراک‌شده [۱۷، ۱۹] و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر بوده است. برنابی [۲۰] در پژوهش خود نشان داده که درمان اکت برای بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است. در پژوهشی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته است [۲۱]. به دلیل انتقادهای وارد شده به رویکرد اکت مبنی بر نادیده‌گرفتن احساسات مراجع، ترکیب خودشفقتی و رویکرد متمرکز بر شفقت مورد استقبال جامعه درمانگران قرار گرفت [۲۲]. خودشفقتی را می‌توان به‌عنوان دیدگاهی مثبت و مهربانانه نسبت به خود و دیگران زمانی که وقایع غیرقابل کنترل پیش می‌آید تعریف کرد. نف [۲۳] خودشفقتی را به‌عنوان سازه‌ای سه‌مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. پژوهش‌ها نشان داده است که خودشفقتی می‌تواند توانایی مقابله فرد در مواجهه با شکست‌ها را بالا ببرد [۲۴]. درمان متمرکز بر شفقت توسط پاول گیلبرت [۲۵] مطرح شده است و شامل فرایندهای اصلی چون ذهن آگاهی، تمایل، عدم آمیختگی با رویدادهای ذهنی و عمل متعهدانه در راستای اهداف ارزشمند می‌شود [۲۲]. مشابهت فرایندهای ذکرشده این امکان را به درمانگران اکت می‌دهد که جهت‌تیم‌بخشی به رنج خود و مراجعان از شفقت در کاردرمانی خود بهره‌برند [۲۶]. از این رو گیلبرت [۲۷] به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت^۱ را مطرح کرد. اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام

1. Compassion-Focused Therapy

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر^۳ این پرسشنامه توسط شرر، مادوکس^۴ و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی ۱۷ سؤالی بوده که دارای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی است و از امتیاز ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) درجه‌بندی شده است. نمره کلی فرد بین ۱۷ تا ۸۵ است و ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دونیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است [۳۵].

شیوه انجام پژوهش

برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه اصفهان مجوز اجرای پژوهش در سال ۱۳۹۷ کسب شد، سپس طی هماهنگی با بیمارستان کاشانی، ۶۰ نفر که توسط متخصص مغز و اعصاب و ام آر آی و ای پی اس (MRI, EPS) تشخیص ام‌اس گرفته بودند به‌طور تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. پس از ۸ جلسه درمان، ۱۵ نفر از شرکت‌کنندگان بر اساس معیار خروج بیش از سه جلسه غیبت برای تحلیل داده‌ها انتخاب شدند و با پانزده نفر از گروه کنترل مقایسه شدند. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه از هر دو گروه گرفته شد. این درمان توسط محقق در گروه آزمایش انجام شده است و به‌منظور حفظ اخلاق پژوهش رضایت‌نامه‌ای برای همکاری از شرکت‌کنندگان کسب شد و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه خواهد بود و در هر مرحله از تحقیق می‌توانند در صورت تمایل از پژوهش خارج شوند. جلسه‌های رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر اساس راهنمای ظهیری، دهقانی و ایزدی [۳۶] انجام شد. طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به‌اختصار در جدول ۱ آمده است.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) در نرم‌افزار اس.پی.اس.اس نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مبتلا به ام‌اس مراجعه‌کننده به بیمارستان کاشانی اصفهان در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بود.

ب) نمونه پژوهش: حجم نمونه ۳۰ بیمار زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود که به‌طور در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در اختیار گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص ام‌اس توسط متخصص مغز و اعصاب و ام آر آی^۱، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم تأهل، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و درمان‌های روان‌شناختی در طول مطالعه، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم شرکت در کلاس‌های یوگا و مراقبه قبل و هنگام مداخله، عدم ابتلا به اختلالات حاد و مزمن روانی و جسمانی، رضایت شرکت در پژوهش و جنسیت زن بوده و ملاک‌های خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه بیماران در جلسات درمانی و عدم پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها به‌طور کامل بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۲: توسط دنیس و وندروال [۳۳] معرفی شده و یک ابزار خودگزارشی ۲۰ سؤالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است به کار می‌رود که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود و تلاش می‌کند تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را بسنجد: ۱) توانایی درک چندین توجه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها؛ ۲) میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های کنترل‌پذیر و ۳) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی-رفتاری و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با انعطاف‌پذیری رابین و مارتین ۰/۷۵ است، همچنین پایایی به روش کرونباخ ۰/۹۱ است. در ایران سلطانی، شماره، بحرینیان و فرمانی [۳۴] ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

3 . General Self Efficacy Scale(GSSES)

4 . Sherer & Maddux

1 . Magnetic Resonance Imaging(MRI)

2 . Cognitive flexibility inventory(CFI)

جدول ۱. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت محور (ظهبیری، دهقانی و ایزدی)

جلسات	شرح جلسه	هدف جلسه	تکلیف خانگی
اول	آشنایی و ارتباط با اعضای گروه و درمانگر، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، بحث در مورد حدود رازداری، نخستین مفهوم سازی شفقت (ارائه مشکلات و نشانه های فعلی، اعتباربخشی و درک مشکلات فعلی)، دومین مفهوم سازی شفقت (بررسی بافت فرهنگی و پیشینه ای)، سنجش کلی و بررسی افکار و احساسات پریشان کننده در اعضای گروه، سنجش شیوه کنترل این احساسات و افکار، مقدمه ای بر درماندگی خلاق، پاسخ به پرسشنامه ها	معرفی اعضا و درمان و ایجاد رابطه درمانی ایجاد درماندگی خلاق، بررسی افکار و احساسات	ثبت روزانه سرزندگی در برابر رنج
دوم	بازخورد از جلسه اول، بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث پیرامون آن، ادامه درماندگی خلاق، بررسی دنیای بیرون و درون در درمان ACT، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر، بیان کنترل به عنوان مشکل، سومین مفهوم سازی شفقت (مفهوم سازی رسمی چهار حوزه ای، شناسایی راهبردهای تنظیم هیجان)، ذهن آگاهانه مهربانانه	تعریف و تبیین ذهن و اینکه مشکل کنترل است و معرفی انواع رنج انسان، معرفی ابعاد شفقت، پذیرش و تحمل پریشانی	کاربرگ راه حل های به کار برده شده و تأثیرات بلندمدت آنها و کاربرگ سومین مفهوم سازی شفقت
سوم	بازخورد از جلسه دوم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، گسلش، شفقت با ذهن: چهارمین مفهوم سازی شفقت، توضیح و تبیین مدل مغز (مغز تکامل یافته)، تمایز بین تقصیر تو نیست و مسئولیت پذیری- تبیین سه حلقه، مفهوم سازی مجدد با این واژه ها و دیگرام مغز، تصویرسازی ذهن آگاهانه مکان امن	استدلال شفقت آمیز، تبیین گسلش، ذهن آگاهی مهربانانه	یادداشت روزانه تجارب ذهنی (کاربرگ قلاب)
چهارم	بازخورد از جلسه سوم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، خود مشاهده گر، پنجمین مفهوم سازی شفقت (نظارت فکر، آزمایش های رفتاری، تصویرسازی مهربانانه، نوشتن نامه مهربانانه)، بررسی موانع و دشواری ها	معرفی خود مشاهده گر، خود به عنوان زمینه، شفقت با خود	کاربرگ شناسایی انواع خود، برگه کشمکش در برابر فسادادن
پنجم	بازخورد از جلسه چهارم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، چگونگی فعال کردن خود مهربان (برقراری ارتباط با جنبه های مختلف خود)، ارتباط با زمان حال	توجه مهربانانه و بودن در زمان حال	کاربرگ تمرین تنفس توجه آگاهانه
ششم	بازخورد از جلسه پنجم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، معرفی ارزش ها، شناخت ارزش ها در حیطه های مختلف زندگی (استعاره روز عالی)، انجام تمرین ذهن آگاهی	نشان دادن اهمیت ارزش ها و آگاهی بیمار از ارتباط ارزش ها	کاربرگ شناسایی ارزش ها، بودن در زمان حال
هفتم	بازخورد از جلسه ششم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، اشاره به ارزش ها و تعهد داشتن به ارزش ها، شفقت با دیگران، رفتار مهربانانه، موانع رفتار مهربانانه (استعاره مهمان)	فعال سازی رفتاری و اقدام متعهدانه در مسیر ارزش ها، شفقت با دیگران و درک رنج دیگران	تبیین ارزش ها به عنوان قطب نما، کاربرگ تمرین شفقت با دیگران
هشتم	بازخورد از جلسه هفتم، بازبینی مفهوم سازی های قبلی، بررسی مجدد سومین مفهوم سازی، خلاصه کردن جلسات قبل، تمرین زندگی، آمادگی برای اختتام، توزیع پرسشنامه پس آزمون	برنامه ریزی خردمندانه متناسب با ارزش ها، انگیزه حرکت متعهدانه به سوی اهداف، مرور کل جلسات	بررسی تکلیف هفته گذشته و برنامه ریزی خردمندانه

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	کنترل	۶۷/۵۸	۷/۳	-۰/۳۶	-۱/۴۵
		آزمایش	۵۷/۶۷	۸/۴۷	۰/۴	-۰/۹۷
	پس‌آزمون	کنترل	۶۶	۶/۹۸	-۰/۱۸	-۱/۱۷
		آزمایش	۶۴/۶۷	۸/۷۹	۰/۰۳	۰/۵۸
پیگیری	کنترل	۶۲/۲۵	۹/۱	-۰/۷۸	-۰/۰۸	
	آزمایش	۶۶/۵۳	۶/۳۹	۰/۴۳	-۰/۵۸	
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	کنترل	۱۰۰/۵۸	۱۴/۳۳	-۰/۶۱	-۰/۲۴
		آزمایش	۸۹/۰۷	۱۷/۲۷	۰/۰۷	-۱/۴۶
	پس‌آزمون	کنترل	۹۷/۵	۱۵/۸۹	-۱/۶۱	۱/۱
		آزمایش	۱۰۰/۰۷	۱۲/۶۴	۰/۷۱	-۰/۶۴
پیگیری	کنترل	۹۷/۹۲	۱۲/۳۲	-۱/۳۳	۱/۵۸	
	آزمایش	۱۰۵/۳۳	۱۲/۷۸	۰/۶	-۰/۶۱	

کجی و کشیدگی تمام آزمون‌ها در محدوده مجاز ۲ و ۲- قرار دارد که شاهدهی بر توزیع نرمال نمرات آزمون‌ها است. با توجه به اندازه‌گیری متغیرهای وابسته در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در هر دو گروه کنترل و آزمایش، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یکی از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر توزیع نرمال متغیرهاست که با توجه به میزان شاخص‌های کجی و کشیدگی برقراری این مفروضه تأیید شد. دو مفروضه دیگر این آزمون، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر مستقل و مقایسه‌پذیری همبستگی سطوح متغیر درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است؛ آزمون هر دوی این مفروضه‌ها از طریق آزمون کرویت موخلی میسر می‌شود. در مورد تأثیر مداخله بر متغیر خودکارآمدی، آزمون کرویت موخلی معنادار نبود که این نتیجه به معنای برقراری دو مفروضه ذکر شده است ($\chi^2=5/21, P>0/05$). نتیجه آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول زیر گزارش شده است.

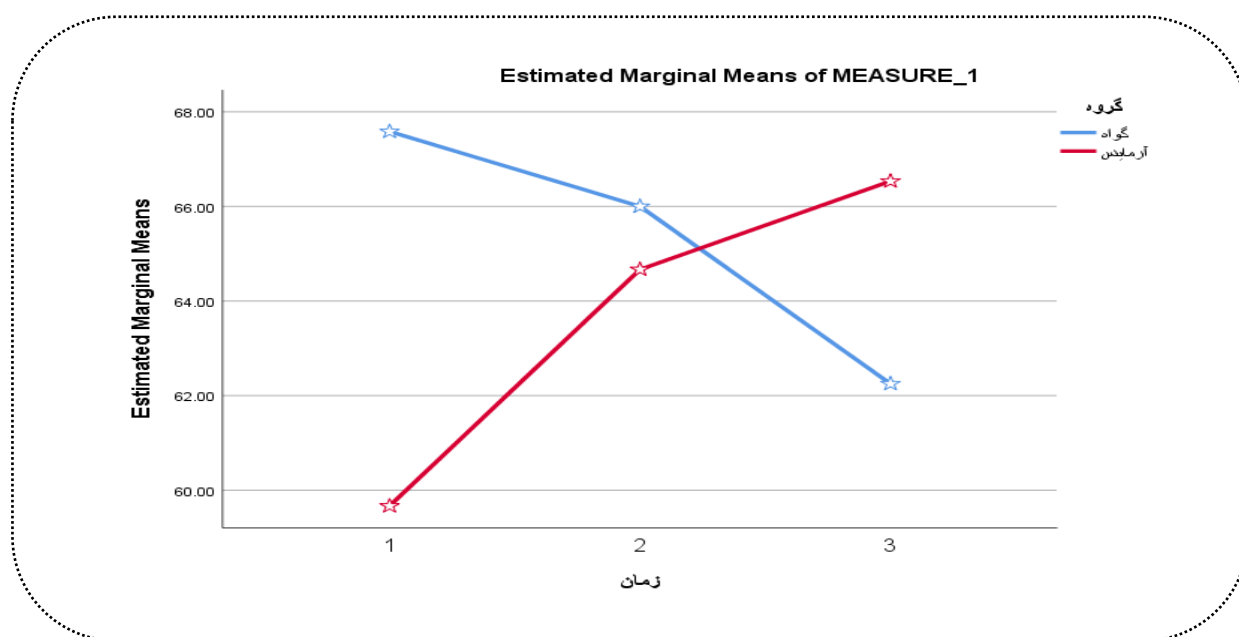
گروه برای بار دوم اندازه‌گیری شد. در نهایت برای بررسی پایداری تغییرات صورت گرفته در گروه آزمایش برای بار سوم میزان خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری افراد دو گروه بررسی شد. با توجه به اینکه افراد دو گروه در سه نوبت مورد بررسی قرار گرفتند، برای مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری افراد در سه نوبت اندازه‌گیری در گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. میانگین متغیر خودکارآمدی گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است ولی در گروه آزمایش افزایش نشان داده است. همچنین میانگین متغیر انعطاف‌پذیری گروه کنترل نیز در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است ولی در گروه آزمایش افزایش نشان داده است. اما برای قضاوت درباره این افزایش و تعیین معناداری آن باید به نتایج آزمون‌های استنباطی مراجعه کرد. علاوه بر این شاخص‌های

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر (متغیر خودکارآمدی)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	۳۹/۰۵	۲	۱۹/۵۲	۰/۸۶	۰/۴۲	۰/۰۳
گروه	۵۴/۸۲	۱	۵۴/۸۲	۰/۳۸	۰/۵۴	۰/۰۲
زمان*گروه	۴۷۹/۱۷	۲	۲۴۸/۵۹	۱۰/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳

ندارد ($F=0/38, P>0/05$). اما در سطر سوم که مربوط به تعامل بین گروه ها و زمان است، مشاهده می شود که تعامل بین این دو متغیر معنادار شده است ($F=10/98, P<0/05$). این نتیجه بدان معناست که گروه کنترل و آزمایش در طول زمان رفتار متفاوتی نشان داده اند. همان طور که در نمودار زیر ملاحظه می شود خودکارآمدی گروه کنترل در طول زمان کاهش و خودکارآمدی گروه آزمایش افزایش یافته است. این نتیجه را چنین می توان تفسیر کرد که در ابتدای کار و در پیش آزمون گروه کنترل وضعیت مطلوب تری در متغیر خودکارآمدی نسبت به گروه آزمایش داشته ولی با انجام مداخله روی گروه آزمایش خودکارآمدی آنها افزایش داشته و خودکارآمدی گروه کنترل با گذشت زمان کاهش داشته است، اما همچنان خودکارآمدی گروه کنترل بیشتر از خودکارآمدی گروه آزمایش است. در نتایج آزمون پیگیری نیز مشاهده می شود که گروه کنترل روند کاهشی و گروه آزمایش روند افزایشی خود را حفظ کرده اند.

سطر اول جدول بالا نشان دهنده تفاوت نمرات خودکارآمدی افراد در طول زمان است و همان طور که ملاحظه می شود نتیجه آن به لحاظ آماری معنادار نیست ($F=0/86, P>0/05$)؛ یعنی نمرات افراد در طول زمان تغییر محسوسی نداشته است. همچنین در بررسی سطر دوم که مربوط به مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل است مشاهده می شود که میان گروه ها نیز تفاوت معناداری وجود



شکل ۱. میانگین نمرات خودکارآمدی گروه کنترل و آزمایش در سه بازه زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

اندازه گیری مکرر برقرار نیست. به دلیل عدم برقراری مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس، از نتایج آزمون گرین هاوس- گیسر که آزمون محافظه کارتری نسبت به آزمون تحلیل واریانس است، استفاده شد و نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

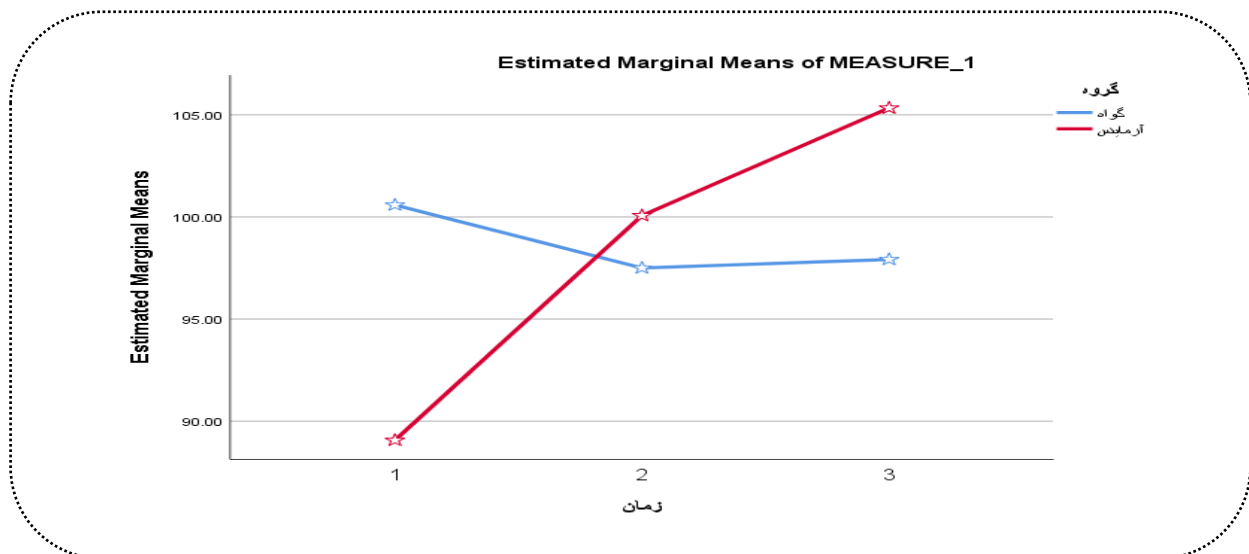
در بررسی تأثیر مداخله بر انعطاف پذیری آزمودنی ها نیز به شیوه قبلی عمل کرده و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در بررسی آزمون کرویت موخلی مشاهده شد که این آزمون معنادار بود ($P<0/05$). $\chi^2=7/14$ و در نتیجه مفروضه های تحلیل واریانس با

جدول ۴. آزمون گرین هاوس - گیسر
(متغیر انعطاف پذیری)

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	۶۲۲/۰۷	۲	۳۹۱/۱۲	۶/۸۵	۰/۰۰۵	۰/۲۱
گروه	۵/۲۲	۱	۵/۲۲	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۰۰۰۱
زمان*گروه	۱۲۸۹/۶۳	۱/۵۹	۸۱۰/۸۴	۱۴/۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶

گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=۰/۰۱, P>۰/۰۵$). اما در سطر سوم که مربوط به تعامل بین گروه‌ها و زمان است مشاهده می‌شود که تعامل بین این دو متغیر معنادار شده است ($F=۱۴/۲, P<۰/۰۵$)؛ این نتیجه بدان معناست که گروه کنترل و آزمایش در طول زمان رفتار متفاوتی نشان داده‌اند. همان‌طور که در شکل ۲ ملاحظه می‌شود انعطاف‌پذیری گروه کنترل در طول زمان رفتار متفاوتی داشته است ولی انعطاف‌پذیری گروه آزمایش افزایش یافته است. این نتیجه را چنین می‌توان تفسیر کرد که در ابتدای کار و در پیش‌آزمون گروه کنترل وضعیت مطلوب‌تری در متغیر انعطاف‌پذیری نسبت به گروه آزمایش داشته ولی با انجام مداخله روی گروه آزمایش انعطاف‌پذیری آنها افزایش داشته و انعطاف‌پذیری گروه کنترل با گذشت زمان کاهش داشته و در مرحله پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری گروه آزمایش از گروه کنترل بیشتر شده است. برای مقایسه بین نمرات سه مرحله آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در ادامه گزارش شده است.

سطر اول جدول بالا نشان‌دهنده تفاوت نمرات انعطاف‌پذیری افراد در طول زمان است و همان‌طور که ملاحظه می‌شود نتیجه آن به لحاظ آماری معنادار است ($F=۶/۸۵, P<۰/۰۵$)؛ یعنی نمرات افراد در طول زمان تغییر کرده است و نمرات در اندازه‌گیری‌های مختلف متفاوت است. اما در بررسی سطر دوم که مربوط به مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل است مشاهده می‌شود که بین



شکل ۱. میانگین نمرات انعطاف‌پذیری گروه کنترل و آزمایش در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

جدول ۵. آزمون بونفرونی جهت مقایسه آزمون‌ها

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	آزمون	آزمون
۰/۱۲	۱/۸۴	-۳/۹۶	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۱	۲/۲۱	-۶/۸	پیگیری	
۰/۱۵	۱/۳۸	-۲/۸۴	پیگیری	پس‌آزمون

ارتباط با زمان حال بود. در واقع این خودمشاهده‌گر جایگزینی برای خودمفهوم‌سازی^۲ شده است. یعنی خودی است که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود و به‌عنوان زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هشیاری تهدیدکننده نیست. در کل هدف کمک به مراجع است که خود را از تجربیات درونی‌اش متمایز بداند همچنین هدف از مهارت‌های گسلش‌شناختی آن بود که رویدادهای درونی اعم از افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی را فقط به‌عنوان آنچه که هستند نه به‌عنوان واقعیت در نظر بگیرند، در نتیجه زنان مبتلا به ام‌اس یاد گرفتند که با این رویدادهای درونی مربوط به بیماری ام‌اس، بدون آمیخته‌شدن با آنها یا اجتناب از آنها برخورد کنند و نظاره‌گر آنها باشند. درمان متمرکز بر شفقت به این مسئله اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همگام با واکنش به عوامل بیرونی، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام می‌شود [27] و افراد از احساس ناخوشایند خود فرار نکرده و آنها را سرکوب نمی‌کنند و با شناخت تجربه خود نسبت به آن احساس شفقت دارند [28]. تحقیقات نشان داده است که درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان و عزت‌نفس بیمار مبتلا به آسیب مغزی مؤثر بوده است [41] و شفقت در مراقبت بر روی بیماران مسن مبتلا به بیماری مزمن و پرستاران نقش مثبتی دارد. خودشفقتی، مفهومی است که با قضاوت و خودسرزنشگری مخالف است و این روش درمانی باعث شده است که این گروه درمانی بدون سخت‌گیری و خودانتقادگری با احساسات و افکار و هیجانات و تجارب خود روبه‌رو شوند، با تجارب پررنج خود و دیگران با انعطاف بیشتری مواجه شوند و با دیدگاه مشفقانه نسبت به دیگران به آنها کمک کنند و رنج آنها را درک کنند و میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به‌واسطه همین احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت باعث افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران ضایعه نخاعی شده است [42]. در تبیین یافته‌های حاصل از این پژوهش به نظر می‌رسد که ترکیب این دو رویکرد توانسته است با آموزش شفقت به

بر اساس نتایج جدول بالا مشاهده می‌شود که فقط بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد و بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوتی مشاهده نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس انجام شد. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و مرحله پیگیری افزایش معناداری نشان می‌دهد. این نتیجه بیانگر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثربخش است. در این راستا مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای پذیرش می‌تواند عملکرد در رضایت از زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در افراد مبتلا به درد مزمن بهبود بخشد [37،38،39]. میانگین خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش معناداری نشان می‌دهد اما در مرحله پیگیری نمرات خودکارآمدی تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر و با تغییراتی عمده در سبک زندگی و افزایش معناداری در نمرات خودکارآمدی و کاهش معنادار در سطح هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بوده است [40]. درمان ACT با تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و به افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، به جای نادیده‌گرفتن هیجانات و تجارب درونی خود و در نتیجه با موقعیت‌ها و تعاملاتشان ارتباط مناسبی برقرار کنند و با نگاهی تازه آنها را تجربه کنند کمک می‌کند. ایجاد یک خودمشاهده‌گر^۱ یا خود به‌عنوان زمینه در مراجع از طریق تکنیک مهارت گسلش‌شناختی، ذهن‌آگاهی و

- 5- Cheng C. Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: a dual-process model. *Journal of personality and social psychology*. 2003 Feb;84(2):425.
- 6- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, Polusny MA, Dykstra TA, Batten SV, Bergan J, Stewart SH. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*. 2004 Oct;54(4):553-78.
- ۷- ایزدی، رضیه. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر علائم و باورهای، وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم. *پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه اصفهان*. ۱۳۹۲.
- 8- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Behaviour research and therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44:1-25.
- ۹- حاتم‌خانی، سجاد. رابطه مهارت ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و علائم آسیب‌شناسی روانی. *پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس*. ۱۳۹۳.
- 10-Hayes, S. C. Acceptance and commitment therapy. New York: *Guilford Press*.2006.
- 11-Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of applied psychology*. 2003 Dec;88(6):1057.
- 12-Bowling AC, Murray TJ, Noseworthy JH, Polman CH, Thompson AJ. Multiple sclerosis: the guide to treatment and management. *Demos Medical Publishing*; 2006 Mar 1.
- 13-Eklund VA, MacDonald ML. Descriptions of persons with multiple sclerosis, with an emphasis on what is needed from psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1991 Aug;22(4):277.
- 14-Schmitt M. Presentation 2: Self-Efficacy as a Predictor of Functional Outcomes in Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2008 Oct 1;89(10):e7.
- 15-Bandura A. Self-efficacy: *The exercise of control*.1997.

افراد مبتلا به ام‌اس انعطاف‌پذیری نسبت به موقعیت موجود را افزایش دهد و در احساس خودکارآمدی بیماران مؤثر باشد؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور می‌تواند بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس تأثیر داشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، شیوه نمونه‌گیری در دسترس و یکی بودن درمانگر و پژوهشگر و حضور شرکت‌کنندگان مؤنث بود. برای تعمیم نتایج به نمونه‌های جنسیت مذکر احتیاط لازم باید در نظر گرفته شود. این پژوهش روی گروه کوچکی از زنان مبتلا به ام‌اس انجام شده است لذا باید در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها احتیاط‌های لازم در نظر گرفته شود. همچنین دیگر درمانگاه‌ها و دیگر استان‌ها جانب احتیاط را رعایت کنند. همین‌طور پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی برای اطمینان بیشتر در تعمیم نتایج، پژوهش به صورت نظام‌مند تکرار شود، و پژوهش در هر دو جنس مذکر و مؤنث و مجرد و متأهل نیز اجرا شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، از تمام مسئولان بیمارستان کاشانی و دانشگاه اصفهان و تمامی شرکت‌کنندگان که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند بی‌نهایت سپاسگزاریم. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.

منابع

- 1- Coles A. Alastair Compston, Alasdair Coles. *Lancet*. 2008;372:1502-7.
- ۲- فوسی، آ، لونگو، د، کاسپر، د. اصول طب هاریسون؛ بیماری‌های مغز و اعصاب. مترجم: شکیب، آ. *انتشارات اندیشه رفیع*؛ ۲۰۱۲.
- ۳- فرهادی، مریم؛ پسندیده، محمدمهدی. اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۲)؛ ۱۵-۷.
- 4- Davoodi M, Shameli L, Hadianfard H. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on chronic fatigue syndrome and pain perception in people with multiple sclerosis (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019; 25(3):250-65. [DOI:10.32598/ijpcp.25.3.250]

- 25-Gilbert P. Compassion focused therapy: Distinctive features. *Routledge*; 2010 Apr 16.
- 26-Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009 May;15(3):199-208.
- 27-Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014 Mar;53(1):6-41.
- 28-Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017 May 21;3(1):1743.
- 29-Gooding H, Stedmon J, Crix D. 'All these things don't take the pain away but they do help you to accept it': making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *British journal of pain*. 2020 Feb;14(1):31-41.
- 30-Penlington C. Exploring a compassion-focused intervention for persistent pain in a group setting. *British journal of pain*. 2019 Feb;13(1):59-66.
- 31-Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *The Horizon of Medical Sciences*. 2018 May 10;24(2):125-31.
- 32-Aghaee Khajelangi H, Neshatdoost HT, Najafi MR, Mazi M. Effectiveness of Compassion Focused Therapy on the Positive/Negative Affect and Hope in Multiple Sclerosis Patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2020 Nov 21;12(3).
- 33-Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010 Jun;34(3):241-53.
- 34-Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohandeh Journal*. 2013 Jun 10;18(2):88-96.
- 35-Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*. 1982 Oct;51(2):663-71.
- ۳۶-ظهیری، س. دهقانی، ا. ایزدی، ر. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر علائم وسواس دانش آموزان مبتلا به وسواس فکری و عملی. *مطالعات روان شناختی*. زمستان ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۴). ۹۳-۱۰۸.
- ۱۶-جعفری جوزانی، راضیه، موسوی، سید علی محمد، احمدی، عبدالجواد عسگری، نصراله. (۱۳۹۵). کنش های اجرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به ام اس (مولتیپل اسکلروزیس یا فلج چندگانه). *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی* 12(48), 395-387 .
- 17-Sheppard SC, Forsyth JP, Hickling EJ, Bianchi J. A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *International Journal of MS Care*. 2010;12(4):200-6.
- 18-Harris R. Theoretical Basis Treatment Based on Commitment and Admission in Simple Language (Part II).[A Feizi, Persian trans.]. Tehran: *The Psychological Services and Life Advice Center website*. 2014.
- 19-Scott W, Chilcot J, Guildford B, Daly-Eichenhardt A, McCracken LM. Feasibility randomized-controlled trial of online Acceptance and Commitment Therapy for patients with complex chronic pain in the United Kingdom. *European Journal of Pain*. 2018 Sep;22(8):1473-84.
- 20-Proctor BJ, Moghaddam NG, Evangelou N, Das Nair R. Telephone-supported acceptance and commitment bibliotherapy for people with multiple sclerosis and psychological distress: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018 Jul 1;9:103-9.
- ۲۱- رهبر کرباسدهی، ابراهیم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ حسین خانزاده؛ رهبر کرباسدهی، فاطمه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*. زمستان ۱۳۹۹؛ ۱۸ (۲). ۹-۱۰.
- 22-Tirch D, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility. *New Harbinger Publications*; 2014 Dec 1.
- 23-Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*. 2009 Jun;52(4):211.
- 24-Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003 Apr 1;2(2):85-101.

- 40-Nasiri F, Omid A, Mozaffari M, Mousavi SG, Joekar S. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT) on Self-care and HbA1C in type II diabetic patients. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2020 Apr 10;24(2):209-18.
- 41-Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011 Sep;12(2):128-39.
- ۴۲-عابدینی، م. لطیفی، ز. سلطانی زاده، م. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران ضایعه نخاعی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۳۹۹؛ ۳(۳): ۱۸، ۳۰۹-۳۱۹.
- 37-Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain—a randomized controlled trial. *Pain*. 2009 Feb 1;141(3):248-57.
- 38-Lillis J, Hayes SC, Bunting K, Masuda A. Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of behavioral medicine*. 2009 Feb 1;37(1):58-69.
- 39-Hashmynsb Aliabadi M. Efficacy of acceptance and commitment to alleviate the symptoms of generalized anxiety disorder [Dissertation]. Tabriz: University of Tabriz.2014.

پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس جهت‌گیری زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی در بین بانوان شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰

نویسندگان

طاهره عبدالملکی^۱، گلاویژ علیزاده^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد بانه، دانشگاه آزاد اسلامی، بانه، ایران.

abdolmaleki@gmail.com

۲. دکترای روانشناسی تربیتی، واحد بوکان، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: با توجه به نوظهور بودن بیماری کووید ۱۹ و اهمیت اضطراب این بیماری در سلامت روان بانوان هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس جهت‌گیری زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی در بین بانوان شهرستان بانه بود. **روش:** این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی است که به روش مقطعی انجام شد. مقطعی و از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش کلیه بانوان شهرستان بانه بودند که از بین آنها ۲۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های جهت‌گیری زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب کرونا پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره با مدل هم‌زمان در نرم‌افزار SPSS ویراست ۱۸ تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین جهت‌گیری خوش‌بینانه با اضطراب کرونا و ابعاد آن همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بین جهت‌گیری بدبینانه و بعد جسمانی اضطراب کرونا همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. بین انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب کرونا همبستگی منفی و معنادار وجود دارد و نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که جهت‌گیری خوش‌بینانه، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک کنترل‌پذیری به ترتیب ۷ و ۷/۳ درصد از واریانس اضطراب کرونا را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد جهت‌گیری به زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی نقش مهمی در اضطراب کرونا بانوان دارند؛ بنابراین هدف قراردادن چنین مباحثی در برنامه مداخلات روان‌شناختی افراد می‌تواند در کاهش اضطراب کرونا آنان مفید باشد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۴/۱۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۱/۰۹/۲۲



کلیدواژه‌ها

اضطراب کرونا، جهت‌گیری زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Galavizh.Alizade@gmx.com

مقدمه

در ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ یک عفونت ویروسی جدید که منشأ آن از ووهان چین بود به سازمان بهداشت جهانی اعلام شد. از ۲۳ مارس ۲۰۲۰ کرونا^۱ ویروس جدید به سرعت در سراسر جهان گسترش و شمار زیادی از افراد را مبتلا ساخت. از زمان ظهور ویروس تغییرات در زندگی روزمره سریع و بی سابقه بوده است؛ زیرا زمانی که موارد ابتلا به ویروس افزایش می‌یابد، تعداد قربانیان نیز افزایش یافته و طبیعتاً اقدامات سخت‌گیرانه برای مهار گسترش بیماری در مناطق مختلف جهان صورت می‌گیرد. آنچه تا امروز شاهد آن بودیم این است که اگرچه اقدامات قابل توجهی برای شناسایی افراد مبتلا به عفونت کرونا ویروس انجام شده، اما شناسایی و رسیدگی به نیازهای مراقبت از سلامت روان افراد نسبتاً نادیده گرفته شده است [۱].

به طور کلی فاجعه‌های دسته‌جمعی، به‌ویژه اتفاقات ناخوشایندی که شامل بیماری‌های عفونی می‌شوند، اغلب منجر به ایجاد موج شدیدی از ترس و اضطراب شده و در نهایت باعث به‌وجود آمدن اختلالات روان‌شناختی شده و بهزیستی روانی افراد را به مخاطره می‌اندازد [۲]. با توجه به خصوصیت بیماری‌زایی این ویروس، سرعت انتشار و همچنین درصد مرگ و میر ناشی از این بیماری ممکن است وضعیت بهداشت سلامت روان افراد جامعه از جمله بیماران مبتلا به کووید ۱۹، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خانواده‌ها، کودکان، دانشجویان، بیماران روانی و حتی پرسنل مشاغل مختلف را به‌نوعی متفاوت در معرض مخاطره قرار دهد [۳-۴]. اگرچه میزان مرگ و میر به علت کووید ۱۹ در مردان بیشتر از زنان است ولی زنان نسبت به مردان از لحاظ روانی آسیب بیشتری دیده‌اند. استرس، اضطراب، بی‌اشتهایی و افسردگی در این بحران در میان زنان ۲۷ درصد و در میان مردان ۱۰ درصد بوده و مشکلات روانی در مردان زیر ۵۰ سال در زمان شیوع بیماری نزدیک به ۴۰ درصد و در زنان، بالای ۶۰ درصد گزارش شده است [۵-۶]. یک نظرسنجی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی را که بیشتر آنها زن بودند را مورد بررسی قرار داده و مشخص شد که میزان شیوع اضطراب ۴۶/۰۴ درصد، افسردگی ۴۴/۳۷ درصد، بی‌خوابی ۲۸/۷۵ درصد، و سایر مشکلات

روان‌شناختی ۵۶/۵۹ درصد بود [۷]. از این‌رو در وضعیت پرمخاطره فعلی، شناسایی افراد مستعد اختلالات روان‌شناختی که سلامت روان آنها ممکن است به خطر بیفتد امری ضروری بوده تا با راهکارها و تکنیک‌های مناسب روان‌شناختی بتوان سلامت روان این افراد را حفظ کرد [۴]. در زمان همه‌گیری کرونا یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی در بین زنان، اضطراب کرونا^۲ است. به‌طور کلی اضطراب حالتی از خلق است که با هیجان منفی شدید در واکنش به وقایع (ذهنی یا واقعی) تهدیدکننده مشخص می‌شود [۸].

اضطراب کرونا به معنای اضطراب ناشی از مبتلا شدن به ویروس کروناست که غالباً دلیل آن ناشناخته‌بودن و ایجاد ابهام شناختی است [۹]. پژوهشگران دریافته‌اند که قرنطینه، ترس از ابتلا به کووید ۱۹ و عدم اطمینان از بیمار بودن یا نبودن و بلا تکلیفی در تمام طول همه‌گیری ممکن است به گروهی از علائم اشاره داشته باشد که نشانگان اضطراب کووید ۱۹ را تشکیل می‌دهند [۱۰].

عوامل روان‌شناختی بسیار متفاوتی می‌توانند در تجربه میزان اضطراب افراد دخیل بوده که یکی از این عوامل سبک جهت‌گیری زندگی^۳ است. جهت‌گیری زندگی به دیدگاه و نگرش فرد نسبت به زندگی و اتفاقات پیرامون آن اشاره داشته و به‌طور کلی می‌توان آن را به دو جهت‌گیری خوش‌بینانه و بدبینانه دسته‌بندی کرد [۱۱]. جهت‌گیری خوش‌بینانه^۴ نگرشی مثبت به جهان پیرامون است و فرد خوش‌بین با چنین نگرشی در تلاش است که دنیا را به‌صورت بهتری ببیند. افراد خوش‌بین، می‌دانند که جهان کامل و ایده‌آل نیست و هیچ‌کس نمی‌تواند، همه صفات خوب و عالی را دارا باشد، اما آنها در تلاش هستند که بخش‌ها و وجوه مثبت قضا را ببینند. جهت‌گیری بدبینانه^۵ نگرشی است که در آن روند امور رو به تباهی است و بر پایه این نگرش، بدی‌ها و سختی‌های زندگی بر خوبی‌ها و خوشی‌های آن سنگینی می‌کنند. اصولاً افراد خوش‌بین منتظر وقوع رویدادهای مثبت و خوشایند و افراد بدبین انتظار وقوع رویدادهای ناگوار و منفی هستند [۱۲].

2 . Covid-19 Anxiety
3 . life orientation
4 . optimistic orientation
5 . pessimistic orientation

1 . COVID-19

بانوان شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰ پیش‌بینی کرد؟

روش

نوع پژوهش

این مطالعه مقطعی و از نوع همبستگی بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه پژوهش کلیه بانوان شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰ بودند.

ب) نمونه‌ی پژوهش

از میان آنها ۲۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس اضطراب کروناویروس^۶: این پرسشنامه توسط علی‌پور و همکاران [۹] برای سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتباریابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه بوده و دو مؤلفه را می‌سنجد. سؤالات ۱ تا ۹ مربوط به علائم روانی بوده و سؤالات ۹ تا ۱۸ علائم جسمانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این ابزار به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای بوده و پاسخ‌ها به ترتیب از هرگز با نمره ۰ آغاز شده و به همیشه با نمره ۳ ختم می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۴ است و هر چه نمرات بالاتری حاصل کند نشان‌دهنده سطوح اضطراب بالاتر در افراد است. علی‌پور و همکاران پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای دو مؤلفه به ترتیب برابر با ۰/۸۷ و ۰/۸۶ و برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. روایی پرسشنامه نیز به روش روایی وابسته به همبستگی و با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ بررسی شده است که نتایج حاکی از همبستگی معنادار با مؤلفه‌های مربوط به این پرسشنامه است [۲۰]. پایایی ابزار در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمده است.

پرسشنامه جهت‌گیری زندگی^۷: این پرسشنامه

نتایج پژوهش جوانیک و میلانویک^۱ [۱۳] حاکی از آن است که در دوران همه‌گیری کرونا افراد خوش‌بین اعتماد بیشتری به کادر درمان داشته و ترس کمتر و رفتارهای پیشگیرانه بیشتری از خود نشان دادند ولی افراد بدبین عدم اعتماد و ترس بیشتری را تجربه می‌کردند. دروکا و همکاران^۲ [۱۴] در پژوهش خود به ارتباط سوگیری خوش‌بینی با عواملی همچون جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت سلامتی و امکان دورکاری در دوران کرونا پرداخت و دریافت که سوگیری خوش‌بینی به وضعیت سلامتی فرد بستگی دارد.

یکی از دیگر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با اضطراب کرونا انعطاف‌پذیری شناختی است. انعطاف‌پذیری شناختی^۳، توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به‌منظور تطابق با محرک‌های پیرامون است و به‌نوعی توانایی فرد در بازداری پاسخ‌های غالب اشتباه و توانایی دستیابی به پاسخ‌های جایگزین صحیح است [۱۵].

نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده که انعطاف‌پذیری شناختی در بروز و تداوم برخی از اختلالات روان‌شناختی دخیل است [۱۶]. به‌عنوان مثال نتایج پژوهش کالیا و همکاران^۴ [۱۷] نشان داد که بین انعطاف‌پذیری شناختی و تهدید ادراک‌شده ناشی از کرونا با اضطراب حالت افراد رابطه وجود دارد و توانایی افراد مضطرب در کنارگذاشتن واکنش‌های هیجانی منفی و نیرومند و به‌کارگیری راه‌حل‌های سودمند ضعیف است.

نتایج پژوهش مقدم‌پور و سپهوند [۱۸] نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی همبستگی معکوس معناداری با آسیب روانی و از جمله اضطراب دارد. آنها دریافتند که افراد مضطرب در مهار انعطاف‌پذیر توجه مهارت کمتری دارند. الکااز و همکاران^۵ [۱۹] در پژوهش خود نشان دادند که در افراد مبتلا به OCD و افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، رابطه منفی معناداری بین انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب وجود دارد؛ بنابراین با توجه به مطالب فوق سؤال پژوهش حاضر این است که آیا می‌توان اضطراب کرونا را بر اساس جهت‌گیری زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی در بین

1. Jovančević & Miličević
2. Druica and et al
3. Cognitive flexibility
4. Kalia and et al
5. Alcázar and et al

6. Corona disease anxiety scale (CDAS)

7. life orientation scale

برخوردار است. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی هم‌گرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی پرسشنامه حاضر را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ به دست آوردند. در ایران شاره و همکاران ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش کرده‌اند. همچنین این ابزار از روایی عاملی، هم‌گرا و هم‌زمان مطلوبی در ایران برخوردار است [۲۲]. پایایی ابزار در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است.

شیوه انجام پژوهش

از آنجایی که نمونه پژوهش را بانوان شهرستان بانه تشکیل می‌دادند، پس از تکثیر پرسشنامه‌ها همکار پژوهش که شاغل در درمانگاه ژین شهرستان بانه هستند به صورت داوطلبانه پرسشنامه‌ها را در بین بانوان مراجعه‌کننده به درمانگاه توزیع کرده است. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از جنسیت (خانم)، داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن بالای ۱۸ سال، رضایت و تمایل به شرکت در پژوهش. عدم درک سوالات پرسشنامه‌ها، تمایل نداشتن به همکاری و مخدوش کردن پرسشنامه‌ها نیز ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. به منظور رعایت ضوابط اخلاقی پژوهش، اطلاعات کافی در مورد انصراف و عدم همکاری، نحوه نشر اطلاعات، حریم خصوصی و رازداری، عدم هر نوع آسیب جسمی یا روانی، هدف و نحوه اجرای پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار spss ویراست ۱۸ و روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره به روش هم‌زمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

شی‌یر و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است. دارای ۱۰ گویه بوده که سوالات ۲، ۵، ۶ و ۸ انحرافی هستند و نمره‌ای به آنها تعلق نمی‌گیرد و گویه‌های ۳، ۹ و ۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. پژوهش‌های مکرر نشان داده‌اند که خوش‌بینی و بدبینی سرشتی با طیف گسترده‌ای از سازه‌های مرتبط مانند عزت‌نفس، ناامیدی و روان‌آزرده‌خویی رابطه دارند که این مطلب بیانگر اعتبار هم‌گرایی این پرسشنامه است. به علاوه تحلیل عاملی خوش‌بینی سرشتی و سازه‌های مرتبط با آن نشان داده است که خوش‌بینی سرشتی یک عامل مستقل و مجزاست که این مطلب نشان‌دهنده اعتبار افتراقی این سازه است. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمده است که نشان‌دهنده پایایی بالای آزمون است. این آزمون در سال ۱۳۸۳ توسط خدابخشی در ایران هنجاریابی شده است. نتایج به دست آمده بر اساس روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ حاکی از پایایی بالای مقیاس خوش‌بینی است. ضریب روایی هم‌زمان بین مقیاس خوش‌بینی با افسردگی و خودتسلطیابی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۷۲ به دست آمد [۲۱]. پایایی ابزار در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۱: این پرسشنامه

پرسشنامه توسط دنیس و وندرال ساخته شده است. یک ابزار خودگزارشی کوتاه است که شامل بیست سؤال است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمد لازم است به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی است و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد: میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل (ادراک کنترل‌پذیری)؛ توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها (ادراک توجیه رفتار)؛ توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت (ادراک گزینه‌های مختلف). دنیس و وندرال [۲۲] در پژوهشی نشان دادند که پرسشنامه حاضر از ساختار عاملی، روایی هم‌گرا و روایی هم‌زمان مناسبی

1. Cognitive flexibility scale

نتایج

کارشناسی ارشد و بالاتر (۵/۶ درصد) بودند. ۷۰ نفر (۲۸ درصد) دارای بیماری‌های جسمی، ۱۶ نفر (۶/۴ درصد) دارای بیماری‌های روانی، ۲۴ نفر (۹/۶ درصد) دارای بیماری‌های جسمی و روانی و ۱۴۰ نفر (۵۶ درصد) دارای هیچ‌گونه بیماری نبودند. ۶۸ نفر (۲۷/۲ درصد) سابقه مصرف داروهای جسمی، ۱۶ نفر (۶/۴ درصد) سابقه مصرف داروهای روانی، ۲۴ نفر (۹/۶ درصد) سابقه مصرف داروهای جسمی و روانی و ۱۴۲ نفر (۵۶/۸ درصد) سابقه مصرف هیچ دارویی را نداشتند.

در این پژوهش تعداد ۲۵۰ خانم از اهالی شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰ مورد بررسی قرار گرفتند که اطلاعات جمعیت‌شناسی آنها به این شرح است: تعداد ۵۴ نفر (۲۱/۶ درصد) مجرد و ۱۹۶ نفر (۷۸/۴ درصد) متاهل بودند. ۵۰ نفر دارای تحصیلات تا مقطع ابتدایی (۲۰ درصد)، ۴۲ نفر دارای تحصیلات راهنمایی (۱۶/۸ درصد)، ۷۴ نفر دارای تحصیلات دیپلم (۲۹/۶ درصد)، ۷۰ نفر دارای تحصیلات کارشناسی (۲۸ درصد) و ۱۴ نفر دارای تحصیلات

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرهای مورد مطالعه	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل مقیاس اضطراب کرونا	۰	۵۴	۳۰/۵۹	۱۰/۵۴
خرده‌مقیاس جسمانی	۰	۲۷	۱۳/۵۰	۵/۶۰
خرده‌مقیاس روانی	۰	۲۹	۱۷/۰۹	۵/۷۳
نمره کل مقیاس جهت‌گیری زندگی	۲	۲۳	۱۱/۸۲	۳/۹۷
جهت‌گیری خوش‌بینانه	۱	۱۲	۷	۲/۴۶
جهت‌گیری بدبینانه	۰	۱۲	۴/۸۱	۲/۰۱
نمره کل مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی	۲۰	۱۸۱	۷۳/۲۸	۲۷/۲۹
ادراک گزینه‌های مختلف	۱۰	۷۰	۳۷/۱۶	۱۳/۶۳
ادراک کنترل‌پذیری	۸	۵۵	۲۸/۴۲	۱۱/۳۴
ادراک توجیه رفتار	۲	۷۱	۷/۷۰	۴/۹۸

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	نمره کل اضطراب کرونا	بعد جسمانی	بعد روانی
نمره کل جهت‌گیری زندگی	** -۰/۲۱۶	** -۰/۲۹۰	-۰/۱۱۴
جهت‌گیری زندگی خوش‌بینانه	** -۰/۲۷۰	** -۰/۳۲۹	** -۰/۱۴۷
جهت‌گیری زندگی بدبینانه	۰/۰۹۶	** -۰/۱۶۹	۰/۰۱۲
نمره کل مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی	** -۰/۲۲۶	** -۰/۳۰۶	-۰/۱۱۶
ادراک گزینه‌های مختلف	** -۰/۱۶۹	** -۰/۲۶۱	-۰/۰۵۶
ادراک کنترل‌پذیری	** -۰/۲۴۸	** -۰/۳۱۸	* -۰/۱۴۵
ادراک توجیه رفتار	** -۰/۲۰۹	** -۰/۲۳۷	* -۰/۱۵۲

و معنادار وجود دارد (۰/۲۲۶، -۰/۳۰۶). بین ادراک گزینه‌های مختلف با نمره کل اضطراب کرونا و بعد جسمانی آن به ترتیب همبستگی منفی و معنادار وجود دارد (۰/۱۶۹، -۰/۲۶۱). بین ادراک کنترل‌پذیری و نمره کل اضطراب کرونا و ابعاد جسمانی و روانی آن به ترتیب همبستگی منفی و معنادار وجود دارد (۰/۲۴۸، -۰/۳۱۸، -۰/۱۴۵). بین ادراک توجیه رفتار و نمره کل اضطراب کرونا و ابعاد جسمانی و روانی آن به ترتیب همبستگی منفی و معنادار وجود دارد (۰/۲۰۹، -۰/۲۳۷، -۰/۱۵۲). این یافته‌ها بدان معناست که هر چه میزان نمرات انعطاف‌پذیری شناختی افراد بالاتر رود نمرات اضطراب کرونای آنها کاهش می‌یابد و بالعکس.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که جهت‌گیری خوش‌بینانه قادر به پیش‌بینی اضطراب کروناست. میزان R^2 نشان می‌دهد که این خرده‌مقیاس ۷ درصد واریانس نمونه را تبیین می‌کنند.

جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول بین نمره کلی جهت‌گیری زندگی با نمره کل اضطراب کرونا و بعد جسمانی اضطراب کرونا به ترتیب همبستگی منفی و معنادار وجود دارد (۰/۲۱۶، -۰/۲۹۰). بین جهت‌گیری خوش‌بینانه و نمره کلی اضطراب کرونا و ابعاد جسمانی و روانی آن به ترتیب همبستگی منفی و معنادار وجود دارد (۰/۲۷۰، -۰/۳۲۹، -۰/۱۴۷). بین جهت‌گیری بدبینانه و بعد جسمانی کرونا همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد (۰/۱۶۹). این یافته‌ها بدان معناست که هر چه نمرات جهت‌گیری خوش‌بینانه افراد بالاتر رود نمرات اضطراب کرونای آنها کاهش می‌یابد و بالعکس. همچنین هر چه نمرات جهت‌گیری بدبینانه افراد بالاتر رود نمرات افراد در بعد جسمانی اضطراب کرونا افزایش می‌یابد.

بین نمره کل مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی و نمره کل اضطراب کرونا و بعد جسمانی آن به ترتیب همبستگی منفی

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان برای پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس خرده‌مقیاس‌های جهت‌گیری زندگی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	S.E	β	t	Sig	R	R^2
اضطراب کرونا	جهت‌گیری خوش‌بینانه	-۱/۳۶۷	۰/۳۱۹	-۰/۳۱۹	-۴/۲۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۹	۰/۰۷۰
	جهت‌گیری بدبینانه	۰/۴۵۳	۰/۳۹۰	۰/۰۸۶	۱/۱۶۰	۰/۲۴		

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان برای پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس خرده‌مقیاس‌های انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	S.E	B	t	Sig	R	R^2
اضطراب کرونا	ادراک گزینه‌های مختلف	۰/۲۰۳	۰/۱۰۳	۰/۲۶۳	۱/۹۸۲	۰/۰۴۹	۰/۲۹	۰/۰۷۳
	ادراک کنترل‌پذیری	-۰/۳۸۴	۰/۱۲۴	-۰/۴۱۳	-۳/۰۹۷	۰/۰۰۲		
	ادراک توجیه رفتار	-۰/۲۶۸	۰/۱۵۴	-۰/۱۲۷	-۱/۷۴۶	۰/۰۸۲		

واهمه‌ای از ابتلا و مرگ و میر نداشته‌اند اضطراب و سایر مشکلات روان‌شناختی را کمتر تجربه کرده و حتی رفتارهای مرتبط با پیشگیری کمتری انجام می‌دهند. دیدگاه دوم مبتنی بر تحقیقاتی است که در زمان همه‌گیری ویروس سارس در سال ۲۰۰۲ انجام شده است. این تحقیقات نشان داده که خوش‌بینی با مراقبت و گوش‌بزرگی همراه بوده است و همبستگی منفی و معناداری با اضطراب دارد و بالعکس بدبینی با اضطراب رابطه مثبت و معنادار دارد [۲۸]. به‌طور کلی می‌توان گفت خوش‌بینان راهبردهای بهتری برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا دارند. آنها در برخورد با مشکلات استرس کمتر، علائم افسردگی خفیف، بهزیستی بالاتر، سطوح پایین‌تر اضطراب را تجربه کرده و معمولاً منبع کنترل درونی دارند. معمولاً افراد خوش‌بین بیشتر اعتماد کرده و به تئوری توطئه در مورد کووید ۱۹ اعتقاد ندارند، از این‌رو خود را وقف رفتارهای پیشگیرانه می‌کنند. در عوض بدبین‌ها ذهن خود را بیشتر معطوف تئوری توطئه کرده و به دیگران و به‌ویژه کادر درمان اعتماد نمی‌کنند و به همین دلیل ترس بیشتری را تجربه می‌کنند [۲۹].

بین انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب کرونا همبستگی منفی و معنادار وجود دارد که این یافته با یافته‌های کالیا و همکاران [۱۷]، مقدم‌پور و همکاران [۱۸]، رزا-الکزار و همکاران [۱۹]، اینوزو و همکاران [۳۰]، دمیرتاس و همکاران [۳۱]، تروی و همکاران [۳۲] و رحیم‌زادگان و همکاران [۳۳] همخوان است. اصولاً روان‌شناسان همیشه علاقه‌مند به شناسایی عواملی بوده‌اند که تاب‌آوری افراد را در مواجهه با استرس افزایش می‌دهند. اساساً توانایی مواجهه با ناملایمات مستلزم سازگاری با شرایط موجود است. استراتژی‌های مقابله با رویدادهای استرس‌زا باید به‌طور انعطاف‌پذیر برای تغییر تقاضاهای زمینه‌ای اعمال شوند [۱۶]. پژوهش تروی و همکارانش^۱ [۳۲] نشان داده که ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با شرایط استرس غیرقابل کنترل بسیار کارآمدتر از داشتن احساس کنترل بر موقعیت است. آنها دریافتند که انعطاف‌پذیری شناختی در به‌کارگیری استراتژی‌های نظارتی مهم‌تر از کشف یک استراتژی مقابله‌ای بوده؛ بنابراین انعطاف‌پذیری برای سلامت

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک کنترل‌پذیری قادر به پیش‌بینی اضطراب کروناست. میزان R^2 نشان می‌دهد که این خرده‌مقیاس‌ها ۷/۳ درصد واریانس نمونه را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین سهم جهت‌گیری زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی اضطراب کرونا بانوان شهرستان بانه در سال ۱۴۰۰ انجام شد و نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین جهت‌گیری زندگی خوش‌بینانه و اضطراب کرونا به همراه ابعاد جسمانی و روانی آن همبستگی منفی و معنادار وجود داشته و بین جهت‌گیری زندگی بدبینانه و بعد جسمانی اضطراب کرونا همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب کرونا همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که جهت‌گیری زندگی خوش‌بینانه قادر به تبیین ۷ درصد واریانس و ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک کنترل‌پذیری ۷/۳ درصد واریانس نمونه را تبیین می‌کنند. در ادامه به تبیین نتایج پرداخته می‌شود.

بین جهت‌گیری زندگی خوش‌بینانه و اضطراب کرونا ارتباط منفی و معنادار وجود دارد که این نتیجه با یافته‌های جوانیک و همکاران [۱۳]، دروکا و همکاران [۱۴]، مک‌کال و همکاران [۲۳]، ساجینا و همکاران [۲۴]، بردال و همکاران [۲۵] و آرسلن و همکاران [۲۶] همخوان است. شماری از تحقیقات که از ابتدای همه‌گیری کووید ۱۹ انجام شده است نشان داده که واکنش افراد به این بیماری کاملاً متفاوت است. برخی از افراد و حتی کشورها نسبت به این ویروس نگرشی خوش‌بینانه و برخی نگرش بدبینانه دارند که چرایی داشتن چنین نگرش‌هایی را می‌توان به عوامل مختلفی نسبت داد، مانند تفاوت‌های فردی، ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت جسمانی افراد و سابقه داشتن بیماری‌های زمینه‌ای، وضعیت اقتصادی، اعتماد به کادر درمان و میزان دسترسی به واکسن، سیاست‌های کشورها در اعمال محدودیت‌ها و غیره [۲۷]. در تبیین همبستگی منفی بین نگرش خوش‌بینانه و اضطراب کرونا دو دیدگاه وجود دارد. در دیدگاه اول افراد به‌واسطه داشتن نگرش خوش‌بینانه، تهدید و آسیب کمتری را درک و تجربه می‌کنند. از آنجایی که آنها

1. Troy and et al

دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرند تا نتایج قابل تعمیم باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود به جای استفاده از پرسشنامه از دیگر ابزارهای سنجش همچون مصاحبه، مشاهده و نرم‌افزارهای شناختی مانند دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین برای سنجش انعطاف‌پذیری شناختی استفاده شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمام آزمودنی‌هایی که در پژوهش حاضر همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

منابع

- 1- Xiong, X; Chi, J ;& Gao, Q.(2021). Prevalence and risk factors of thrombotic events on patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Thromb J*, 2021; 19(32): 2-9. doi: 10.1177/1076029620967083.
- 2- Li, S; Wang, Y; Xue, J; Zhao, N;& Zhu, T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17(6): 20- 32. doi.org/10.3390/ijerph17062032.
- 3- Zangrillo, A; Beretta, L; Silvani, P; Colombo, S; Scandroglio, A. M;& Dell'Acqua, et al. Fast reshaping of intensive care unit facilities in a large metropolitan hospital in Milan, Italy: facing the COVID-19 pandemic emergency. *Crit Care Resusc*, 2020; 22(2): 91-94. doi: 10.12998/wjcc.v8.i17.3691.
- 4- شهیاد، شیما، محمدی، محمدتقی. آثار روان‌شناختی گسترش کووید ۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. *مجله طب نظامی*، ۱۳۹۹؛ ۲۲ (۲): ۱۹۲-۱۸۴.
- 5- Wu, Y; Zhang, C; Liu, H;& et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol*, 2020; 223(2): 240.e1-240.e9. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.009.

کلی، رفاه و سازگاری بسیار مهم است. در تبیین ارتباط یافته‌های تروی و همکاران با پژوهش حاضر می‌توان گفت ادراک گزینه‌های مختلف یکی از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی است که می‌تواند با ارزیابی مجدد مسائل و رویدادها مرتبط باشد.

انعطاف‌پذیری شناختی یک سازه چندوجهی است که هم ویژگی‌های صفت و هم حالت را نشان داده و یک جزء کلیدی از کارکردهای اجرایی است. انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی تغییر انعطاف‌پذیر بین قوانین یا جابه‌جایی بین حالت‌های تفکر اشاره دارد. در انعطاف‌پذیری شناختی فرد باید اطلاعات نامربوط را مهار کرده و بر اطلاعات مهم متمرکز شود [۳۴]. توانایی جابه‌جایی بین روش‌های فکری تعیین‌شده، به‌ویژه زمانی مفید است که فرد با یک عامل استرس‌زا همچون کووید ۱۹ مواجه شده و توانایی مهار و کنترل آن را نداشته باشد. در چنین شرایط انعطاف‌پذیری شناختی به او این امکان را می‌دهد تا درک فعلی خود از یک بیماری همه‌گیر جهانی را بازنگری کرده و رفتارهایی (شستن دست‌ها و پوشیدن ماسک) انجام دهد که احتمال خطر ابتلای او را کاهش دهد [۱۷]. افرادی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، به‌صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و در موقعیت‌های چالش‌برانگیز رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و به لحاظ روان‌شناختی در مقایسه با افراد انعطاف‌ناپذیر پرتحمل‌تر و بردبارتر هستند [۳۳]. نداشتن انعطاف‌پذیری در مورد تغییرات غیرقابل پیشگیری از جمله بیماری کرونا، موجب افزایش آشفتگی هیجانی، کاهش تاب‌آوری و بروز آسیب‌های روانی از جمله اضطراب می‌شود [۳۵].

محدودیت

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود اول اینکه روش نمونه‌گیری به‌صورت غیرتصادفی و در دسترس بود. دوم اینکه جامعه آماری پژوهش حاضر فقط شامل بانوان شهرستان بانه بودند. سوم اینکه از ابزارهای خودگزارشی که معمولاً با سوگیری در پاسخ‌دهی همراه‌اند استفاده شده است.

پیشنهادات

با توجه به محدودیت‌های اشاره‌شده پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جامعه آماری آقایان و نیز شهرستان‌های

- 14-Druică, E; Musso, F;& Ianole-Călin, R. Optimism Bias during the Covid-19 Pandemic: Empirical Evidence from Romania and Italy. *Games*, 2020; 11(3):39. Doi. 10.3390/g11030039.
- 15-Ionescu, T. Exploring the nature of cognitive flexibility. *New Ideas Psychol*, 2012; 30(2):190-200. doi.org/10.1016/j.newideapsych.2011.11.001.
- 16-Bonanno, GA; & Burton, CL. Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspect Psychol Sci*, 2013;8(6):591-612. doi.10.1177/1745691613504116.
- 17-Kalia, V; Knaft, K;& Hayatbini, N. Cognitive flexibility and perceived threat from COVID-19 mediate the relationship between childhood maltreatment and state anxiety. *PLoS One*, 2020; 11;15(12):e0243881. doi:10.1371/journal.pone.0243881.
- ۱۸- مقدم پور، نیلوفر، سپهوند، تورج. پیش‌بینی اضطراب اجتماعی کودکان دبستانی بر اساس مشکلات در تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران. *فصلنامه‌ی سلامت روان کودک*، ۱۳۹۷؛ ۲۴-۱۴.
- 19-Rosa-Alcázar, Á; Olivares-Olivares, PJ; Martínez-Esparza, IC; Parada-Navas, JL; Rosa-Alcázar, AI;& Olivares-Rodríguez, J. Cognitive flexibility and response inhibition in patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Int J Clin Health Psychol*, 2020; 20(1):20-28. doi: 10.1016/j.ijchp.2019.07.006.
- ۲۰- رحمانی، رامین، سرگزی، ونوس، شیرزایی جلالی، مهدی، بابامیری، محمد. بررسی اضطراب ناشی از کرونا و ارتباط آن با فرسودگی شغلی در کارکنان بیمارستان: مطالعه مقطعی در جنوب شرق ایران. *مجله مهندسی بهداشت حرفه‌ای*، ۱۳۹۹؛ ۷ (۴): ۶۹-۶۱.
- ۲۱- سعدی پور، اسماعیل، دلاور، علی، چیناوی، علی، سلم‌آبادی، مجتبی. اثربخشی آموزش معارف مهدوی بر بهزیستی روان‌شناختی و جهت‌گیری زندگی. *دین و سلامت*، ۱۳۹۴؛ ۳ (۲): ۲۸-۱۹.
- ۲۲- تقی‌زاده، محمداحسان، فرمانی، اعظم. بررسی نقش انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی نومیدی و تاب‌آوری در دانشجویان. *فصلنامه روان‌شناسی شناختی*، ۱۳۹۲؛ ۱ (۲): ۶۷-۷۵.
- 6- Thibaut, F;& Wijngaarden-Cremers, PJM. Women's Mental Health in the Time of Covid-19 Pandemic. *Front Glob Womens Health*, 2020; 1:588372. doi: 10.3389/fgwh.2020.588372.
- 7- Que, J; Shi, L; Deng, J;& et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *Gen Psychiatr*, 2020;33(3):e100259. doi:10.1136/gpsych-2020-100259.
- ۸- امانی، رزیتا. نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد*، ۱۳۹۴؛ ۱۳ (۲): ۸۴-۷۷.
- ۹- علی پور، احمد، قدمی، ابوالفضل، علی پور، زهرا، عبدالله‌زاده، حسن. اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱۳۹۸؛ ۸ (۳۲): ۱۷۵-۱۶۳.
- ۱۰- جان‌بزرگی، مسعود، نوری، ناهید، حیدری‌زاد، مهدیه، جان‌بزرگی، عرفانه، جان‌بزرگی، امین، نظری، مژگان. اثربخشی درمان معنوی خداسو و درمان‌های غیرمعنوی در مدیریت استرس ناشی از بحران شیوع کرونا و طراحی مقدماتی الگوی معنوی مداخله روان‌شناختی در بحران کرونا. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد*، ۱۳۹۹؛ ۱۸ (۱): ۲۱۴-۲۰۱.
- 11-Hinz, A; Sander, CH; Glaesmer, H; Brähler, E; Zenger, M; Hilbert, A;& Kocalevent, R. Optimism and pessimism in the general population: Psychometric properties of the Life Orientation Test (LOT-R). *Int j clin Health Psychol*, 2017; 17: 161-17. doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.02.003.
- 12-Cano-García, F. J; Sanduvete-Chaves, S; Chacón-Moscoso, S; Rodríguez-Franco, L; García-Martínez, J; Antuña-Bellerín, M ;& Pérez-Gil, J. A. Factor structure of the Spanish version of the Life Orientation Test-Revised (LOT-R). Testing several models. *Int j clin Health Psychol*, 2015; 15: 139-148. doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.01.003.
- 13-Jovančević, A;& Miličević, N. Optimism-pessimism, conspiracy theories and general trust as factors contributing to COVID-19 related behavior - A cross-cultural study. *Pers Individ Dif*, 2020;167:110216. Doi.10.1016/j.paid.2020.110216.

- 29-Furnham, A. Commercial conspiracy theories: A pilot study. *Front Psychol*, 2013; 4: 1-5. doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00379.
- 30-Inozu, M; Gök, BG; Tuzun, D;& Haciomeroglu, AB. Does cognitive flexibility change the nature of the relationship between intolerance of uncertainty and psychological symptoms during the COVID-19 outbreak in Turkey? *Curr Psychol*, 2022; 4:1-12. doi: 10.1007/s12144-021-02450-8.
- 31-Demirtas, AS. Predictive roles of state hope and cognitive control/flexibility in state anxiety during COVID-19 outbreak in Turkey. *Dusunen Adam The j psychiatry Neurol Sci*, 2021; 34:89-96. Doi. 10.14744/DAJPNS.2020.0012.
- 32-Troy, AS; Shallcross, AJ;& Mauss, IB. A person-by-situation approach to emotion regulation: Cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychol Sci*, 2013; 24(12):2505-14. doi: 10.1177/0956797613496434.
- ۳۳- رحیم‌زادگان، شیوا، عطادخت، اکبر. پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی و تمایزیافتگی خود در بیماران دارای اختلال وسواس فکری- عملی. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۴۰۰؛ ۱۵ (۵۸): ۳۶-۲۷.
- 34-Dajani, DR;& Uddin, LQ. Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends Neurosci*, 2015; 38(9):571-8. doi: 10.1016/j.tins.2015.07.003.
- 35-Okon-Singer, H. The role of attention bias to threat in anxiety: mechanisms, modulators and open questions. *Curr Opin Behav Sci*, 2018; 1: 19:26-30. doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.09.008.
- 23-McColl, K; Debin, M; Souty, C; Guerrisi, C; Turbelin, C; Falchi, A; Bonmarin, I; Paolotti, D; Obi, C; Duggan, J; et al. Are People Optimistically Biased about the Risk of COVID-19 Infection? Lessons from the First Wave of the Pandemic in Europe. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19: 436. doi.org/10.3390/ijerph19010436.
- 24-Sajita, S; Krägeloh, Ch; Bandyopadhyay, G;& Subramaniam, K. Inculcating Dispositional Optimism for Prevention of Mental and Substance Use Disorders Throughout and After the Coronavirus Disease-19 Pandemic. *Altern Complement Ther*, 2021; 27(2):68-78. doi.org/10.1089/act.2021.29322.sse.
- 25-Bredal, I. S; Grimholt, T. K; Bonsaksen, T; Skogstad, L; Heir, T;& Ekeberg, Q. Optimists' and pessimists' self-reported mental and global health during the COVID-19 pandemic in Norway. *Health Psychol Rep*, 2021; 9(2): 1-9. doi.10.5114/hpr.2021.103123.
- 26-Arslan, G; Yıldırım, M; Tanhan, A; Buluş, M;& Allen, K. A. Coronavirus Stress, Optimism-Pessimism, Psychological Inflexibility, and Psychological Health: Psychometric Properties of the Coronavirus Stress Measure. *Int J Ment Health Addict*, 2020; 1-17. doi.org/10.1007/s11469-020-00337-6.
- 27-Raude, J; Debin, M; Souty, C; Guerrisi, C; Turbelin, C; Falchi, A;& Colizza, V. Are people excessively pessimistic about the risk of coronavirus infection? *Health Psychol Rep*, 2020; 2: 10-17. doi: 10.31234/osf.io/364qj.
- 28-Xie, X. F; Stone, E; Zheng, R;& Zhang, R. G. The 'typhoon eye effect': Determinants of distress during the SARS epidemic. *J Risk Res*, 2011, 14(9):1091-1107. doi.org/10.1080/13669877.2011.571790.

مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تنظیم هیجانی در بزرگ‌سالان با سابقه ناملايمات كودكي (جسمی و جنسی)

نویسندگان

کلی ابراهیمی^۱، احمد غضنفری^{۲*}، شهرام مشهدی‌زاده^۳، سعید رحیمی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

goliebi2@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه علوم پایه پزشکی، گروه علوم پایه پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

Psm21@yahoo.com

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. saeed55@yahoo.com

چکیده

مقدمه: آسیب‌ها و تروماهای دوران کودکی می‌تواند تأثیر عمیقی بر ویژگی‌های روان‌شناختی افراد در طول زندگی بگذارد. پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تنظیم هیجانی در بزرگ‌سالان با سابقه ناملايمات كودكي (جسمی و جنسی) انجام شد.

روش: این پژوهش از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را همه بزرگ‌سالان شهر تهران که سابقه ناملايمات جسمی و جنسی در دوران کودکی دارند تشکیل می‌دهند. نمونه شامل ۳۰۰ نفر با سابقه ناملايمات كودكي بودند که با شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به‌منظور سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی (CTQ)، پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI)، پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار (YSQ-SF)، پرسشنامه تنظیم هیجان گراتز (DERS) استفاده شد.

نتایج: تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که مدل پیشنهادی پژوهش از برازش مناسبی برخوردار است. شاخص‌های برازش مدل نیکویی برازش را نشان دادند (>0.9 CFI, GFI, NFI)؛ بنابراین نتایج تحلیل مسیر نشان داد که تنظیم هیجان در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با افکار خودکشی در بزرگ‌سالان با سابقه ناملايمات كودكي نقش میانجی ایفا می‌کند ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: از آنجا که نقص در فرایند تنظیم هیجانی به‌عنوان عاملی مهم در حفظ و پدیدآیی اختلالات روانی است، دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند به عامل میانجی مهمی در رابطه بسیاری از متغیرهای مهم در آسیب‌شناسی اختلالات روانی مثل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم اختلالات روانی مثل افکار خودکشی نقش ایفا کند؛ بنابراین باید به نقش تنظیم هیجان در آسیب‌شناسی و درمان توجه ویژه‌ای کرد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۰۶/۰۵

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۱/۱۲/۲۲



کلیدواژه‌ها

افکار خودکشی، طرح‌واره‌های ناسازگار، تنظیم هیجانی، ترومای کودکی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Aghazan5@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

دوره کودکی از جمله دوره‌های مهم زندگی محسوب می‌شود که متخصصان و نظریه‌پردازان مختلف در مورد اهمیت آن و آسیب‌های جبران ناشدنی این دوره تأکید داشته‌اند [۱]. تروماهای دوران کودکی در اشکال مختلف اتفاق می‌افتد که سوءاستفاده جنسی، جسمی و هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می‌شود [۲]. سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال ۲۰۱۷ با انتشار گزارشی تحت عنوان، بدرفتاری با کودکان، اعلام کرده است که در سراسر جهان از هر ۴ کودک ۱ کودک قربانی خشونت است که ۲۳ درصد از آنها خشونت فیزیکی و ضرب و شتم، ۳۶ درصد از کودکان نیز با آزارهایی نظیر تهدید، تحقیر، توبیخ، اعمال فشار عاطفی و ۲۶ درصد از این کودکان مورد استثمار جنسی قرار گرفته‌اند [۳].

پژوهش‌های بسیاری نشان داده است که سابقه هر نوع بدرفتاری دوران کودکی از جمله سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی‌مدت با پیامدهای منفی بزرگ‌سالی شامل اختلالات شخصیت [۴]، سوءمصرف مواد [۵]، افسردگی اساسی [۶] و خودکشی [۷-۹] رابطه دارد. افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگ‌سالی به‌عنوان یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی و نوجوانی شناخته می‌شود. ارتباط میان ناملايمات و ترومای کودکی و افزایش خطر افکار و رفتار خودکشی هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بالینی دیده می‌شود [۸].

یکی از فاکتورهای مهم در اقدام به خودکشی، داشتن افکار خودکشی قبل از عملی کردن آن است. افکار خودکشی به افکار و باورهایی گفته می‌شود که فرد در مورد کشتن خود دارد، که از برنامه‌ریزی دقیق برای خودکشی تا یک احساس قابل ملاحظه را دربرمی‌گیرد اما شامل اقدام نهایی برای خودکشی نمی‌شود [۹]. بک و یانگ نقش طرح‌واره‌ها را در زمینه افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه برجسته می‌دانند [۱۰]. طرح‌واره‌ها، عمیق‌ترین سطح شناخت محسوب می‌شوند، که بر اثر ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی شکل می‌گیرند که به پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری

تقسیم می‌شوند [۱۱]. طرح‌واره‌ها نقش عمده‌ای در تفکر، احساس، رفتار و نحوه برقراری ارتباط افراد با دیگران بازی می‌کنند و به‌گونه‌ای متناقض و اجتناب‌ناپذیر، زندگی بزرگ‌سالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می‌کشاند [۱۲، ۱۳]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در بین حوزه‌های طرح‌واره‌ای، طرح‌واره‌های حوزه بریدگی و طرد و سپس طرح‌واره‌های حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد بیشترین همبستگی را با افکار خودکشی دارند [۱۴، ۱۵].

آنچه که در طرح‌واره‌ها نقش برجسته‌ای ایفا می‌کند، هیجان‌ها هستند [۱۰]. چنانکه ویبلینک^۲ و همکاران [۱۵] معتقدند زمانی که طرح‌واره‌ها راه‌اندازی می‌شوند، همان احساسات، ارزیابی‌ها و تمایلات مشابه دوران کودکی، دوباره جان می‌گیرند به‌طوری که فرد در بزرگ‌سالی واکنشی همانند یک کودک پریشان‌نشان می‌دهد. پژوهش نیکول^۳ و همکاران [۱۶] نشان می‌دهد آشفتگی هیجانی و عدم توانایی تنظیم هیجان در اختلالات بالینی می‌تواند منجر به افکار خودکشی شود. تنظیم هیجانی عبارت است از آگاهی، فهم و پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی، رفتاری مطابق با اهداف شخصی در موقعیت‌هایی که هیجان‌ها منفی تجربه می‌شود و توانایی استفاده از راهبردهای هیجانی منعطف و متناسب با موقعیت است [۱۷]؛ بنابراین در اینکه حوزه‌های طرح‌واره‌ای بتوانند افکار خودکشی را راه‌اندازی کنند یا نه، عامل تنظیم هیجان نقش مهمی ایفا می‌کند [۱۶]. دشواری تنظیم هیجان به‌عنوان یک فرآیند مربوط به ایده پردازی و تلاش برای خودکشی نوجوانان و جوانان در بین متخصصین حوزه سلامت شناخته شده است [۱۱، ۱۵].

نقش تنظیم هیجان در بسیاری از پژوهش‌ها به‌عنوان عامل میانجی بین متغیرهای مختلف تأیید شده است. پژوهش دایگونت^۴ و همکاران [۱۸] در زمینه رابطه بین ذهن آگاهی و ابعاد پرخاشگری با میانجی تنظیم هیجان؛ پژوهش کلمنرو^۵ و همکاران [۱۹] در زمینه مدل پیش‌بینی تمایل به خودکشی بر اساس متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری خانواده؛ پژوهش

2. Wibbelink
3. Nicol
4. Di Giunta
5. Colmenero

1. WHO

سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت جسمی، غفلت هیجانی و سوءاستفاده جنسی را می‌سنجد. پایایی این پرسشنامه به دو روش آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹-۰/۹۴ گزارش شده است [۲۲]. در پژوهش ابراهیمی و همکاران [۲۲] نیز پایایی این پرسشنامه ۰/۸۷ به‌دست‌آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه است.

۲) پرسشنامه افکار خودکشی بک^۴: پرسشنامه افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی با ۱۹ گویه است که به‌منظور سنجش نگرش، افکار و برنامه‌ریزی برای خودکشی طراحی شده است. در این پرسشنامه ۵ سؤال اول به‌منظور غربالگری طرح شده است، که اگر به ۵ سؤال اول نمره صفر بدهند فاقد خودکشی هستند. بین نمره ۱ تا ۵ نشان‌دهنده داشتن افکار خودکشی و نمره ۶ تا ۱۹ نشان‌دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشانگر قصد اقدام به خودکشی است. این پرسشنامه یک ابزار معتبر و پایا برای سنجش افکار خودکشی است که در مطالعه دانیتز و همکاران (۲۰۰۲) همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی بین‌آزماینده ۰/۸۳ گزارش شده است. این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده است و روایی هم‌زمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمده است [۲۳].

۳) پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار^۵: این پرسشنامه توسط یانگ و برون (۱۹۹۴) به‌منظور اندازه‌گیری ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه ساخته شد و شامل ۷۵ گویه است. پایایی آن توسط یانگ و همکاران با استفاده از آلفای کرونباخ برای همه طرح‌واره‌ها ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ به‌دست‌آمد. پاسخ‌دهندگان بر روی لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۶ نظر خود را مشخص می‌کنند. این مقیاس با نمرات اعتماد به نفس، افسردگی، نشانگان اختلال شخصیت، آسیب‌پذیری روان‌شناختی، همبستگی خوبی دارد که نشانگر روایی قابل قبول این مقیاس است. غیاثی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای کل مقیاس بین ۰/۹۱ تا ۰/۸۶ محاسبه کردند (غیاثی و همکاران، ۱۳۹۰).

کایا و سیراکاگلو^۱ [۲۰] در زمینه رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار و مشکلات تنظیم هیجان با سلامت روان، این رابطه را نشان می‌دهد؛ بنابراین با توجه به اهمیت تنظیم هیجان در رابطه با طرح‌واره‌ها و افکار خودکشی پژوهش حاضر به دنبال مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تنظیم هیجانی در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی (جسمی و جنسی) است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بزرگسالان شهر تهران که سابقه ناملایمات جسمی و جنسی در دوران کودکی دارند تشکیل می‌دهند. برای تعیین حجم نمونه مورد نیاز بر اساس شیوه وستلند^۲ [۲۱] با در نظر گرفتن تعداد سازه‌های مدل، توان آزمون ۹۹ درصد، احتمال خطای ۰/۰۱ و عدم دسترسی به حجم جامعه آماری حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۸۲ نفر به‌دست‌آمد. به‌منظور پوشش ریزش احتمالی نمونه ۳۰۰ نفر با سابقه ناملایمات کودکی با شیوه نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک ورود انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش این بود که فرد بر اساس پرسشنامه ترومای کودکی نمره بالاتر از خط برش ۳۴ دریافت کند. با استفاده از تحلیل مسیر روابط علی متغیرهای پژوهش بررسی شد. متغیر برون‌زاد افکار خودکشی، متغیرهای درون‌زاد حوزه‌های پنج‌گانه طرح‌واره‌ای و متغیر میانجی تنظیم هیجانی است. داده‌ها نیز با نرم‌افزارهای SPSS 25 و AMOS تحلیل شدند.

ابزار

۱) پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۳: این پرسشنامه توسط برنشتاین و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم ۵۳ گویه‌ای آن ارائه و در نهایت در سال ۱۹۹۸ نسخه نهایی ۳۴ گویه‌ای تنظیم شد. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز تا همیشه پاسخ داده می‌شوند و پنج خرده‌مقیاس

4. BSSI
5. YSQ-SF

1. Kaya & Çirakoğlu
2. Westland
3. CTQ

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ نفر بودند که ۱۷۴ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش سن بین ۲۱ تا ۲۵ سال و ۱۲۶ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال داشتند. ۱۵۰ نفر از افراد نمونه زن و ۱۵۰ نفر مرد هستند. آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نشان داد که سطح معناداری پراکندگی همه متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین همه متغیرها توزیع نرمالی داشتند. همچنین آماره‌های تحمل و تورم واریانس (VIF) محاسبه شده برای متغیرهای پژوهش، انحرافی از مفروضه چندگانگی خطی مشاهده نشد. همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ بررسی شده است.

۴) پرسشنامه تنظیم هیجان (DERS): این مقیاس توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) تهیه شد و یک شاخص خودگزارشی برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان است که از ۳۶ سؤال و ۶ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی. این مقیاس در پژوهش گراتز و رومر دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس ۹۳ درصد) و پایایی آزمون-بازآزمون خوب برای نمرات کلی این مقیاس (۸۸ درصد) است. همچنین پایایی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی نیز ۰/۸۷ به دست آمده است که نشان‌دهنده ویژگی‌های روان‌سنجی خوب پرسشنامه است [۲۴].

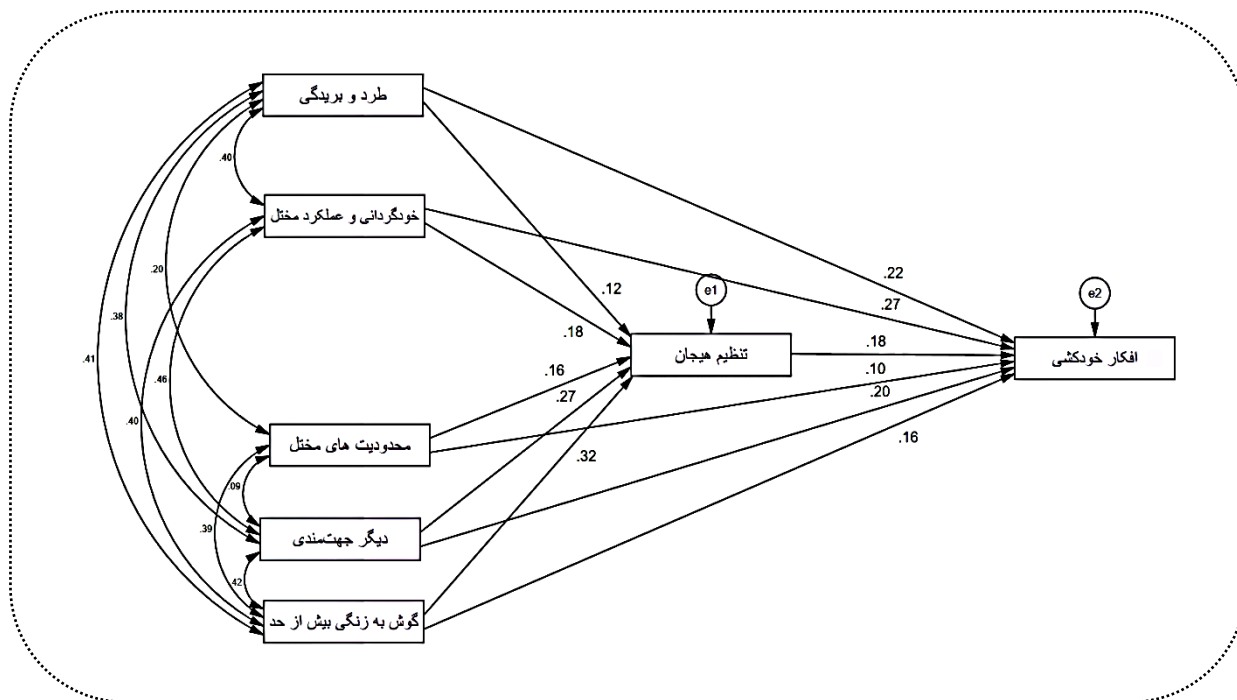
جدول ۱. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- حوزه طرد و بریدگی	۱					
۲- خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۵۱۹**	۱				
۳- محدودیت‌های مختل	۰/۴۶۸**	۰/۷۳۶**	۱			
۴- دیگرجهت‌مندی	۰/۴۳۵**	۰/۵۱۴**	۰/۴۲۰**	۱		
۵- گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری	۰/۴۹۸**	۰/۶۲۳**	۰/۶۲۰**	۰/۵۰۹**	۱	
۶- دشواری در تنظیم هیجان	۰/۵۲۸**	۰/۶۵۱**	۰/۶۱۵**	۰/۶۰۶**	۰/۶۸۹**	۱
۷- افکار خودکشی	۰/۶۲۴**	۰/۷۲۲**	۰/۶۴۸**	۰/۶۲۲**	۰/۶۸۳**	۰/۷۱۹**

* معناداری در سطح ۰/۰۵ ** معناداری در سطح ۰/۰۱

طرح‌واره‌های ناسازگار و دشواری در تنظیم هیجان با افکار خودکشی رابطه مستقیم وجود دارد. به‌منظور بررسی مدل رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار با افکار خودکشی افراد با سابقه ناملايمات کودکی (جسمی و جنسی) با نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان، از روش تحلیل مسیر استفاده شد. مدل بررسی شده به همراه شاخص‌های مربوط به برازش مدل در ادامه ارائه شده است.

در جدول ۱ نتایج همبستگی بین طرح‌واره‌های ناسازگار و دشواری در تنظیم هیجان با افکار خودکشی نشان داده شده است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده تمامی ضرایب همبستگی محاسبه شده در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار هستند ($p < 0/01$). همبستگی بین طرح‌واره‌های ناسازگار و دشواری در تنظیم هیجان با افکار خودکشی مثبت است. مثبت بودن ضرایب به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که بین



شکل ۱. ضرایب استاندارد مدل مربوط به نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار با افکار خودکشی

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص برازش	دامنه مورد قبول	مقدار مشاهده شده	ارزیابی شاخص برازش
χ^2/df	$1 < \chi^2/df < 5$	۲/۶۳	مناسب
IFI	> 0.9	۰/۹۱۶	مناسب
GFI	> 0.9	۰/۹۱۴	مناسب
SRMR	< 0.08	۰/۰۵۲	مناسب
CFI	> 0.9	۰/۹۱۵	مناسب
NFI	> 0.9	۰/۹۱۵	مناسب

۰/۰۲۰ است که از میزان ملاک (۰/۰۸) کوچک‌تر است و در نتیجه برازش مدل را تأیید می‌کند، و در نهایت شاخص‌های IFI، CFI، GFI و NFI نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگ‌تر هستند. در مجموع و با در نظر گرفتن مجموع شاخص‌های برازش محاسبه شده، برازش مدل نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار و افکار خودکشی مورد تأیید قرار می‌گیرد.

شاخص‌های مربوط به برازش مدل در جدول بالا ارائه شده است. شاخص نسبت مجذور کای بر درجه آزادی (χ^2/df) در دامنه بین ۱ تا ۵ قرار دارد و به معنی برازش مدل با داده‌هاست. ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده^۱ برابر با

۱. SRMR

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد آشفتگی در تنظیم هیجانات رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار با افکار خودکشی در افراد با سابقه ناملایمات کودکی (جسمی و جنسی) را میانجی‌گری می‌کند. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش دایگونتسا و همکاران [۱۸]، کلمنرو و همکاران [۱۹] و پژوهش کایا و سیراکاگلو [۲۰] در زمینه نقش میانجی تنظیم هیجانی همسو است.

آشفتگی هیجانی و استفاده از شیوه‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد احساس ناخوشایندی نسبت به خود و نسبت به دیگران تجربه کند و از شیوه‌های تنظیم هیجانی سازگارانه در برخورد با شرایط دشوار و اضطراب‌زا استفاده کند [۲۵]. آشفتگی در تنظیم هیجانات سبب رفتارهای تکانه‌ای، دشواری در پیگیری رفتارهای هدفمند و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم رفتار و هیجان منطقی و هدفمند می‌شود [۱۳]. این فرایند سبب می‌شود افرادی که آشفتگی هیجانی دارند زمانی که با شرایط دشوار مواجه می‌شوند به جای استفاده از شیوه‌های راه‌حل‌محور و هیجان‌محور سازنده برای کنار آمدن و حل مسئله از شیوه‌های مدیریت هیجانی ناسازگارانه‌تر مثل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیزپنداری استفاده کنند که این شیوه‌های تنظیم هیجان می‌تواند منجر به ناامیدی و افکار خودکشی در نتیجه خودسرزنشی افراطی شود [۲۶]. از سوی دیگر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زمینه‌ای هیجانی دارند. نیازهای اساسی افراد که عدم ارضاء یا ارضای افراطی آنها منجر به شکل‌گیری طرح‌واره می‌شود جنبه‌ای هیجانی دارند [۲۷]. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند بر شیوه تنظیم هیجانات افراد تأثیر گذاشته و با فعال شدن طرح‌واره فرد از شیوه‌های تنظیم هیجانی ناسازگارانه برای کنار آمدن با محیط استفاده کند. از این جهت به نظر می‌رسد آسیب‌شناسی آشفتگی در تنظیم هیجانات تا حد زیادی می‌تواند با حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار تبیین شود [۱۴]؛ بنابراین دشواری در تنظیم هیجانی نقش میانجی در رابطه حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و افکار خودکشی دارد. همچنین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خود را به سه سبک مقابله‌ای تسلیم، جبران

افراطی و اجتناب نشان می‌دهند [۲۸]. هر سه شیوه می‌تواند در برخورد با شرایط دشوار منجر به افکار خودکشی شود. زمانی که فرد با شرایط دشواری روبه‌رو می‌شود عامل بسیار مهم در مدیریت موقعیت تنظیم هیجانات و تصمیم‌گیری درست است [۲۹]. در صورتی که طرح‌واره‌های ناسازگار ضعیف باشند و یا وجود نداشته باشند احتمال بیشتری دارد که فرد از شیوه‌های مدیریت هیجانی سازگارانه‌تر مثل ارزیابی مجدد شناختی، تغییر توجه، به تأخیر انداختن واکنش، بروز کنترل‌شده خشم، پذیرش، جهت‌گیری مجدد به برنامه‌ریزی استفاده کند [۱۱]. اما در صورتی که طرح‌واره‌ها در فرد قوی باشند می‌توانند با فعال کردن سبک مقابله‌ای اجتناب فکر خودکشی را به عنوان شیوه‌ای برای حل مسئله و کنار آمدن با موقعیت روشن کنند [۱۷]. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با هیجان‌های منفی زیادی همراه هستند. فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند با هیجان‌هایی مانند خشم، نفرت، ترس و شرم همراه باشد. دشواری تنظیم هیجان به عنوان یک فرایند مربوط به ایده‌پردازی و تلاش برای خودکشی نوجوانان و جوانان در بین متخصصان شناخته شده است [۱۶]. افکار و امیال خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان به عنوان علامتی مهم در تشخیص بسیاری از اختلالات روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. افکار خودکشی در برخی از اختلالات مثل افسردگی به عنوان علامت تشخیصی اختلال و در برخی از اختلالات مثل دو اختلالات روان‌پریشی از جمله عوامل خطر اختلال است [۳۰]. از آنجاکه نقص در فرایند تنظیم هیجانی به عنوان عاملی مهم در حفظ و پدیدآیی اختلالات روانی است دشواری در تنظیم هیجانات می‌تواند به عامل میانجی مهمی در رابطه بسیاری از متغیرهای مهم در آسیب‌شناسی اختلالات روانی مثل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علائم اختلالات روانی مثل افکار خودکشی ایفای نقش کند [۳۱]. طبق نظریه یانگ از طرح‌واره درمانی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از طریق راهبردهای میانجی (سبک‌های مقابله‌ای) سبب بروز علائم مختلف آسیب‌شناسی می‌شوند. آشفتگی در تنظیم هیجان به شکل سبک مقابله‌ای مختلف جلوه می‌کند [۱۹]. برای مثال سرزنش خود شیوه تنظیم هیجان ناسازگارانه است که در طرح‌واره تنبیه و منفی‌گرایی به شیوه سبک مقابله‌ای تسلیم خود را نشان می‌دهد. در طرح‌واره آسیب‌پذیری نسبت به

- DSM-5 and ICD-11: Opportunities and challenges. *Current Psychiatry Reports*. 2021;23(9):1-10.
- 5- Fuchshuber J, Unterrainer HF. Childhood trauma, personality, and substance use disorder: The development of a neuropsychanalytic addiction model. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11:531.
- 6- Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski JK. Childhood trauma in mood disorders: neurobiological mechanisms and implications for treatment. *Pharmacological Reports*. 2019;71(1):112-20.
- ۷- شریفی پور چوکامی زه، ابوالقاسمی ع، کافی م. پیش‌بینی خودجرحی بدون قصد خودکشی بر اساس در معرض قرارگرفتن، انتظارات پیامد و خودکارآمدی اجتنابی در دانشجویان دانشگاه گیلان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴۰۱، ۲۳ (۵): ۱۸-۳۱
- 8- Alter S, Wilson C, Sun S, Harris RE, Wang Z, Vitale A, et al. The association of childhood trauma with sleep disturbances and risk of suicide in US veterans. *Journal of psychiatric research*. 2021;136:54-62.
- 9- Ihme H, Olié E, Courtet P, El-Hage W, Zendjidjian X, Mazzola-Pomietto P, et al. Childhood trauma increases vulnerability to attempt suicide in adulthood through avoidant attachment. *Comprehensive psychiatry*. 2022;117:152333.
- 10-Mozamzadeh T, Gholamrezai S, Rezaei F. The effect of schema therapy on severity of depression and suicidal thoughts in patients with resistant to depression. *Armaghane danesh*. 2018;23(2):66-253.
- 11-Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022;61(3):579-97.
- ۱۲- خوشبینی ف، اکبری م، محمدخانی ش. رابطه ساختاری اختلال بد ریخت‌انگاری بدن با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک‌شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴۰۱، ۱۹ (۲): ۱۰-۱۹.
- 13-Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, et al. Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*. 2022;79(4):287-99.

ضرر و بیماری نیز فاجعه‌آمیز پنداری به شیوه سبک مقابله‌ای تسلیم جلوه‌گر می‌شود. این طرح‌واره‌ها می‌توانند با نمای بالینی افسردگی و اضطراب شدید بروز کنند که از جمله علائم آنها افکار خودکشی است [۳۲]. بنابراین افکار خودکشی یک علامت بیرونی است که حاصل اختلال‌های مختلف است. سبک‌های مقابله‌ای و شیوه‌های تنظیم هیجانی یک عامل میانجی است که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه آنها را برای کنار آمدن سازگاران و یا ناسازگاران با محیط فعال می‌کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی است که ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشد. عدم کنترل سایر متغیرهایی که ممکن است بر حیطه پژوهش تأثیر بگذارند مانند سطح اجتماعی و اقتصادی، موضوعات فرهنگی و غیره از محدودیت‌های دیگر این پژوهش به شمار می‌رود. محدودیت دیگر عدم کنترل نوع تجربه ناملايمات دوران کودکی (جسمی، جنسی، هیجانی و غیره) است. پیشنهاد می‌شود به‌منظور به‌دست‌آوردن نتایج بهتر پژوهش حاضر با نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با کنترل سایر متغیرهای تأثیرگذار مثل سطح اجتماعی، اقتصادی و عوامل فرهنگی و همچنین در نظر گرفتن نوع تجربه آسیب‌زای دوران کودکی (جسمی، جنسی، عاطفی و ...) غنای بیشتری به این پژوهش ببخشند.

منابع

- 1- McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, et al. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021;143(3):189-205.
- 2- Brown M, Worrell C, Pariante CM. Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2021;211:173291.
- 3- Ertek İE, İlhan MN, Dikmen AU, Gözükar M. Prevalence and Association of Childhood Traumas, *Dissociative Experiences and Post Traumatic Stress Disorder*. *GMJ*. 2022;33:134-9.
- 4- Back SN, Flechsenhar A, Bertsch K, Zettl M. Childhood traumatic experiences and dimensional models of personality disorder in

فارسی مقیاس تمایل به خودکشی بر اساس نظریه بین‌فردی خودکشی در دانشجویان ایرانی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴۰۰؛ ۱۱(۱)، ۱-۱۴.

۲۴-آبادی م، آشتیانی ف. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی، مجله پایش، ۱۴۰۰؛ ۲۰(۲): ۶۷-۷۸.

25-Ahvan M, Yaghobi M. the effectiveness of group schema therapy on improving early maladaptive schemas and emotion regulation in borderline personality disorder individuals with suicidal and suicidal behaviors of adolescent girls between 14 and 18 years of mashhad. *Journal of Psychology New Ideas*. 2018;2(6):0-.

26-Hope NH, Wakefield MA, Northey L, Chapman AL. The association between locus of control, emotion regulation and borderline personality disorder features. *Personality and mental health*. 2018;12(3):241-51.

27-Khaleghi M, Leahy RL, Akbari E, Nasab NS, Bastami M. Emotional schemas contribute to suicide behavior and self-harm: toward finding suicidal emotional schemas (SESs). *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021;14(3):485-96.

28-Emamirad R, Zanjani Z, Hosseinpoor S, Joeekar S. Comparative of emotional schemas and different dimensions of difficulty in emotion regulation in students with self-harm behaviors with students without these behaviors. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2021;25(4):1090-100.

29-Chukwumeka NA, Obi-Nwosu H. The moderating role of emotion regulation on the relationship between depression and suicidal ideation among students. *Practicum Psychologia*. 2021;11(1).

30-Shafti M, Taylor PJ, Forrester A, Pratt D. The co-occurrence of self-harm and aggression: a cognitive-emotional model of dual-harm. *Frontiers in psychology*. 2021;12:586135.

31-Pilkington PD, Bishop A, Younan R. Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(3):569-84.

32-Khosravani V, Mohammadzadeh A, Bastan FS, Amirinezhad A, Amini M. Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry research*. 2019;271:351-9.

14-Ociskova M, Prasko J, Kantor K, Hodny F, Kasyanik P, Holubova M, et al. Schema Therapy for Patients with Bipolar Disorder: Theoretical Framework and Application. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2022;18:29.

15-Wibbelink CJ, Arntz A, Grasman RP, Sinnaeve R, Boog M, Bremer O, et al. Towards optimal treatment selection for borderline personality disorder patients (BOOTS): a study protocol for a multicenter randomized clinical trial comparing schema therapy and dialectical behavior therapy. *BMC psychiatry*. 2022;22(1):1-28.

16-Nicol A, Kavanagh PS, Murray K, Mak AS. Emotion regulation as a mediator between early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury in youth. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 2022;32(3):161-70.

17-Azadi S, Khosravani V, Naragon-Gainey K, Bastan FS, Mohammadzadeh A, Ghorbani F. Early maladaptive schemas are associated with increased suicidal risk among individuals with schizophrenia. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019;12(4):274-91.

18-Di Giunta L, Lunetti C, Gliozzo G, Rothenberg WA, Lansford JE, Eisenberg N, et al. Negative Parenting, Adolescents' Emotion Regulation, Self-Efficacy in Emotion Regulation, and Psychological Adjustment. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(4):2251

19-Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. *Archives of suicide research*. 2021:1-34.

20-Kaya-Demir D, Çırakoğlu OC. The role of sense of coherence and emotion regulation difficulties in the relationship between early maladaptive schemas and grief. *Death studies*. 2022;46(6):1372-80.

21-Westland JC. Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic commerce research and applications*. 2010;9(6):476-87.

۲۲-ابراهیمی، دژکام، محمود، ثقه‌الاسلام. تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگ‌سالی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران* ۱۳۹۲؛ ۱۹(۴)، ۷۵-۸۲.

۲۳-علیزاده بیرجندی ز، جانیزرگی م، رسول‌زاده طباطبایی س، فتحی آشتیانی ع. بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم

تدوین و آزمون مدل علی عزت‌نفس نوجوانان بر اساس رابطه والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی: با میانجی‌گری خودپنداره

نویسندگان

الهام امامی میبیدی^۱، بتول احدی^{۲*}، اعظم فرح‌بیجاری^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران. emamimeybodi@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران. a.f.bidjari@alzahra.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تدوین و آزمون مدل علی عزت‌نفس نوجوانان بر اساس رابطه والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با میانجی‌گری خودپنداره بود.

روش: پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع معادله ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه دبیرستان‌های شهرستان میبد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند که از بین جامعه هدف تعداد ۴۶۱ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان حجم نمونه انتخاب و به‌صورت مجازی در پژوهش شرکت کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های عزت‌نفس کوپراسمیت، رابطه والد-فرزند فاین و همکاران، نیازهای بنیادین روان‌شناختی و خودپنداره راجرز جمع‌آوری و در نهایت داده‌های ۳۹۸ شرکت‌کننده که قابلیت تحلیل داشت به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادله ساختاری و با کمک نرم‌افزارهای SPSS25 و AMOS24 تحلیل شد.

نتایج: نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری بیانگر تأیید برازش مدل فرضی پژوهش بود همچنین نتایج به‌دست آمده از ضرایب مسیر در مدل ساختاری نشان داد که ارتباط والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی به‌صورت مثبت و معنادار و خودپنداره به‌صورت منفی و معنادار بر عزت‌نفس نوجوانان اثر مستقیم دارند، علاوه‌براین خودپنداره رابطه بین ارتباط والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با عزت‌نفس را در نوجوانان میانجی‌گری می‌کند. متغیرهای رابطه والد-فرزند، نیازهای بنیادین روان‌شناختی و خودپنداره در مجموع ۶۲ درصد از واریانس عزت‌نفس را در نوجوانان تبیین می‌کنند. **بحث و نتیجه‌گیری:** بنابراین با توجه به نقش به‌سزای رابطه والد-فرزند، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی و خودپنداره در شکل‌گیری عزت‌نفس نوجوانان، آگاه‌سازی والدین و نوجوانان با ویژگی‌های دوران نوجوانی و تأثیرات آن در مراحل بعدی زندگی امری ضروری به حساب می‌آید.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۹/۲۸

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۲/۲۴



کلیدواژه‌ها

خودپنداره، رابطه والد-فرزند، عزت‌نفس، نوجوان، نیازهای بنیادین روان‌شناختی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

B.ahadi@alzahra.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

در این راستا پژوهش ریت^۴ (۲۰۰۶) نشان داد جوانانی که کمبود عزت‌نفس دارند غالباً در معرض آن دسته از روابط اجتماعی قرار گرفته‌اند که مشخصه آن کمبود یا نبود پیوند نزدیک و صمیمانه بین پدر- فرزند یا مادر- فرزند است و به تدریج کیفیت این روابط در رفتار آنها با دیگران هم اثر می‌گذارد [۱۴]؛ به‌طور کلی می‌توان چنین اظهار کرد که تجربه‌های دوران کودکی، کیفیت رابطه با والدین و دوستان، نوع نگرش و رفتاری که نسبت به فرد بروز می‌دهند از عوامل مؤثر بر عزت‌نفس به‌شمار می‌روند [۱۵، ۱۶].

در پژوهش امت^۵ (۲۰۱۵) مشخص شد، یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم و اثربخش در شکل‌گیری عزت‌نفس، نیازهای بنیادین روان‌شناختی است و این نیازها از ابتدای تولد در فرد وجود دارند [۱۷]. نظریه خودتعیین‌نگری که نخستین‌بار توسط دسی و ریان^۶ مطرح شد یکی از مهم‌ترین نظریات معاصر است که به توصیف نیازهای بنیادین روان‌شناختی و صفات فردی می‌پردازد نیاز به خودمختاری، شایستگی و تعلق سه نیاز اساسی روان‌شناختی است که در نظریه نیازهای بنیادین روان‌شناختی^۷ به آن اشاره شده است [۱۸]. در پژوهش دسی و همکاران (۲۰۰۱)، که با هدف بررسی رابطه حمایت از استقلال فرزندان و سلامت روان (بر اساس دو شاخص عزت‌نفس و اضطراب) با میانجی‌گری ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی انجام شد نشان داده شد که نیازهای بنیادین روان‌شناختی در این رابطه نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند، به‌علاوه افرادی که از سرپرست خود حمایت دریافت می‌کردند، اضطراب کمتر و عزت‌نفس بالاتری را نشان می‌دادند همچنین مشخص شد که ارضای این نیازها موجب افزایش مؤلفه‌های مهم روان‌شناختی از جمله عزت‌نفس، خودکارآمدی^۸ و جهت‌گیری مثبت در زندگی نوجوانان می‌شود [۱۹]. از طرفی عدم توجه به این نیازها پیامدهای منفی بسیاری از جمله اختلال در سلامت روان، بزهکاری، رفتارهای ضد اجتماعی، اضطراب و افسردگی را در نوجوانان در پی خواهد داشت [۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳].

در این راستا، یکی از جنبه‌های مهم رشد در سنین

نوجوانی یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی هر فرد است [۱]. این مرحله از زندگی با دگرگونی‌های زیستی، شناختی، عاطفی و اجتماعی گسترده‌ای همراه است [۲، ۳]. با توجه به اینکه بسیاری از مشکلات فردی و آسیب‌های روانی مراحل بعدی زندگی ریشه در مشکلات این دوره از زندگی دارند؛ بنابراین اهمیت دارد که به شاخصه‌ها و مؤلفه‌های سلامت روان از جمله عزت‌نفس در این مرحله از زندگی توجه شود [۴]. کوپر اسمیت^۱ (۱۹۶۷) عزت‌نفس را چگونگی ارزیابی فرد از خودش تعریف می‌کند. تفکر فرد راجع به اینکه چقدر برای دیگران ارزشمند است، عزت‌نفس او را شکل می‌دهد [۵]؛ همچنین عزت‌نفس می‌تواند از منابع مختلفی همچون ارزیابی‌های فردی، موفقیت‌ها، حمایت‌های والدین، پذیرش و تأیید دوستان و افراد مهم زندگی، روبه‌روشدن با چالش‌ها و مدیریت آنها سرچشمه بگیرد [۶].

خانواده نخستین نهادی است که در آن احساس ارزشمندی و عزت‌نفس از طریق روابط سالم و صمیمی بین والدین و فرزندان شکل می‌گیرد [۷، ۸]. ارتباط با والدین از عناصر اصلی رشد دوره نوجوانی شناخته شده است، در دهه گذشته محققان از فرضیه‌های سنتی مبنی بر اینکه نوجوانی دوره انتقالی است که در آن دل‌بستگی و تعامل بین همسالان بیشتر از والدین است فاصله گرفته‌اند [۹] و این مبین اهمیت نقش والدین به‌ویژه نحوه تعامل و ارتباط آنها با نوجوانان در این دوره از زندگی است. پژوهش‌های انجام‌شده اهمیت نقش روابط خانوادگی به‌ویژه رابطه والد- فرزند^۲ را به‌عنوان منبعی اثربخش بر عزت‌نفس و رضایت از زندگی افراد نشان می‌دهند [۱۰]. علاوه‌براین ساکال، ازدمیر و کروکلو^۳ (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند بین عزت‌نفس و رابطه پدر-دختر ارتباط معناداری وجود دارد و رابطه پدر-دختر عزت‌نفس دختران نوجوان را پیش‌بینی می‌کند [۱۱]. ارتباط والدین و فرزندان از جمله مهم‌ترین مواردی است که توجه بسیاری از اندیشمندان و متخصصان حوزه تعلیم و تربیت را به خود جلب کرده است [۱۲، ۱۳]

4 . Wright

5 . Ümmet

6 . Ryan & Deci

7 . Basic Psychological Need Theory

8 . Self - efficacy

1 . Cooper Smith

2 . Parent-child Relationship

3 . Sagkal, ozdemir & koruklu

[۱۵، ۱۶، ۳۶] هم به صورت غیرمستقیم از طریق خودپنداره، عزت‌نفس را تحت تأثیر قرار دهند [۲۴، ۱۹، ۲۰، ۳۷]. اگرچه پژوهش‌های پیشین به بررسی نقش فاکتورهای روانی و رفتاری مانند روابط اجتماعی، شایستگی، خودمختاری، خودپنداره مثبت، حمایت‌های اجتماعی و نیازهای بنیادین روان‌شناختی پرداخته‌اند؛ اما پژوهشی که این مؤلفه‌ها را در قالب یک مدل طراحی کند، آنها را یکپارچه ساخته و نقش دقیق‌تر این متغیرها را نسبت به عزت‌نفس مورد سنجش قرار دهد، تاکنون انجام نشده است. با توجه به اهمیت تأثیر عوامل ذکرشده در عزت‌نفس نوجوانان، ارتباط این مفاهیم با یکدیگر و نقش عزت‌نفس بر سلامت روان دستیابی به مدل ارتباطی این مفاهیم با عزت‌نفس مسئله‌ای حائز اهمیت برای این تحقیق است. هدف اصلی این پژوهش تدوین و آزمون مدل علی عزت‌نفس نوجوانان بر اساس رابطه والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی: با میانجی‌گری خودپنداره است. از این جهت سؤال پژوهش را می‌توان این گونه بیان کرد آیا مدل علی عزت‌نفس نوجوانان بر اساس رابطه والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی: با میانجی‌گری خودپنداره از برآزش کافی برخوردار است؟

روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع معادله ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه دبیرستان‌های شهرستان میبد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ تشکیل دادند. در روش مدل‌یابی معادله ساختاری، لوهین^۴ (۲۰۰۴) حداقل حجم نمونه را ۱۰۰ نفر و حجم نمونه مطلوب را ۲۰۰ نفر می‌داند [۳۸] و بر اساس نظر کلاین^۵ (۲۰۱۵)، حجم نمونه پذیرفتنی برای انجام معادله ساختاری، ۲/۵ تا ۵ برابر تعداد گویه‌ها است [۳۹]؛ بنابراین با توجه به مجموع گویه‌ها پژوهش حاضر که ۱۵۲ گویه به دست آمد، حجم نمونه ۳۸۰ نفر برآورد شد که با احتمال ریزش تعداد ۴۶۱ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد اما به علت تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها در نهایت نتایج ۳۹۸ نفر که قابلیت تحلیل داشت مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به شرایط کرونا و محدودیت‌ها در رفت آمد، عدم حضور منظم دانش‌آموزان در کلاس‌ها و مدارس، همچنین تعطیلی مدارس نمونه مورد نظر بر اساس سهولت در دسترس

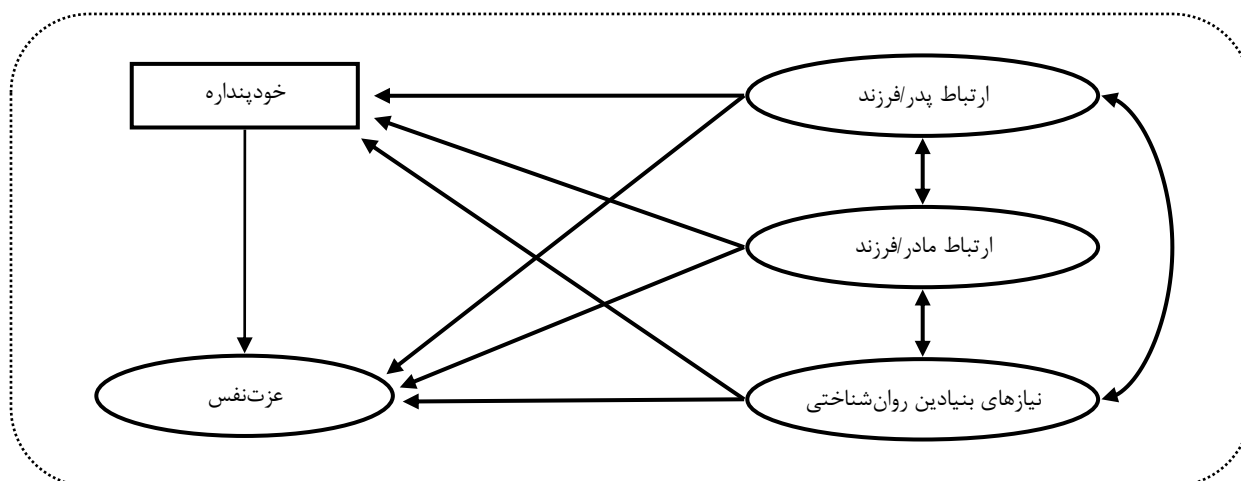
نوجوانی که اثری تسریعی بر دیگر شرایط نوجوان دارد و می‌تواند عزت‌نفس وی را تحت تأثیر قرار دهد و در ارتباط نزدیک با متغیرهای مرتبط با خانواده و ارضای نیازهای بنیادین قرار گیرد، متغیر خودپنداره^۱ است [۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸]. خودپنداره یکی از مفاهیم بنیادی نظریه راجرز^۲ است و از طریق تعاملات اجتماعی حاصل می‌شود. راجرز در نظریه خود برای هر فرد دو نوع خودپنداره در نظر می‌گیرد که شامل خودپنداره واقعی و خودپنداره آرمانی^۳ است، خودپنداره واقعی آگاهی از آنچه هستیم و آنچه می‌توانیم انجام دهیم را شامل می‌شود و خودپنداره آرمانی یا ایده‌آل تصور ما از آنچه می‌خواهیم شویم یا آنچه دوست داریم باشیم را شامل می‌شود، هرچه فاصله بین خودآرمانی و خودواقعی کمتر باشد افراد احساس رضایت بیشتری می‌کنند [۲۹].

در سال‌های اولیه زندگی، خودپنداره به شدت تحت تأثیر واکنش‌ها و رفتارهای اطرافیان نسبت به فرد قرار می‌گیرد [۳۰]. برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که عزت‌نفس کودکان بر اساس خودپنداره آنها ساخته می‌شود [۲۴، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴]. خودپنداره نه تنها نقش مؤثری بر عزت‌نفس دارد بلکه بر بهداشت و سلامت روان هم تأثیر می‌گذارد [۳۴، ۳۳، ۳۲، ۲۴]. از طرفی دیگر به نظر می‌رسد خودپنداره با نیازهای بنیادین روان‌شناختی هم در ارتباط است [۳۵]. مشخص شد که ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی در زوجین، اعتماد به نفس و عزت‌نفس آنها را افزایش داده و ارضای این نیازها بر شکل‌گیری خودپنداره اثرگذار است. با توجه به اینکه نتایج تحقیقات از یک سو تأثیر روابط والد-فرزند و ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی بر خودپنداره [۳۶، ۳۰، ۲۸] و از سوی دیگر تأثیر خودپنداره را بر عزت‌نفس نشان می‌دهند [۲۴، ۳۱، ۳۲، ۲۵، ۲۶، ۲۷]. از این جهت بررسی نقش میانجی‌گری خودپنداره در ارتباط بین رابطه والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با عزت‌نفس یکی از مسائل اساسی این پژوهش است که مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

بر اساس مطالب مطرح‌شده احتمال می‌رود رابطه والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی هم به صورت مستقیم

- 1 . Self - concept
- 2 . Rogers
- 3 . Ideal - Self

4 . Loehin
5 . Kline



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش روش

کوپر اسمیت (۱۹۶۷) بر اساس تجدید نظر انجام‌شده روی مقیاس راجرز و دیموند^۲ (۱۹۵۴) تهیه شده است. این ابزار دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ‌سنج و ۵۰ ماده دیگر عزت‌نفس فرد را می‌سنجد و پاسخ‌ها به صورت بلی و خیر هستند [۴۰]. چنانچه آزمودنی از ۸ ماده دروغ‌سنج بیشتر از ۴ نمره کسب کند نشان‌دهنده اعتبار پایین آن آزمون است و آزمودنی سعی در بهتر جلوه‌دادن خود داشته است [۲۷]. این ابزار عزت‌نفس کودکان و نوجوانان را در چهار بعد عزت‌نفس اجتماعی (همسالان) با ۸ ماده، عزت‌نفس تحصیلی (مدرسه) با ۸ ماده، عزت‌نفس خانوادگی با ۸ ماده و عزت‌نفس عمومی (خود) با ۲۶ ماده می‌سنجد که علاوه بر این ۴ خرده مقیاس یک نمره کلی نیز برای فرد به دست می‌آید [۴۱]. حداکثر نمره در مقیاس عمومی برابر ۲۶ و در هر یک از مقیاس‌های دیگر ۸ است همچنین حداکثر نمره کلی عزت‌نفس ۵۰ است [۴۲]. کوپر اسمیت (۱۹۹۰) در پژوهش خود ضریب همسانی درونی ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی بعد از پنج هفته ۰/۸۸ و بعد از سه سال ۰/۷۰ گزارش کرده است [۴۲]. هرز و گولن^۳ (۱۹۹۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای کلی این آزمون گزارش کرده‌اند [۴۳]. همچنین ادومندسون و همکاران^۴ (۲۰۰۶) ضریب همسانی درونی ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند [۴۴]. در مطالعه صفرزاده و

انتخاب شد. ملاک‌های ورود شامل در حال تحصیل بودن آزمودنی‌ها در دوره دوم متوسطه و قراردادن آنها در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم رضایت آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و قراردادن آنها در بازه سنی مورد نظر بود. روش کار در ابتدا به این صورت بود که پس از اخذ نامه از دانشگاه الزهرا و ارسال آن به اداره آموزش و پرورش شهرستان میبد و کسب مجوز از اداره مربوطه لینک پرسشنامه‌های پژوهش که به صورت آنلاین طراحی شده بودند (گوگل فرم) برای دانش‌آموزان دختر و پسر دوره دوم دبیرستان‌های میبد ارسال شد، در مرحله بعد آزمودنی‌ها با آگاهی از محرمانه‌بودن پاسخ‌ها و داوطلبانه‌بودن پژوهش در صورت تمایل به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و در نهایت پس از حذف موارد ناقص، پرسشنامه‌های کامل جمع‌آوری و به‌منظور تحلیل وارد نرم‌افزارهای آماری SPSS 25 و AMOS 24 شد.

ابزارهای پژوهش

جهت اجرای پژوهش از چهار پرسشنامه استاندارد شده و همچنین یک پرسشنامه به‌منظور سنجش مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها شامل جنسیت، پایه تحصیلی، سن آزمودنی‌ها، تحصیلات پدر و مادر و شهر محل سکونت آزمودنی‌ها استفاده شد.

سیاهه عزت‌نفس کوپر اسمیت^۱: این سیاهه توسط

2. Rogers & Dymond
3. Herz & Gullone
4. Edmondson et al

1. Cooper Smith Self-esteem Inventory

متوسط و نمرات بالاتر از ۱۰۵ نشان دهنده ارضای بالای این نیازهاست [۵۰]. در مطالعه گاردیا و همکاران (۲۰۰۰) ضرایب پایانی این آزمون با اجرای روی پدر، مادر، دوستان و شریک عشقی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۱ گزارش شد [۵۱، ۵۲]. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های جانستون و فینی^۵ ۲۰۱۰، کشدان و همکاران^۶، ۲۰۰۹، نیمیک و همکاران^۷ ۲۰۰۹، مورد تأیید قرار گرفته است [۵۳، ۵۴، ۵۵]. در پژوهش بشارت و رنجبر کلاگری (۱۳۹۲)، همسانی درونی این آزمون برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ به دست آمد و پایانی بازآزمایی این آزمون ۰/۶۷ تا ۰/۷۷ برای زیر مقیاس‌های مختلف آن گزارش شد [۴۹]. در پژوهش عمارلو و شاره (۱۳۹۷)، نیز ضریب آلفای کرونباخ برای بعد شایستگی خودمختاری و ارتباط یا تعلق به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۸۷ گزارش شده است [۵۰].

مقیاس خودپنداره^۸: این مقیاس توسط راجرز در سال‌های ۱۹۵۷-۱۹۳۸ به منظور سنجش میزان خودپنداره افراد تدوین شد. این ابزار دارای دو فرم الف و ب است که فرم الف (خودپنداره واقعی) و فرم ب (خودپنداره آرمانی یا ایده‌آل) را مورد سنجش قرار می‌دهد. این آزمون دارای ۲۵ جفت صفت متضاد است که به صورت متضاد و در مقابل هم قرار گرفته‌اند و فاصله بین دو صفت با طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از نمرات ۱ تا ۷ مورد ارزیابی قرار می‌گیرد [۵۶]. با توجه به اینکه پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال است آنها را به توان ۲ رسانده و بعد با هم جمع می‌شوند، سپس از آنها جذر گرفته می‌شود تا نمره فرد در آزمون به دست آید. اگر نمره به دست آمده بین ۰ تا ۷ باشد فرد خودپنداره مثبت و نرمالی دارد و اگر نمره به دست آمده بین ۷ تا ۱۰ باشد خودپنداره فرد متوسط است و نمره خام ۱۰ به بالا خودپنداره منفی را نشان می‌دهد [۵۷]. ضریب پایانی این آزمون به روش دو نیم کردن ۰/۸۰ به دست آمد و روایی محتوایی آن توسط اساتید و مشاوران مورد تأیید قرار گرفته است [۵۸]. در پژوهش نوربخش و حسن پور (۱۳۸۳) پایایی به روش آزمون بازآزمون برابر با ۰/۸۳ و به روش آلفای کرونباخ و دو نیم کردن ۰/۷۴ و ۰/۶۵ محاسبه شد [۵۹].

مرعشیان (۱۳۹۳)، ضرایب پایانی برای پسران و دختران به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شد [۴۵]. پورشافعی (۱۳۷۰)، با روش دو نیم کردن ضریب پایانی را ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی این آزمون با فاصله ۱۴ هفته و ۱۲ روز ضریب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ را برای این آزمون گزارش کرده است [۴۶].

مقیاس رابطه والد-فرزند^۱: این مقیاس توسط فاین، مورلند و شوبل^۲ (۱۹۸۳) تدوین شد که برای سنجش کیفیت ارتباط والد-فرزند به کار می‌رود و نظر نوجوانان را درباره رابطه آنها با والدینشان می‌سنجد. این مقیاس دارای دو فرم ۲۴ ماده‌ای است که یک فرم آن برای سنجش رابطه با پدر و یک فرم دیگر برای سنجش رابطه با مادر به کار می‌رود. نمره گذاری این مقیاس به صورت طیف ۷ درجه‌ای لیکرت (۱ = هیچ، ۷ = خیلی زیاد) است و نمره بالاتر در این مقیاس کیفیت رابطه بهتر والد-فرزند را نشان می‌دهد و نمره کل، مجموع میانگین خرده مقیاس‌ها هست [۴۷]. فاین و همکاران (۱۹۸۳) ضرایب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را برای نسخه پدر ۰/۹۶ و برای نسخه مادر ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند که اعتبار بالای این ابزار را نشان می‌دهد [۴۸]. در پژوهش مهربان و همکاران (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس مربوط به پدر ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس مادر ۰/۶۷ تا ۰/۹۶ و ضریب آلفای کلی والدین ۰/۸۷ به دست آمده است [۴۷].

مقیاس نیازهای بنیادین روان‌شناختی^۳: این مقیاس توسط گاردیا، ریان و دسی^۴ (۲۰۰۰) تدوین شده است و میزان احساس حمایت و ارضای سه نیاز اساسی خودمختاری، شایستگی و تعلق یا ارتباط را می‌سنجد همچنین این مقیاس دارای ۲۱ سؤال است که بر اساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ کاملاً غلط است تا نمره ۷ کاملاً درست است) نمره گذاری می‌شود [۴۹]. حداقل امتیاز در این مقیاس ۲۱ و حداکثر ۱۴۷ است اگر نمره فرد بین ۲۱ تا ۴۲ باشد نشان دهنده این است که نیازهای بنیادین روان‌شناختی او کم ارضا شده است همچنین نمره بین ۴۲ تا ۱۰۵ نشان دهنده نیازهای بنیادین روان‌شناختی

5. Johnston & Finney
6. Kashdan et al
7. Neimiec et al
8. Self-Concept Scale

1. Parent-child Relationship Scale
2. Fine, Moreland & Schwebel
3. Basic Psychological Need Scale
4. La Guardia, Ryan & Couchman

یافته‌ها

در پایه یازدهم و ۱۰۳ نفر (۲۵/۹ درصد) در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. در ادامه جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش شامل مؤلفه‌ها نیازهای بنیادین روان‌شناختی، ارتباط پدر/فرزند، ارتباط مادر/فرزند، خودپنداره و عزت‌نفس را نشان می‌دهد.

در این پژوهش ۳۹۸ دانش‌آموز مقطع متوسطه دوم شرکت کردند که ۱۹۱ نفر (۴۸ درصد) از آنان دختر و ۲۰۷ نفر (۵۲ درصد) دیگر پسر بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۱۶/۰۱ و ۰/۹۵ سال بود و ۱۷۲ نفر (۴۳/۲ درصد) از آنان در پایه دهم، ۱۲۳ نفر

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای تحقیق

۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
														-
													-	۰/۶۴**
												-	۰/۶۰**	۰/۵۲**
											-	۰/۲۸**	۰/۴۶**	۰/۲۵**
										-	۰/۷۷**	۰/۳۱**	۰/۴۹**	۰/۳۳**
										-	۰/۸۰**	۰/۷۵**	۰/۳۵**	۰/۳۷**
								-	۰/۵۷*	۰/۵۹**	۰/۶۴**	۰/۱۷**	۰/۳۵**	۰/۱۹**
							-	۰/۲۹**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۴۸**	۰/۲۴**	۰/۳۷**	۰/۲۵**
						-	۰/۵۶**	۰/۲۹**	۰/۳۶**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۱۶**	۰/۲۷**	۰/۱۸**
					-	۰/۶۴**	۰/۷۴**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۵۱**	۰/۶۰**	۰/۱۱**	۰/۳۰**	۰/۱۴**
				-	۰/۷۴**	۰/۶۱**	۰/۷۸**	۰/۳۴**	۰/۴۵**	۰/۵۰**	۰/۵۶**	۰/۱۰*	۰/۲۶**	۰/۱۵**
			-	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۰/۴۰**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۵۷**	۰/۵۴**	۰/۵۴**	۰/۴۵**	۰/۶۳**	۰/۴۸**
		-	۰/۷۴**	۰/۳۲**	۰/۳۳**	۰/۳۰**	۰/۴۲**	۰/۰۴**	۰/۵۶**	۰/۵۲**	۰/۵۱**	۰/۴۸**	۰/۶۶**	۰/۵۸**
	-	۰/۷۶**	۰/۶۵**	۰/۳۸**	۰/۴۳**	۰/۳۷**	۰/۵۰**	۰/۷۴**	۰/۵۷**	۰/۵۳**	۰/۵۷**	۰/۴۹**	۰/۶۶**	۰/۵۵**
-	۰/۵۹**	۰/۶۶**	۰/۵۹**	۰/۳۱**	۰/۲۸**	۰/۲۹**	۰/۳۷**	۰/۲۱**	۰/۴۱**	۰/۳۸**	۰/۴۰**	۰/۵۲**	۰/۴۷**	۰/۴۷**
۰/۵۵**	۰/۵۸**	۰/۶۵**	۰/۵۸**	۰/۲۵**	۰/۲۷**	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۲۲**	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۰/۴۷**	۰/۴۲**

متغیرهایی که در آنها درصد داده‌های گم‌شده بیشتر از ۵ باشد، بهتر است از لیست داده‌ها حذف شوند. برای مقابله با مقادیر گم‌شده از روش «بیشینه انتظار»^۱ استفاده شد. از نظر بسیاری از صاحب‌نظران روش EM در مقایسه با دیگر روش‌ها از کارآمدی بسیار بالایی برخوردار است [۳۹]. در ادامه جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد، کشیدگی و چولگی همه متغیرها و عامل تورم واریانس^۲ و ضریب تحمل تحمل متغیرهای پیش‌بین را نشان می‌دهد.

ضرایب همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و همسو با پیشینه پژوهش بود. به‌طوری که همه مؤلفه نیازهای بنیادین و ارتباط والد/فرزند به‌صورت مثبت و متغیر خودپنداره به‌صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ با مؤلفه‌ها عزت‌نفس همبسته بودند. گفتنی است که در پرسشنامه به کار گرفته‌شده برای سنجش متغیر خودپنداره، نمرات بالا نشانگر خودپنداره پایین است. بنابراین جهت همبستگی بین خودپنداره و دیگر متغیرها منطقی و معقول است. پیش از تحلیل، بررسی داده‌ها نشان داد که نسبت داده‌های گم‌شده به داده‌های کامل در هر متغیر کمتر از ۵ درصد است. از نظر میر، گامست و گوارینو (۲۰۰۶)

1. EM
2. VIF

جدول ۲. توصیف داده‌ها و بررسی مفروضه‌ها نرمال بودن و همخطی بودن

متغیر	توصیف داده‌ها		مفروضه نرمال بودن		مفروضه همخطی بودن	
	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب تحمل
نیازهای بنیادین - خودمختاری	۳۲/۷۹	۷/۱۹	-۰/۳۵	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۵۳
نیازهای بنیادین - شایستگی	۲۹/۵۵	۷/۰۱	-۰/۳۳	-۰/۴۸	۰/۷۴	۰/۳۷
نیازهای بنیادین - ارتباط	۳۸/۰۹	۷/۱۶	-۰/۱۲	-۰/۰۶	۰/۶۲	۰/۵۸
ارتباط پدر/فرزند - احساسات مثبت	۱۷/۹۳	۶/۶۳	-۰/۴۲	-۰/۹۷	۰/۷۷	۰/۲۷
ارتباط پدر/فرزند - آمیختگی	۲۵/۶۴	۸/۵۲	-۰/۲۰	-۱/۱۶	۰/۷۷	۰/۲۷
ارتباط پدر/فرزند - ارتباطات	۱۵/۶۶	۶/۹۵	-۰/۰۴	-۱/۲۱	۰/۸۶	۰/۲۹
ارتباط پدر/فرزند - خشم	۴/۲۲	۱/۷۹	-۰/۲۷	-۱/۰۱	-	۰/۵۴
ارتباط مادر/فرزند - احساسات مثبت	۳۰/۳۳	۱۰/۳۳	-۰/۸۰	-۰/۶۱	۰/۸۹	۰/۳۳
ارتباط مادر/فرزند - گم‌گشتگی نقش	۸/۰۲	۳/۴۶	-۰/۱۰	-۱/۲۳	۰/۶۳	۰/۵۴
ارتباط مادر/فرزند - تعیین هویت	۱۸/۷۷	۶/۷۹	-۰/۶۳	-۰/۷۲	۰/۷۸	۰/۲۳
ارتباط مادر/فرزند - ارتباطات	۳۰/۰۳	۱۱/۲۳	-۰/۹۴	-۰/۳۳	۰/۸۹	۰/۲۲
خودپنداره	۸/۵۲	۴/۸۰	۰/۷۱	۰/۱۳	۰/۸۸	۰/۴۶
عزت نفس - عمومی	۱۷/۴۳	۵/۵۹	-۰/۶۵	-۰/۳۷	۰/۸۷	-
عزت نفس - خانوادگی	۴/۴۷	۲/۹۳	-۰/۳۲	-۱/۵۰	۰/۸۱	-
عزت نفس - اجتماعی	۵/۵۸	۱/۸۷	-۰/۵۶	-۰/۵۷	۰/۶۲	-
عزت نفس - تحصیلی	۵/۱۰	۲/۰۸	-۰/۵۵	-۰/۴۸	۰/۷۰	-

تحمل همه متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس آنها کوچک‌تر از ۱۰ است. بر این اساس می‌توان گفت مفروضه همخطی بودن نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود. در این تحقیق به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مهلنوبایس^۱» و ترسیم نمودار توزیع آن استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی نمرات فاصله مهلنوبایس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۳۹ بود که نشان می‌دهد ارزش کشیدگی اطلاعات مهلنوبایس در ± 2 بوده و بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری در بین داده‌ها برقرار بود.

در این پژوهش به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها مقادیر کشیدگی و چولگی مورد بررسی قرار گرفت و همچنان که جدول ۲ نشان می‌دهد مقادیر یادشده برای همه متغیرها در محدوده +۲ و -۲ قرار دارد. بنابراین می‌توان گفت توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش نرمال بود. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ همه مؤلفه‌ها و متغیرهای پژوهش حاضر نزدیک یا بالاتر از ۰/۷ هستند. این موضوع بیانگر همسانی درونی قابل قبول گویه‌های پرسشنامه‌هایی است که برای سنجش متغیرهای پژوهش حاضر به کار گرفته شده‌اند. مفروضه همخطی بودن به کمک مقادیر عامل تورم واریانس و ضریب تحمل مورد بررسی قرار گرفت و همچنان که جدول ۲ نشان می‌دهد، مقادیر ضریب

1. Mahalanobis distance (D)

(ML) مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که همه شاخص‌ها برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند ($\chi^2/df=2/59$, $GFI=0/905$, $PGFI=0/759$, $CFI=0/948$, $AGFI=0/866$ و $RMSEA=0/069$). جدول ۴ بارهای عاملی استاندارد و غیراستاندارد مربوط به نشانگرها در مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که بزرگ‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر ارتباطات ($\beta=0/923$) ارتباط مادر/فرزند و کوچک‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر خشم ($\beta=0/678$) ارتباط پدر/فرزند است. بدین ترتیب با توجه به اینکه بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از $0/32$ بود، بنابراین همه آنها از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند. شکل ۲ مدل اندازه‌گیری پژوهش و بارهای عاملی آن با استفاده از داده‌های استاندارد را نشان می‌دهد.

پس از ارزیابی داده‌ها و اطمینان از برقراری مفروضه‌ها تحلیل، داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادله ساختاری تحلیل شد. به این منظور ابتدا مدل اندازه‌گیری و در ادامه مدل ساختاری پژوهش مورد آزمون قرار گرفت.

الف) مدل اندازه‌گیری: همچنان که در شکل ۲ ملاحظه می‌شود در پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که متغیر مکنون نیازهای بنیادین به‌وسیله نشانگرهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط، متغیر مکنون ارتباط پدر/فرزند به‌وسیله نشانگرهای احساسات مثبت، آمیختگی، ارتباطات و خشم، متغیر مکنون ارتباط مادر/فرزند به‌وسیله نشانگرهای احساسات مثبت، گم‌گشتگی نقش، تعیین هویت و ارتباطات و متغیر مکنون عزت‌نفس به‌وسیله نشانگرهای عزت‌نفس عمومی، عزت‌نفس خانوادگی، عزت‌نفس اجتماعی و عزت‌نفس تحصیلی سنجیده می‌شود. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با داده‌ها گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی و با به‌کارگیری نسخه ۲۴ نرم‌افزار AMOS و استفاده از روش برآورد بیشینه احتمال

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

شاخص‌ها برازندگی	مدل اولیه	نقطه برش ^۱
مجذور کای ^۲	۲۴۲/۷۶	-
درجه آزادی مدل	۸۴	-
χ^2/df ^۳	۲/۸۹	کمتر از ۳
GFI ^۴	۰/۹۰۵	> ۰/۹۰
AGFI ^۵	۰/۸۶۶	> ۰/۸۵۰
CFI ^۶	۰/۹۴۸	> ۰/۹۰
PGFI ^۷	۰/۷۵۹	> ۰/۵۰
RMSEA ^۸	۰/۰۶۹	< ۰/۰۸

۱. نقاط برش بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶)

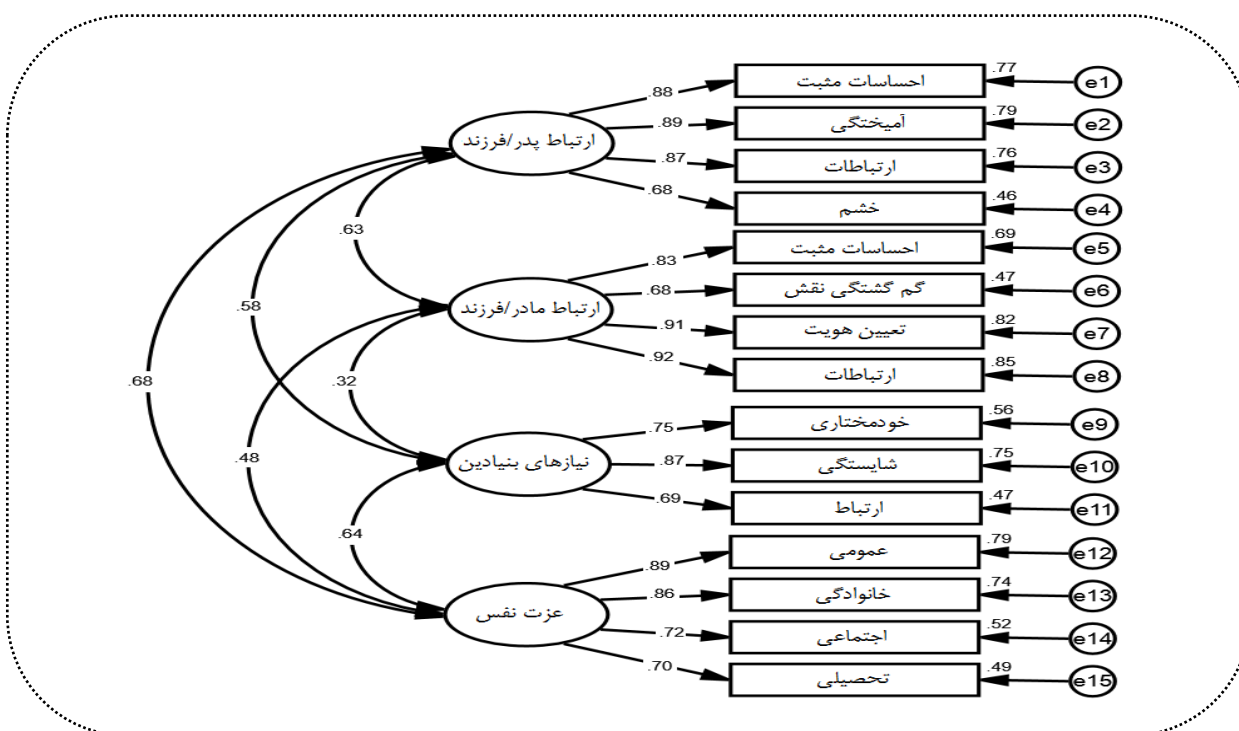
2. Chi-Square
3. normed chi-square
4. Goodness Fit Index
5. Adjusted Goodness Fit Index
6. Comparative Fit Index
7. Parsimony Goodness-of-Fit Index
8. Root Mean Square Error of Approximation

جدول ۴. پارامترهای مدل اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

t	SE	β	b	متغیر مکنون - نشان‌گر
		۰/۸۷۸	۱	ارتباط پدر/فرزند- احساسات مثبت
۲۴/۵۱**	۰/۰۵۵	۰/۸۹۱	۱/۳۰۵	ارتباط پدر/فرزند- آمیختگی
۲۳/۶۱**	۰/۰۴۴	۰/۸۷۳	۱/۰۴۲	ارتباط پدر/فرزند- ارتباطات
۱۵/۶۰**	۰/۰۱۳	۰/۶۷۸	۰/۲۰۹	ارتباط پدر/فرزند- خشم
		۰/۸۲۹	۱	ارتباط مادر/فرزند- احساسات مثبت
۱۵/۱۰**	۰/۰۱۸	۰/۶۸۳	۰/۲۷۶	ارتباط مادر/فرزند- گم‌گشتگی نقش
۲۲/۸۴**	۰/۰۳۱	۰/۹۰۷	۰/۷۱۹	ارتباط مادر/فرزند- تعیین هویت
۲۳/۳۷**	۰/۰۵۲	۰/۹۲۳	۱/۲۱۱	ارتباط مادر/فرزند- ارتباطات
		۰/۷۴۶	۱	نیازهای بنیادین- خودمختاری
۱۶/۱۹**	۰/۰۷۰	۰/۸۶۶	۱/۱۳۳	نیازهای بنیادین- شایستگی
۱۳/۱۶**	۰/۰۷۰	۰/۶۸۹	۰/۹۲۰	نیازهای بنیادین- ارتباط
		۰/۸۹۰	۱	عزت نفس- عمومی
۲۳/۰۴**	۰/۰۲۲	۰/۸۶۱	۰/۵۰۷	عزت نفس- خانوادگی
۱۷/۰۷**	۰/۰۱۶	۰/۷۲۰	۰/۲۷۱	عزت نفس- اجتماعی
۱۶/۳۶**	۰/۰۱۸	۰/۷۰۰	۰/۲۹۳	عزت نفس- تحصیلی

$P^{**} < ۰/۰۱$

نکته: با توجه به اینکه بارهای عاملی استاندارد نشده مربوط به احساسات مثبت، خودمختاری و عزت نفس عمومی با عدد ۱ تثبیت شده، لذا خطای استاندارد و نمرات t برای آنها محاسبه نشده است.



شکل ۲. مدل اندازه‌گیری با استفاده از داده‌ها استاندارد

جدول ۵. شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری

مدل ساختاری	شاخص‌ها برازندگی
۳۲۷/۴۸	مجدور کای
۹۵	درجه آزادی مدل
۳/۴۵	χ^2/df
۰/۹۰۷	GFI
۰/۸۶۴	AGFI
۰/۹۵۱	CFI
۰/۷۵۲	PGFI
۰/۰۷۹	RMSEA

ب) مدل ساختاری: پس از اطمینان از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌ها گردآوری شده و اطمینان از توان نشانگرها در اندازه‌گیری متغیرهای مکنون، فرضیه‌ها پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادله ساختاری آزمون شد. در مدل ساختاری پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که ارتباط با والدین و نیازهای بنیادین روان‌شناختی هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری خودپنداره، بر عزت‌نفس نوجوانان مؤثر است. جدول ۵ شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری را نشان می‌دهد. همچنان که جدول ۵ نشان می‌دهد همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل مدل‌یابی معادله ساختاری از برازش مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند ($\chi^2/df=۳/۴۵$, CFI = ۰/۹۵۱, PGFI = ۰/۷۵۲, GFI = ۰/۹۰۷, AGFI = ۰/۸۶۴ و RMSEA = ۰/۰۷۹). جدول ۶ ضرایب مسیر مستقیم و کل بین متغیرها را در مدل ساختاری پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۶. ضرایب مسیر بین مستقیم و کل بین متغیرها

متغیرهای پیش‌بین	b	SE	β	p
نیازهای بنیادی \leftarrow خودپنداره	-۰/۴۷۳	۰/۰۵۵	-۰/۵۲۵	۰/۰۰۱
ارتباط مادر/فرزند \leftarrow خودپنداره	-۰/۱۳۲	۰/۰۲۹	-۰/۲۳۴	۰/۰۰۱
ارتباط پدر/فرزند \leftarrow خودپنداره	-۰/۱۳۵	۰/۰۴۹	-۰/۱۶۴	۰/۰۰۸
خودپنداره \leftarrow عزت‌نفس	-۰/۳۶۹	۰/۰۶۱	-۰/۳۵۱	۰/۰۰۱
مسیر مستقیم نیازهای بنیادی \leftarrow عزت‌نفس	۰/۴۷۰	۰/۰۵۲	۰/۴۹۵	۰/۰۰۱
مسیر مستقیم ارتباط مادر/فرزند \leftarrow عزت‌نفس	۰/۰۲۳	۰/۰۲۹	۰/۰۴۰	۰/۳۶۱
مسیر مستقیم ارتباط پدر/فرزند \leftarrow عزت‌نفس	۰/۱۲۸	۰/۰۴۹	۰/۱۴۸	۰/۰۰۹
مسیر کل نیازهای بنیادی \leftarrow عزت‌نفس	۰/۶۴۴	۰/۰۵۲	۰/۶۸۰	۰/۰۰۱
مسیر کل ارتباط مادر/فرزند \leftarrow عزت‌نفس	۰/۰۷۲	۰/۰۲۹	۰/۱۲۲	۰/۰۲۲
مسیر کل ارتباط پدر/فرزند \leftarrow عزت‌نفس	۰/۱۷۸	۰/۰۵۵	۰/۲۰۵	۰/۰۰۲

عزت‌نفس ($\beta=۰/۶۸۰$, $p<۰/۰۱$) نیز مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. جدول ۶ نشان می‌دهد که ضرایب مسیر بین خودپنداره و عزت‌نفس ($\beta=-۰/۳۵۱$, $p<۰/۰۱$) منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. جدول ۷ ضرایب مسیر غیرمستقیم بین متغیرها با استفاده از آزمون بوت استراپ را نشان می‌دهد.

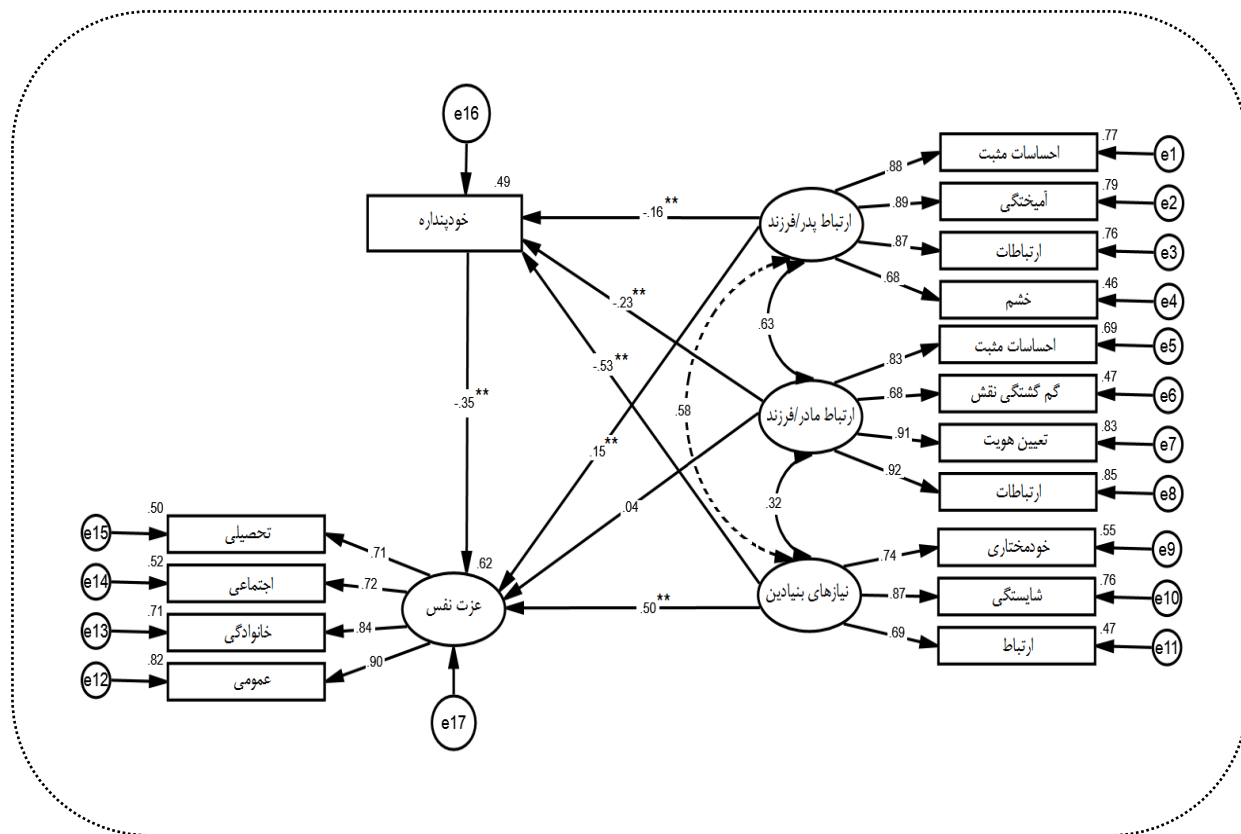
جدول ۶ نشان می‌دهد که ضرایب مسیر کل بین ارتباط مادر/فرزند و عزت‌نفس ($\beta=۰/۱۲۲$, $p<۰/۰۵$) از یک سو و ارتباط پدر/فرزند و عزت‌نفس ($\beta=۰/۲۰۵$, $p<۰/۰۱$) از سوی دیگر مثبت و به ترتیب در سطوح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار است. ضرایب مسیر کل بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و

اساس چنین نتیجه‌گیری شد که خودپنداره در نوجوانان رابطه بین ارتباط مادر/فرزند، ارتباط پدر/فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با عزت نفس را به صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. شکل ۳ مدل ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین ارتباط والد- فرزند، نیازهای بنیادین روان‌شناختی، خودپنداره و عزت نفس را در نوجوانان نشان می‌دهد.

منطبق بر نتایج جدول ۷ ضریب مسیر غیرمستقیم بین ارتباط مادر/فرزند و عزت نفس ($\beta=0/082, p<0/01$) از یک سو و ارتباط پدر/فرزند و عزت نفس ($\beta=0/057, p<0/01$) از سوی دیگر مثبت و در سطح و ۰/۰۱ معنادار بود. در نهایت جدول ۶ نشان می‌دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و عزت نفس ($p<0/01$) مثبت ($\beta=0/184$) و در سطح و ۰/۰۱ معنادار است. بر این

جدول ۷. ضرایب مسیر غیرمستقیم بین متغیرها با استفاده از آزمون بوت استراپ

متغیرهای پیش‌بین	b_{ab}	SE_{ab}	β_{ab}	p
نیازهای بنیادی ^a ← خودپنداره ^b ← عزت نفس	۰/۱۷۵	۰/۰۳۱	۰/۱۸۴	۰/۰۰۱
ارتباط مادر/فرزند ^a ← خودپنداره ^b ← عزت نفس	۰/۰۴۹	۰/۰۱۴	۰/۰۸۲	۰/۰۰۱
ارتباط پدر/فرزند ^a ← خودپنداره ^b ← عزت نفس	۰/۰۵۰	۰/۰۲۰	۰/۰۵۷	۰/۰۰۸



شکل ۳. مدل ساختاری پژوهش

نیازهای نوزاد را به‌طور کامل و منظم برآورده می‌کند و در هنگام برآورده کردن نیازهای نوزاد، او را در آغوش می‌گیرد و این موجب عشق و صمیمیت بین آنها و شکل‌گیری رابطه‌ای ویژه میان مادر و نوزاد می‌شود و نتیجه این رابطه خاص ایجاد حس امنیت و اعتماد در کودک است [۱۷]. درواقع احساس اعتماد و امنیت سبب خواهد شد کودک تصور بهتر و مثبت‌تری از خود داشته باشد، تصویر مثبتی که حاصل تعامل گرم و صمیمانه میان والد و فرزند است و در همین راستا ارزیابی‌های مثبت یا منفی از خود سبب شکل‌گیری عزت‌نفس در فرد خواهد شد. هرچه کودک یا نوجوان بتواند روابط گرم و صمیمانه‌تری را با والدین خود تجربه کند خودپنداره مثبتی در او شکل می‌گیرد، در نتیجه فرد عزت‌نفس بالاتری خواهد داشت. در همین راستا در پژوهش پالوس و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داده شد خودپنداره به‌عنوان یک ساختار شناختی و عاملی اثربخش در رشد کودک و نوجوان تا حد زیادی تحت تأثیر روابط مادر-فرزند است علاوه‌براین در پژوهش ایشان مشخص شد کیفیت روابط مادر-فرزندی نه تنها خودپنداره بلکه عزت‌نفس عمومی کودکان را نیز پیش‌بینی می‌کند [۶۲]. نتایج پژوهش وندر کرویسین و همکاران (۲۰۱۹) به‌نوعی در راستای این یافته پژوهشی است، در پژوهش آنها نشان داده شد نحوه برخورد اطرافیان با فرد و عقیده و نظری که نسبت به او دارند سبب ایجاد خودپنداره در دوران نوجوانی می‌شود همچنین این تأثیر می‌تواند به ایجاد یک خودپنداره پایدار کمک کند [۶۱]. به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان می‌دهند دل‌بستگی ایمن با والدین سبب ایجاد تصور مثبت از خود و ارتباط سازگاران با دیگران خواهد شد درواقع مطابق با مطالعات تجربی بین دل‌بستگی ایمن و خودپنداره مثبت رابطه وجود دارد [۶۲].

در تبیین این فرضیه می‌توان اینچنین اظهار داشت که دل‌بستگی به‌عنوان رابطه‌ای عمیق، فعال و پایدار و عاملی مؤثر در جریان رابطه والد-فرزند فقط به دوران نوزادی و کودکی محدود نمی‌شود بلکه در سال‌های دیگر عمر نیز تداوم دارد و تأثیرات سرنوشت‌سازی بر زندگی افراد می‌گذارد. از سویی دیگر بر اساس نظریه کوپراسمیت (۱۹۶۷) که عزت‌نفس را ناشی از منابع مختلفی چون احساس مهم‌بودن (وقتی شخص احساس می‌کند برای دیگران ارزش و اهمیت دارد)، موفقیت و شکست در زندگی،

شکل فوق نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیر عزت‌نفس برابر با ۰/۶۲ به دست آمده است. این یافته بیانگر آن است که متغیرهای ارتباط والد/فرزند، نیازهای بنیادین و خودپنداره در مجموع ۶۲ درصد از واریانس عزت‌نفس را در نوجوانان تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل علی عزت‌نفس نوجوانان بر اساس رابطه والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با میانجی‌گری خودپنداره و بررسی برآزش مدل تدوین شده، انجام شد. به‌منظور بررسی فرضیه پژوهش شاخص‌های برآزش مدل اندازه‌گیری و شاخص‌های برآزش مدل ساختاری محاسبه شد. محاسبه شاخص‌های برآزش مدل اندازه‌گیری نشان می‌دهد که این مدل دارای سطح قابل قبولی از برآزش است، از این‌رو برآزش مدل اندازه‌گیری تأیید شد. همچنین شاخص‌های برآزش مدل ساختاری نیز نشان می‌دهد که این مدل به سطح مطلوبی از برآزش دست یافته است؛ بنابراین برآزش مدل ساختاری نیز تأیید می‌شود به‌عبارت‌دیگر محاسبه شاخص‌های برآزش مدل نشان داد مدل تدوین شده که دارای متغیرهای مکنون پیش‌بین (رابطه والد-فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی)، متغیر میانجی (خودپنداره) و متغیر مکنون ملاک (عزت‌نفس) است با داده‌های گردآوری شده به میزان مطلوبی برآزش دارد و داده‌های جمع‌آوری شده از نمونه پژوهش از مدل پژوهش حمایت می‌کنند. طبق یافته‌های پژوهش ضرایب مسیر غیرمستقیم بین ارتباط مادر-فرزند و عزت‌نفس از یک سو و ارتباط پدر-فرزند و عزت‌نفس از سویی دیگر مثبت و معنادار است. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که خودپنداره، رابطه والد-فرزند و عزت‌نفس را در نوجوانان به‌صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو است [۶۲، ۶۱، ۶۰، ۳۰]. خودپنداره از روابط اجتماعی حاصل می‌شود [۲۹]. خانواده به‌عنوان نخستین نظام اجتماعی در شکل‌گیری خودپنداره و عزت‌نفس افراد نقش به‌سزایی دارد [۳۰]. به‌عبارت‌دیگر تعاملات اولیه کودک با والدینش زمینه را برای شکل‌دادن خودپنداره و تصور مثبت یا منفی از خود ایجاد می‌کند. درواقع مطابق با نظریه رشد اریکسون (۱۹۸۴) مادر بازتابی از دنیای بیرونی برای نوزاد است [۶۷]؛ او فردی است که

شایستگی، احساس تعلق و حمایت و پذیرش از سوی افراد مهم زندگی به‌ویژه والدین و تعاملات گرم و صمیمانه با آنها در دوران نوجوانی زمینه را برای شناخت و درک خود و ایجاد تصویری مثبت از خود فراهم می‌آورد و هر اندازه فرد خودپنداره مثبت‌تری از خود داشته باشد احساس دوست‌داشتنی‌بودن، ارزش و احترام بالاتری می‌کند در نتیجه از عزت نفس بالاتری برخوردار است. نیازهای بنیادین روان‌شناختی از بین نیازهای متعدد انسانی به دلایل مختلفی همچون استحکام و ثبات در طول زمان تأثیر عمده‌ای بر رفتار و شخصیت فرد می‌گذارد، علاوه بر این نقش ویژه‌ای در مراحل رشد و تحول و به‌طور کلی زمینه‌های درون فردی و بین فردی دارد [۴۹]. از سویی دیگر مطابق با نظریه خودتعیین‌گری سلامت روان افراد، سازگاری روان‌شناختی، برخورداری از شخصیت سالم و عزت نفس بالا تابعی از شرایط محیطی مناسب و ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی است [۲۰].

در تبیین این یافته می‌توان اینگونه اظهار کرد، بر اساس نظر دسی و ریان (۲۰۱۵) انسان به سوی رشد و سلامت گام برمی‌دارد، هنگامی که نیاز افراد به شایستگی، تعلق و استقلال برآورده شود فرایند بهزیستی روان‌شناختی تسهیل می‌یابد. درحقیقت ارضای این سه نیاز اساسی سبب خواهد شد فرد تصور بهتری از خود داشته باشد و هرچه فرد در انجام امور و تصمیم‌گیری‌ها احساس خودمختاری کند یا خود را فردی تصور کند که نزد دیگران از ارزش و احترام کافی برخوردار است، درواقع نیاز او به خودمختاری و تعلق برآورده شود و احساس شایستگی داشته باشد سبب می‌شود فاصله خودپنداره واقعی و خودپنداره آرمانی کاهش یابد و تصور بهتری از خود داشته باشد در نتیجه فرد به‌واسطه خودپنداره مثبت، عزت نفس بالاتری را تجربه خواهد کرد به عبارتی دیگر تصور مثبت از خود از یک سو و ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی از سویی دیگر موجب احساس خودارزشمندی و عزت نفس بالا در فرد می‌شود؛ در نتیجه فرد می‌تواند تعاملات مؤثرتری با جهان داشته باشد، به‌طور کلی در پژوهش حاضر با توجه به یافته به‌دست‌آمده از این فرضیه ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی نه تنها به‌صورت مستقیم بلکه به‌واسطه خودپنداره بر عزت نفس نوجوانان مؤثر است. به عبارتی ارضای سه نیاز اساسی خودمختاری، تعلق و شایستگی

ارزیابی‌ها و تفسیرهای فرد از زندگی می‌داند می‌توان این‌گونه استدلال کرد که پذیرش از سوی والدین و روابط گرم و صمیمانه آنها در دوران کودکی و نوجوانی که منبع مهمی برای احساس خودارزشمندی به شمار می‌رود احتمالاً سبب می‌شود فرد در مورد خود و توانایی‌هایش تصویر مثبتی داشته باشد و در همین راستا ایجاد خودپنداره مثبت می‌تواند عزت نفس فرد را در جنبه‌های مختلف افزایش دهد [۵]. درواقع با توجه به مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین، شکل‌گیری خودپنداره را باید در روابط فرد با جامعه به‌خصوص در دوران پراهمیت کودکی و نوجوانی جستجو کرد و این خودپنداره فرد است که اساس ارزیابی‌های مثبت و منفی از خود را شکل می‌دهد، به عبارت دیگر نحوه تعامل والد-فرزند و نگرش‌های والدین نسبت به کودک و نوجوان خودپنداره را در او شکل می‌دهند و از طرفی تصور مثبت و منفی که در جریان تعامل با افراد مهم زندگی به‌ویژه والدین به دست می‌آید می‌تواند عزت نفس را در نوجوان پیش‌بینی کند؛ بنابراین رابطه والد-فرزند نه تنها به‌طور مستقیم بلکه به‌طور غیرمستقیم و از طریق خودپنداره بر عزت نفس نوجوانان مؤثر است.

مطابق با بخش دیگری از یافته‌های پژوهش ضریب مسیر غیرمستقیم بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و عزت نفس مثبت و معنادار است از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که خودپنداره رابطه بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و عزت نفس را در نوجوانان میانجی‌گری می‌کند. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو است [۳۵]، [۲۶، ۲۲، ۱۹]. سبب‌په‌ریان آذر و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی با هدف بررسی نقش واسطه‌ای برآورده‌شدن نیازهای بنیادین روان‌شناختی در رابطه عزت نفس نوجوانان و سبک‌های فرزندپروری به این نتیجه دست یافتند که سبک‌های والدگری هم به‌صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی بر عزت نفس نوجوانان اثر می‌گذارد علاوه بر این پژوهش نشان داده شد که ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی از طریق سبک‌های فرزندپروری سبب احساس شایستگی، استقلال و آزادی عمل در فرزندان می‌شود که این افزایش عزت نفس آنها را در پی خواهد داشت [۲۳].

درواقع بر اساس پژوهش‌های پیشین و مبانی نظری می‌توان این‌چنین اظهار کرد که استقلال در عمل، احساس

منابع

- ۱- برک، ل. روان‌شناسی رشد (نوجوانی: انتقال به بزرگسالی)؛ ترجمه سید محمدی، ی. چاپ چهلیم، تهران: ارسباران، ۱۳۹۸.
- 2- Young RE. The influence of parent-child attachment relationships and self-esteem on adolescents' engagement in risky behaviors. Diss. Brandeis University, 2013.
- 3- Young RE. The influence of parent-child attachment relationships and self-esteem on adolescents' engagement in risky behaviors. 2013. PhD Thesis. Brandeis University.
- ۴- شریفی، خ؛ مسعودی علوی، ن؛ تقریبی، ز؛ سوکی، ز؛ عسگریان، ف؛ اکبری، ح. «بررسی رابطه عزت‌نفس مادران و دختران نوجوان آنها». *دوماهنامه علمی- پژوهشی فیض*. ۱۳۹۰؛ ۱۵ (۴): ۳۵۸-۳۵۲.
- ۵- کهرازی، ف؛ ریگی کوه، ب. «فرا تحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر عزت‌نفس دانش‌آموزان». *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*. ۱۳۹۰؛ ۱۴ (۲۵): ۵۶-۳۹.
- 6- Cooper Smith S. Self-esteem Inventory. Byw. H. freeman andcom pany. In published 1982 by consulting psychologists press, Inc.1967.
- 7- Hepper EG. Self-Esteem. In: Howard S. Friedman (Editor in Chief), Encyclopedia of Mental Health, 2nd edition, Vol 4, Waltham, MA: Academic Press, 2016: 80-91.
- ۸- مصطفی، و؛ فلاح‌زاده، ه؛ رضاپور فریدیان، ر. «پیش‌بینی کیفیت مراقبت‌گری در روابط زناشویی بر اساس سبک‌های فرزندپروری ادراک شده و عزت-نفس». *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۱۳۹۷؛ ۱۴ (۵۴): ۲۰۱-۲۲۰.
- ۹- فرشاد، م؛ سلیمی بجستانی، ح؛ اسماعیلی، ک؛ حبیبی، ی. «اثرات مستقیم و غیرمستقیم کیفیت رابطه والدین (پدر و مادر)، انگیزه پیشرفت و انگیزه تحصیلی بر عزت‌نفس دانش‌آموزان». *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*. ۱۳۹۴؛ ۱۱ (۳۶): ۱-۱۶.

احساس خودارزشمندی و عزت‌نفس را به‌واسطه تصویری که فرد از خود دارد تحت تأثیر قرار می‌دهند.

درنهایت می‌توان نتیجه گرفت، یافته‌های پژوهش حاضر تأیید برازش مدل فرضی پژوهش را نمایان ساخت بر این اساس رابطه والد- فرزند، نیازهای بنیادین روان‌شناختی به‌صورت مثبت و معنادار و خودپنداره به‌صورت منفی و معنادار بر عزت‌نفس نوجوان مؤثر است. از طرفی دیگر رابطه والد- فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با عزت‌نفس به‌طور غیرمستقیم معنادار است و خودپنداره در این بین نقش میانجی را ایفا می‌کند، موردی که در پژوهش‌های پیشین کمتر به آن توجه شده بود. در پژوهش حاضر مشخص شد که رابطه والد- فرزند، نیازهای بنیادین روان‌شناختی و خودپنداره نقش بسیار مهم و تعیین‌کننده‌ای در تبیین عزت‌نفس نوجوانان دارند؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که با آگاه‌سازی والدین و نوجوانان در زمینه نقش به‌سزای عواملی که عزت‌نفس را تحت تأثیر قرار می‌دهند، نوجوانان را برای شکل‌دادن شخصیتی سالم و برخوردار از سلامت روان یاری رسانند. به‌طور کلی پژوهش حاضر با فراهم کردن پشتوانه تجربی برای مدل پیش‌بینی عزت‌نفس نوجوانان بر اساس رابطه والد- فرزند و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با میانجی‌گری خودپنداره راهگشایی برای پژوهش‌هایی در این زمینه به حساب می‌آید.

نتایج حاصل از این پژوهش از نمونه پژوهشی ذکرشده، دانش‌آموزان دوره دوم دبیرستان‌های شهرستان میبد حاصل شده است؛ بنابراین تعمیم یافته‌های پژوهش به دانش‌آموزان شهرهای دیگر و گروه‌های سنی متفاوت باید با احتیاط انجام شود، علاوه‌براین برای دستیابی به استنباط قطعی لازم است این پژوهش در مدارس، گروه‌های سنی و نمونه‌های دیگر تکرار شود تا بتوان در مورد یافته‌های پژوهش با اطمینان بیشتری نتیجه‌گیری کرد.

در این پژوهش تنها از اطلاعات پرسشنامه‌ها که به‌صورت خودگزارش‌دهی بود استفاده شد؛ بنابراین در تحقیقات بعدی می‌توان به شیوه‌های دیگری مثل گزارش‌های والدین برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده کرد. به دلایل شرایط موجود و شیوع ویروس کرونا اجرای پرسشنامه‌ها به‌صورت آنلاین و نمونه‌گیری به شیوه غیرتصادفی صورت گرفت که این نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

- 18-Ümme D. Self esteem among college students: a study of satisfaction of basic psychological needs and some variables. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015, 174: 1623-1629.
- ۱۹-عظیم‌پور، ا. «مروری بر مبانی نظری انگیزش خودتعیین‌گری»، کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی، تهران، ۱۳۹۳.
- 20-Deci EL, Ryan RM, Gagné M, Leone DR., Usunov J, Kornazheva BP. Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former eastern bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Personality and social psychology bulletin*. 2001, 27(8), 930-942.
- ۲۱-ساداتی فیروزآبادی، س.؛ ملتف، ق. «نقش واسطه‌ای نیازهای روان‌شناختی پایه در ارتباط بین سبک‌های والدگری و سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش». *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. ۱۳۹۶؛ ۵ (۳): ۲۰۳-۲۱۲.
- ۲۲-صالحی، ز. مقایسه نیازهای بنیادین روان‌شناختی نوجوانان بزهکار و عادی، کنفرانس ملی پژوهش‌ها نوین در مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی، کازرون، ۱۳۹۶.
- ۲۳-صالحی، ه؛ قمرانی، ا؛ صالحی، ز. «رابطه نیازهای بنیادی روان‌شناختی و سلامت روان جانبازان بیمارستان حضرت امیرالمؤمنین اصفهان». *طب جانباز*. ۱۳۹۲؛ ۶ (۲): ۹-۱.
- ۲۴-سپهریان، ف؛ امانی ساری بگلو، ج؛ محمودی، ح؛ کتابی، ا. «عزت نفس نوجوانان و سبک‌ها فرزندپروری: نقش واسطه‌ای برآورده شدن نیازهای روانی اساسی»، *نشریه بین‌المللی علوم رفتاری*، ۱۳۹۲؛ ۷ (۲)، ۱۵۱.
- 25-Chen X, Huang Y, Xiao M, Luo YJ, Liu Y, Song S, ... & Chen H. Self and the brain: Self-concept mediates the effect of resting-state brain activity and connectivity on self-esteem in school-aged children. *Personality and Individual Differences*. 2021; 168: 110287.
- ۲۶-رئیسون، م؛ محمدی، ی؛ عبدالرزاق نژاد، م؛ شریف‌زاده، غ. ر. «بررسی رابطه خودپنداره و عزت نفس با موفقیت تحصیلی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی شهر قاین در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱»، *مجله مراقبت‌ها نوین*، ۱۳۹۳؛ ۱۱ (۳)، ۲۴۲-۲۳۶.
- 10-Lim Y. Self-esteem as a mediator in the longitudinal relationship between dysfunctional parenting and peer attachment in early adolescence. *Children and Youth Services Review*. 2020; 116: 105224.
- 11-Tahir WBE, Inam A, Raana T. Relationship between social support and self-esteem of adolescent girls. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)* . 2015; 20.2: 42-46
- 12-Sağkal AS, Özdemir Y, Koruklu N. Direct and indirect effects of father-daughter relationship on adolescent girls' psychological outcomes: The role of basic psychological need satisfaction. *Journal of adolescence*. 2018; 68: 32-39.
- ۱۳-نصیری، ک. «تربیتی مشورت آدلری با والدین بر بهبود رابطه والد-فرزندی دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان شهرستان کوه‌دشت». پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره مدرسه، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۹۰.
- ۱۴-صادقی، ا؛ شهیدی، ش؛ خوشابی، ک. «اثر بخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی». *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۱۳۹۰؛ ISSN 2476-7484
- ۱۵-ابراهیمی ثانی، ا؛ ابراهیمی ثانی، ن.؛ ابراهیمی ثانی، ن. «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش عزت نفس و سلامت عمومی دانشجویان». *فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی*، ۱۳۹۳؛ ۱ (۴)، ۷-۲۰.
- ۱۶-ستایشی اظهاری، محمد، حاجی علیلو، رعنا، حبیب‌زاده، عباس. روابط ساختاری سبک‌های دل‌بستگی و پرخاشگری در دانش‌آموزان: نقش میانجی‌گری عزت نفس. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳۹۹؛ ۱۷ (۱): ۵۳-۶۰.
- ۱۷-حسین خانزاده، ع؛ میرزایی کوتنایی، ف. «نقش انسجام خانواده و تعامل والد-فرزند در تبیین حرمت خود دانش‌آموزان». *اندیشه‌ها نوین تربیتی*. ۱۳۹۳؛ ۱۳ (۱)، ۱۱۵-۱۳۶.

۳۶- شعبانی، ب؛ شیرین‌کام، م. (۱۳۹۸). هوش اجتماعی و خودپنداره در زوجین: میانجی‌گری نیازهای بنیادین روان‌شناختی، هفتمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران، <https://civilica.com/doc/982137>

37-Johnson MD, Galambos NL. GALAMBOS, Nancy L. Paths to intimate relationship quality from parent-adolescent relations and mental health. *Journal of Marriage and Family*. 2014; 76.1: 145-160

۳۸- توتونچی، م؛ سامانی، س؛ زندی قشقای، ک. نقش واسطه‌گری خودپنداره برای کمال‌گرایی و سلامت روان در نوجوانان شهر شیراز در سال ۱۳۹۱. *دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۱۳۹۱؛ ۳: ۲۱۷-۲۱۰.

39-Loehlin JC. Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis. *Psychology Press*. 2004

40-Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. *Guilford publications*. 2015

۴۱- مهری‌نژاد، ا؛ صدیقی، ن؛ رمضان ساعتچی، ل؛ غفاری، ز. «اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت‌نفس و تعارض والد-نوجوان دختران دوره متوسطه اول شهر تهران». *اندیشه‌های نوین تربیتی*. ۱۳۹۸؛ ۲۰۶-۱۸۷.

۴۲- کشاورز افشار، ح؛ هدهدی، ز؛ علی‌نژاد، ط. «نقش عزت‌نفس، سبک‌های فرزندپروری و انسجام خانواده و انعطاف‌پذیری در پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان دختر». *روانشناسی مدرسه*. ۱۳۹۸؛ ۱(۱): ۱۷۲-۱۴۹.

۴۳- فتحی آشتیانی، ع؛ داستانی، م. *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت، ۱۳۹۵.

44-Herz L, Gullone E. The relationship between self-esteem and parenting style: A cross-cultural comparison of Australian and Vietnamese Australian adolescents. *Journal of cross-cultural psychology*. 1999; 30.6: 742-761

۲۷- رسولی آراللوی بزرگ، م؛ حسین‌زاده تقوایی، م. مقایسه سیستم خود (عزت‌نفس، خودپنداره و خودکارآمدی) در بین جانبازان و افراد عادی، نهمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، ۱۳۹۶. <https://civilica.com/doc/702612>

۲۸- یارمحمدیان، ا. «بررسی ارتباط خودپنداره و عزت‌نفس در دانشجویان خلاق و غیرخلاق». *مطالعات روانشناسی تربیتی*. ۱۳۸۵؛ ۴: ۱۰۹-۴.

۲۹- یوسفی، فریده. ارتباط سبک فرزندپروری والدین با مهارت‌های اجتماعی و جنبه‌هایی از خودپنداره دانش‌آموزان دبیرستانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۸۶؛ ۵ (۱): ۳۷-۴۶.

۳۰- اتکینسون، ریتال، اتکینسون، ریچاردسی، اسمیت، ادوارد، بم، داریل، نولن‌هوکسما، سوزان (۲۰۰۰). ترجمه براهنی، م؛ بیرشک، ب؛ بیک، م؛ زمانی، ر؛ شهرآرای، م؛ کریمی، ی؛ محی‌الدین بناب، م؛ گاهان، نیسان، شاملو، س؛ هاشمیان، ک. (۱۳۹۳). *زمینه روانشناسی هیگلگارد*. چاپ بیستم، تهران: انتشارات رشد.

۳۱- محمدی، ط؛ صابر، س. (۱۳۹۷). «نقش واسطه‌ای خودپنداره در رابطه بین دل‌بستگی به والدین و همسالان با رفتارهای جامعه‌پسند». *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۱۲ (۳): ۳۹۶-۴۱۷.

32-Marsh HW, Xu M, Martin AJ. Self-concept: A synergy of theory, method, and application. 2012.

33-Kawamoto T. The moderating role of attachment style on the relationship between self-concept clarity and self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 2020; 152: 109604.

۳۴- پورنقاش تهرانی، س؛ فدوی اردکانی، ا؛ نصری تاج‌آبادی، م. (۱۳۹۶). «پیش‌بینی عملکرد تحصیلی برحسب خودپنداره، عزت‌نفس و خودکنترلی در دانش‌آموزان ابتدایی». *روانشناسی*؛ ۶ (۲): ۷۹-۱۰۲.

۳۵- کرامتی، م؛ پاینده‌فر، ش. (۱۳۹۵). «رابطه عزت‌نفس و تاب‌آوری با مؤلفه‌های خودپنداره بدنی دانش‌آموزان دارای ناتوانی». *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۱۶ (۴): ۶۳-۷۸.

۵۳- قربانی سفیده‌خوان، م؛ حسین ثابت، ف. «بررسی همبستگی بین شاخص‌های سبک دل‌بستگی و رضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی با افسردگی از طریق تحلیل مسیر» پژوهنده. ۱۳۹۵؛ ۲۱ (۱): ۱۳-۲۰

54-Johnston M, Finney S. Measuring basic needs satisfaction: evaluating previous and conducting new psychometric evaluations of the basic needs satisfaction in general scale. 2001.

55-Kashdan TB, Gallagher MW, Silvia PJ, Winterstein BP, Breen WE, Terhar D, Steger MF. The curiosity and exploration inventory-II: Development, factor structure, and psychometrics. *Journal of research in personality*. 2009; 43(6), 987-998.

56-Niemiec CP, Ryan RM. Autonomy, competence, and relatedness in the classroom: Applying self-determination theory to educational practice. *Theory and research in Education*. 2009; 7.2: 133-144.

۵۷- سلامی محمدآبادی، ف. «رابطه هوش هیجانی، خودپنداره و عزت نفس با پیشرفت تحصیلی دانشجویان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه کاشان. ۱۳۹۸.

۵۸- فرح بیجاری، ا؛ پیوسته‌گر، م؛ ظریف جلالی، ز. «مقایسه ابعاد خودپنداره و سازگاری در افراد خودشیفته سازگار و ناسازگار». *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۳۹۲؛ ۹ (۴)، ۹۹-۱۲۸.

۵۹- علیزاده، ح؛ نصیری فرد، ن؛ کرمی، ا. «تأثیر آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلر بر روی خودکارآمدی عزت نفس دختران نوجوان». *مطالعات اجتماعی- روان‌شناختی زنان*. ۱۳۸۹؛ ۴. ۱۴۳.

۶۰- تمنایی فر، م. ر؛ صدیقی ارفعی، ف؛ سلامی محمدآبادی، ف. «رابطه هوش هیجانی، خودپنداره و عزت نفس با پیشرفت تحصیلی». *فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*. ۱۳۸۹؛ ۱۶ (۲): ۹۹-۱۱۳.

61-Povedano-Diaz A, Muñoz-Rivas M, Vera-Perea M. Adolescents' life satisfaction: The role of classroom, family, self-concept and gender. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17.1: 19.

45-Edmondson J, Grote L, Haskell L, Matthews A, White M. Adolescent Self-Esteem: Is There a Correlation With Maternal Self-Esteem?. *Nursing Research Course*. 2006; 1.8

۴۶- صفرزاده، س؛ مرعشیان، ف. «رابطه تصویر ذهنی بدن، خودپنداره و عزت نفس با اختلالات تغذیه در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز». *نشریه علمی زن و فرهنگ*. ۱۳۹۳؛ ۶ (۱۹): ۹۰-۷۳.

۴۷- پورشافتی، ه. بررسی رابطه عزت نفس با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال سوم دوره متوسطه شهرستان قائن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم. ۱۳۷۰.

۴۸- مهربان، ع؛ کرمی، ا؛ اسدزاده، ح؛ ستوده اصل، ن. «تدوین مدل ساختاری برای پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی از طریق سبک‌های فرزندپروری و تعامل والد- فرزند در دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهر تهران». *فصلنامه علمی- پژوهشی خانواده و پژوهش*. ۱۳۹۸؛ ۱۶ (۲): ۷-۲۶.

49-Fine MA, Moreland JR, Schwebel A. Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*. 1983; 19.5: 703

۵۰- بشارت، م. ع؛ رنجبر کلاگری، الهه. (۱۳۹۲). «مقیاس رضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی: پایایی، روایی و تحلیلی عاملی». *فصلنامه اندازگی‌گیری تربیتی*. ۱۳۹۲؛ ۴ (۱۴)، ۱۴۷.

۵۱- عمارلو پ؛ شاره، ح. «حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و اهمال‌کاری شغلی: نقش میانجی‌گرانه رضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی». *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۷؛ ۲۴ (۲): ۱۷۶-۱۸۹

52-La Guardia JG, Ryan RM, Couchman C. E, Deci EL. Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2000; 79.3: 367.

63-Paulus M, Licata M, Gniewosz B, Sodian B. The impact of mother-child interaction quality and cognitive abilities on children's self-concept and self-esteem. *Cognitive development*. 2018; 48: 42-51.

62-Van der Crujisen R, Peters S, Zoetendaal KP, Pfeifer JH, Crone EA. Direct and reflected self-concept show increasing similarity across adolescence: A functional neuroimaging study. *Neuropsychologia*. 2019; 129: 407-417.

اثربخشی گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم

نویسندگان

مریم سورکی علی‌آباد^۱، آزیتا دلفان آذری^{۲*}، کامیان خزایی کوهر^۳

۱. دانشجوی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد چالوس دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.

maryam-soraki@gmail.com

۲. مربی گروه پرستاری، واحد چالوس دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد چالوس دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.

khazaeikam@gmail.com

چکیده

مقدمه: از آنجایی که مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم از سطوح بالای استرس برخوردار بوده و ذهن‌آگاهی نیز که خود از مؤلفه‌های متعددی تشکیل شده است در کاهش استرس آنها مؤثر است؛ بنابراین تلاش در امر بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی امری ضروری است، از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم انجام گرفت.

روش: بررسی پیش‌رو از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بوده و جامعه آماری شامل تمامی مادران دانش‌آموزان منطقه دو آموزش و پرورش تهران در سال ۱۴۰۰ که مبتلا به اوتیسم بودند تشکیل داد. نمونه‌ها ابتدا به صورت هدفمند انتخاب شده، سپس به روش تصادفی ساده در دو گروه مساوی آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ذهن‌آگاهی بائر که قبل و بعد از دوره درمان ۸ جلسه‌ای اجرا شد استفاده شد. در نهایت داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تفسیر قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که مداخله ذکر شده به ترتیب با ضریب ایثای ۰/۴۱، ۰/۴۳ و ۰/۶۱ بر بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی شامل «مشاهده، عمل همراه با آگاهی و توصیف» مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان از گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان روشی مناسب برای بهبود ذهن‌آگاهی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم استفاده کرد که این موضوع نه تنها سبب برخورداری مادران از فواید بهبود ذهن‌آگاهی در کاهش استرس ناشی از پرورش فرزند دارای اختلال اوتیسم می‌شود بلکه می‌تواند در برخورداری از سایر تأثیرات بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی (نظیر کاهش اضطراب، پیامدها و عوارض روان‌شناختی ناشی از پرورش فرزند دارای اختلال اوتیسم) نیز میسر باشد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۸/۲۶

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۱/۲۶



کلیدواژه‌ها

ذهن‌آگاهی، مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی، گروه‌درمانی، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

azitadelfan@yahoo.com

مقدمه

اوتیسم نوعی اختلال عصبی-تحوالی است که با دشواری خفیف تا شدید در تعامل اجتماعی، الگوهای محدود و تکراری رفتار، علایق و فعالیت‌های شناخته‌شده همراه است. این اختلال عموماً در دوران اولیه زندگی شروع شده و عامل تخریب کنش‌های شخصی، اجتماعی، تحصیلی و [۱] طیف گسترده‌ای از رفتارهای نامعمول است [۲].

مطالعات همه‌گیری‌شناسی نشان می‌دهد که شیوع اوتیسم در سه دهه اخیر افزایش چشمگیری داشته است؛ به طوری که در سال ۲۰۰۰ مرکز پیشگیری از بیماری‌ها در ایالات متحده شیوع آن را یک در ۱۵۰ نفر برآورد کرده و این رقم در سال ۲۰۱۱ به یک در ۸۸ [۳]، و در گزارشی دیگر اعلام شده که حدود ۵۲ میلیون نفر در سطح جهان به اختلال ذکر شده مبتلا بوده و شیوع آن یک از هر ۶۸ کودک است [۴]. در ایران، شیوع اوتیسم به شیوع جهانی آن نزدیک است. بر اساس سرشماری ملی کشور در سال ۲۰۱۶، جمعیت ایران بیش از ۷۹ میلیون نفر است که شیوع اوتیسم ۱ درصد برآورد شده است [۵].

اختلال طیف اوتیسم آسیب رشد عصبی فراگیری است که ویژگی بارز آن نارسایی در برقراری ارتباط اجتماعی به همراه رفتارها، علایق، و فعالیت‌های کلیشه‌ای است [۴]. نقایص مداوم در ارتباطات و تعاملات اجتماعی در چند زمینه مختلف شامل نقص در تعاملات اجتماعی و رفتارهای ارتباطی، مهارت‌های ایجاد، حفظ و فهم ارتباطات و غیره، همچنین طیفی از اختلالات درخودماندگی نیز در مبتلایان دیده می‌شود [۶]. همان‌طور که بیان شد اوتیسم اختلالات عصبی-رشدی مادام‌العمر است که با ضعف در ارتباط و تعامل اجتماعی، علائم و فعالیت‌های محدود و تکراری شناسایی می‌شود؛ این اختلال از جمله پیچیده‌ترین و ناشناخته‌ترین اختلالات دوران کودکی بوده که واکنش‌های اولیه والدین به این مسئله می‌تواند بسیار متفاوت باشد، اما اغلب این واکنش‌ها تحت تأثیر باورهای مختلف والدین و محیط اطرافشان دارای طیف گسترده‌ای از انکار کلی مسئله یا پیگیری جدی برای درمان تفاوت دارد. به علت همراهی طیف گوناگونی از ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی، بروز علائم پس از رشد طبیعی کودک، عدم درمان‌های قطعی و مؤثر، می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد بسیاری از فشارهای روانی بر خانواده و نزدیکان کودک به دلیل

ماهیت پیچیده این اختلال باشد [۲].

پرورش کودک مبتلا به اوتیسم موضوعی پیچیده بوده و تغییر زیادی در پویایی خانواده ایجاد می‌کند. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که مادران نسبت به پدران، سطوح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند که می‌تواند ناشی از استرس تربیت کودک و درگیری بیشتر مادران با این موضوع باشد. یکی از مسائلی که این مادران با آن مواجه‌اند سطح پایین کیفیت زندگی است. سطوح پایین کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم در کشورهای مختلفی همچون ایتالیا، تایوان، هند، ژاپن و غیره، خود بیانگر این مسئله بوده است [۷].

سطوح بالای اضطراب، افسردگی، استرس و سایر مشکلات روان‌شناختی نیز از جمله مشکلاتی است که تجربه می‌شود. خصوصیات کودک، نگرانی درباره ادامه شرایط، پذیرش کم جامعه، واکنش‌های غیرپذیرای دیگر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک و ناکامی در دریافت حمایت اجتماعی، می‌تواند در ایجاد استرس مؤثر باشد. سطوح بالای استرس در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم می‌تواند منجر به گرایش بیشتر آنها به استفاده از روش‌های انعطاف‌ناپذیر و پرخاشگرانه و بهره‌مندی کمتر در استفاده از خدمات درمانی و برنامه‌های ارائه‌شده برای این کودکان شود، به همین دلیل برای تصمیم‌گیری در استفاده از بهترین راهبردهای درمانی با شکست مواجه می‌شوند [۲].

ذهن‌آگاهی از جمله مفاهیم مهمی است که اخیراً توجه زیادی را به خود جلب کرده و به نظر می‌رسد بتواند نقش مهمی را در بهبود مسائل ذکرشده ایفا کند. ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌های خاص است، بودن در حال حاضر، هدفمند و خالی از قضاوت. ذهن‌آگاهی بدان معناست که شخص، آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال معطوف کند. ذهن‌آگاهی، یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح [۸]. یکی از مهم‌ترین فواید و مزایای ذهن‌آگاهی، کاهش استرس بوده و سبب تغییر فرایندهای عاطفی و شناختی که زمینه‌ساز مسائل بالینی متعددی هستند، شده است و بر احساسات منفی اثر می‌گذارند. بهبود حافظه فعال، افزایش رضایت در روابط، ارتقای عملکرد، افزایش خودآگاهی، افزایش قدرت و توانایی مقابله با بیماری‌ها، کاهش خستگی،

ذهن آگاهی مداخله‌ای دارای تأثیرات مثبت و مناسب است [۱۷]، اما با توجه به اهمیت ذهن آگاهی در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم از یک سو و محدود بودن پژوهش‌های انجام شده بر مراقبت‌کننده‌های افراد مبتلا به آلزایمر، دمانس و افراد مسن از سوی دیگر، و خصوصاً تمرکز پژوهش‌های انجام شده بر مواردی غیر از مؤلفه‌های ذهن آگاهی این سؤال مطرح می‌شود که آیا مداخله مذکور می‌تواند بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم نیز مؤثر باشد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بوده که با هدف تعیین اثربخشی گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم انجام شد.

آزمودنی

جامعه آماری همه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم منطقه دو آموزش و پرورش تهران را در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد. نمونه شامل ۴۰ نفر از مادران ذکر شده که نمرات پایینی از مؤلفه‌های ذهن آگاهی به دنبال تکمیل پرسشنامه ذهن آگاهی بائر و همکاران به دست آوردند بوده است. همچنین این افراد بر اساس تشخیص متخصصان مراکز مشاوره منطقه فاقد بیماری جسمی یا نورولوژیک دیگر بوده و تحت دارو یا روان‌درمانی نبوده و موافق شرکت در پژوهش بودند.

پس از نمونه‌گیری اولیه مادران انتخاب شده به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند (هر گروه ۲۰ نفر).

ابزار

ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر، پرسشنامه ذهن آگاهی بائر و همکاران بود. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسشنامه ذهن آگاهی فریبرگ^۱، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه، مقیاس ذهن آگاهی کنچوکی^۲، مقیاس تجدیدنظر شده ذهن آگاهی شناختی و

کاهش علائم افسردگی و اضطراب و غیره، از جمله فواید ذهن آگاهی است که می‌توان به آن اشاره کرد [۹]. به بیان دیگر می‌توان گفت، ذهن آگاهی که خود از مؤلفه‌های متعددی چون عدم قضاوت، عدم واکنش [۱۰] مشاهده، توصیف و عمل همراه با آگاهی تشکیل شده است در شرایط استرس، اضطراب، افسردگی و غیره کاهش یافته و ارتقای آن امری ضروری است [۸].

کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی شیوه‌ای از روان‌درمانی است که برای پرداختن توجه از مراقبه شرقی نشئت گرفته و به‌عنوان توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه توصیف شده است. در این روش پرداختن توجه به یک شیوه خاص در زمان حال و بدون قضاوت و توانایی معطوف ساختن توجه به گونه‌ای که بتوان از طریق تمرینات مراقبه آن را پرورش داد حائز اهمیت است. افراد ترغیب می‌شوند تا به تجربیات درونی خود در هر لحظه، همچون حس‌های بدنی، افکار، و احساسات توجه کرده و به جنبه‌های محیطی نظیر مناظر و صداهای مورد علاقه تمرکز یابند. کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن روشی است که می‌تواند برای اختلالات متعددی چون استرس، اضطراب، افسردگی، دردهای مزمن و غیره، مورد استفاده قرار گرفته و برای افرادی که تحت شرایط [۱۱] استرس‌زای مراقبت از دیگران قرار داشتند مفید بوده و مطالعات انجام شده، تأییدکننده ادعای مذکور است؛ به‌طوری که تاتچ و همکاران [۱۲] که به بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر کاهش فشار مراقبتی و افزایش بهزیستی روانی مراقبان افراد سالخورده پرداختند اعلام کردند که مداخله ذکر شده سبب کاهش فشار و استرس مراقبان می‌شود. هوپس و همکاران [۱۳] نیز در مطالعه خود مشخص کردند که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند برای افرادی که از اعضای مبتلا به دمانس در خانواده مراقبت می‌کنند، کمک‌کننده باشد. همچنین نتایج مطالعه وایتبرد و همکاران [۱۴] نشان داد، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود سلامت روان و کاهش استرس مراقبان خانگی افراد مبتلا به دمانس مؤثر است. کور و همکاران [۱۵] نیز به نتایج مشابه دست یافتند. شعبانی و جراره [۱۶] نیز مشخص کردند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند فشار مراقبتی و خستگی روانی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم را کاهش دهد.

همان‌طور که بیان شد کاهش استرس مبتنی بر

1 . Freiburg
2 . Kentucky

بافر به اجرا در آمده و در نهایت ۴۰ نفر از مادران یادشده که نمرات پایینی از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی به دست آورده بودند و همچنین بر اساس تشخیص متخصصان مراکز مشاوره منطقه فاقد بیماری جسمی یا نورولوژیک دیگر بودند و تحت دارو یا روان‌درمانی نبوده و موافق شرکت در پژوهش نیز بودند انتخاب شدند. پس از نمونه‌گیری اولیه، مادران انتخاب‌شده به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شده (هر گروه ۲۰ نفر) سپس گروه آزمایشی به مدت ۸ هفته (هفته‌ای یک‌بار و هر بار به مدت ۴۰ دقیقه) تحت برنامه درمانی قرار گرفتند. لازم به توضیح است که برنامه درمانی با تکیه بر محتوای برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی که توسط جان کابات زین طراحی شده [۱۱] و در کتاب کار ام بی اس آر^۷ (۱۹) تبیین شده است، تنظیم شد. جلسات درمان به‌صورت گروهی بوده که با هدف آموزش مفهوم ذهن‌آگاهی، آگاهی از ارتباط بین ذهن و بدن، حضور ذهن هنگام تنفس و فعالیت‌ها، ماندن در زمان حال و غیره با استفاده از تکنیک‌ها و تمرینات مدیتیشن و یوگا تنظیم شد. در جلسه اول تا چهارم توضیحی در مورد ذهن‌آگاهی و برنامه ام بی اس آر، ارتباط بین ذهن، بدن و هدایت خود داده شد و همچنین تمریناتی برای داشتن حضور ذهن در تنفس، ذهن‌آگاهی و ماندن در زمان حال، معاینه هوشیارانه بدن انجام شد. در جلسات پنجم تا هشتم به عمیق‌شدن در تمرین ذهن‌آگاهی، تمرینات مدیتیشن و گسترش حضور ذهن، توجه به افکار و نگه‌داشتن تمرین‌ها پرداخته شد (محتوای جلسات در جدول ۱ تشریح شده است). لازم به توضیح است که برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشده و در انتهای دوره درمان مجدداً جهت هر دو گروه پرسشنامه ذهن‌آگاهی بائر و همکاران استفاده، اطلاعات گردآوری و در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت.

شیوه تحلیل

جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی، و در بخش استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

7. MBSR (Mindfulness-based stress reduction)

عاطفی و پرسشنامه ذهن‌آگاهی سوتامپتون^۳ با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول‌یافته است. پرسشنامه دارای ۱۱۲ گویه و ۵ مؤلفه بود که بر اساس نتایج، ۴ عامل از ۵ عامل با عامل‌های شناخته‌شده در KIMS^۴ قابل‌مقایسه بوده و پنجمین عامل شامل آیتم‌هایی از FMI^۵ و MQ^۶ بود که تحت عنوان حالت غیرواکنشی به تجربه درونی تعریف شد. عامل‌های به‌دست‌آمده این چنین نام‌گذاری شد: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیرقضوتی‌بودن به تجربه درونی، توصیف و غیرواکنشی‌بودن. عامل مشاهده دربرگیرنده توجه به محرک‌های بیرونی و درونی مانند احساسات، شناخت‌ها، هیجان‌ها، صداها و بوهاست. توصیف به نام‌گذاری تجربه‌های بیرونی با کلمات مربوط می‌شود، عمل توأم با هوشیاری دربرگیرنده عمل کردن با حضور ذهن کامل در هر لحظه است و در تضاد با عمل مکانیکی است که در هنگام وقوع ذهن فرد در جای دیگری است. غیرقضوتی‌بودن به تجربه درونی شامل حالت غیرقضوتی‌داشتن نسبت به افکار و احساسات است و غیرواکنشی‌بودن به تجربه درونی اجازه آمدررفت به افکار و احساسات درونی است بی‌آنکه فرد در آنها گیر کند. بر اساس نتایج مطالعه انجام‌شده، همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیرواکنشی‌بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همچنین همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنادار بوده و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت.

در پژوهش انجام‌شده توسط احمدوند، حیدری‌نسب و شعیری نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر ۰/۷۵ و به ترتیب برای خرده‌مقیاس مشاهده ۰/۸۴، عمل توأم با آگاهی ۰/۷۱، عدم قضاوت ۰/۷۰، توصیف ۰/۸۳ و عدم واکنش ۰/۷۵ گزارش شد [۱۸].

شیوه پژوهش

ابتدا با تمامی مدارس منطقه دو آموزش و پرورش تهران در سال ۱۴۰۰ هماهنگی لازم انجام شده و ۱۲۰ دانش‌آموز مبتلا به اختلال اوتیسم شناسایی و مادرانشان فراخوانده شدند، سپس اهداف پژوهش برای مادران تبیین، پرسشنامه

3. Southampton
4. Kentucky Inventory of Mindfulness Skills
5. Freiburg Mindfulness Inventory
6. Mindfulness Questionnaire

جدول ۱. برنامه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	برنامه‌ها
۱	برقراری رابطه درمانی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با قوانین گروه، مشخص کردن اهداف و انتظارات از درمان، توضیحاتی راجع به ماهیت بیماری و صحبت کردن اعضای گروه راجع به آن و تأثیرات آن بر ابعاد زندگی آنها، معرفی اجمالی ذهن آگاهی، تمرین خوردن کشمش، واریسی بدن، آموزش هشیاری در فعالیتهای معمول روزمره، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی.
۲	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش مفروضه‌های زیربنایی ذهن آگاهی، آموزش مبانی تئوری مدیتیشن، معرفی مزایا و تأثیرات مثبت تمرین‌های مدیتیشن برای شرایط مزمن بیماری‌های جسمی، آموزش تکنیک آگاهی از تنفس، انجام مدیتیشن نشسته، تمرین ثبت رویداد خوشایند، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی.
۳	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش راجع به افکار، برخورد ذهن آگاهانه با افکار خودآیند منفی، آموزش، آموزش پذیرش به جای کوشش بیهوده و تقلا کردن، آموزش چگونگی مشاهده افکار بدون قضاوت کردن، تکنیک مشاهده افکار (آبشار فکری)، تمرین ثبت رویداد ناخوشایند، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی.
۴	چک کردن تکالیف خانگی، معرفی هیجان، آموزش تفاوت احساس با هیجان، معرفی انواع هیجانات مثبت، منفی و خنثی و یادگیری چگونگی شناسایی آنها، برخورد ذهن آگاهانه با هیجانات ناخوشایند منفی، آموزش یافتن نمود جسمانی هیجان در بدن با استفاده از ذهن آگاهی و رهاسازی تنش جسمانی ایجاد شده ناشی از هیجان، تکنیک مشاهده و شناسایی هیجانات، تمرین کاوش هیجان در بدن، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی.
۵	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش درباره استرس و انواع آن، معرفی چرخه استرس بدن، تأثیرات نامطلوب استرس بر بیماری و تبیین چگونگی فعال شدن مجدد بیماری با رویداد استرس‌زا، آموزش راهبردهای کنار آمدن استرس تکنیک فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین مدیتیشن آگاهی از حس‌های بدنی و صداهای پیرامونی، تمرین stop بوری مدیریت استرس، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی.
۶	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش تأثیر حالات ذهن آگاهانه در مدیریت و کاهش درد، تبیین مدل ۲ مرحله‌ای تسکین درد با استفاده از ذهن آگاهی، کاوش و شناسایی حس‌های ناخوشایند بدنی مانند انواع درد در بودن و هشیاری و آگاهی نسبت به آنها، پذیرش و کنار آمدن با درد، تمرین واریسی بدنی، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی.
۷	چک کردن تکالیف خانگی، آموزش نقش ذهن آگاهی در رفتار روزمره و بهبود روابط بین فردی، ایجاد حالات ذهن آگاهانه در تعاملات و رفتار با دیگران، نقش حالات ذهن آگاهانه در شناسایی و مدیریت حالات افکار، هیجانات و حس‌های بدنی ناخوشایند که باعث مشکل در تعاملات رفتاری با دیگران می‌شود، تمرین ذهن آگاهی در روابط روزمره، ارائه کاربرگ‌های تکالیف خانگی.
۸	چک کردن تکالیف خانگی، مرور کلی آموزش‌های ارائه شده در طول کل جلسات گذشته، چگونگی بسط و گسترش حالات ذهن آگاهی در ابعاد زندگی شخصی و روابط بین فردی، بحث و تبادل نظر اعضا گروه با یکدیگر درباره تغییرات ایجاد شده در زندگی‌شان در طول جلسات گذشته و جمع‌بندی کلی از کل طول دوره جلسات.

نتایج

شده که گزینه‌های آن در طیف چنددرجه‌ای لیکرت قرار گرفته است؛ بنابراین در مورد همه متغیرها مفروضه فاصله‌ای بودن تأمین شده است.

- نرمال بودن توزیع مشاهدات

شرط دوم استفاده از تحلیل کوواریانس، مبنی بر نرمال بودن اطلاعات جمع‌آوری شده با کمک آزمون کولموگراف-اسمیرنوف مورد سنجش قرار گرفت. میزان ضرایب کولموگراف-اسمیرنوف در مورد همه مؤلفه‌های ذهن آگاهی با توجه به سطوح اطمینان که از ۰/۰۵ بیشتر گزارش شده‌اند، معنادار نشان نداده، بنابراین در مورد این

جهت بررسی تأثیر گروه‌درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم ابتدا پیش فرض‌های مربوط به تحلیل کوواریانس ارزیابی شد.

- بررسی مفروضات تحلیل کوواریانس

مقیاس اندازه‌گیری متغیر وابسته از داده‌ها فاصله‌ای یا نسبتی باشد.

در بررسی حاضر چون داده‌ها از پرسش‌نامه‌ای گردآوری

جدول ۲. آماره‌های مربوط به پس‌آزمون مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی

میانگین	گروه‌ها	متغیرهای وابسته
۵۴/۷۰	آزمایشی	مشاهده
۵۳/۹۵	کنترل	
۵۶/۳۰	آزمایشی	عمل همراه با آگاهی
۵۵/۷۰	کنترل	
۵۱/۴۵	آزمایشی	عدم قضاوت
۵۰/۴۰	کنترل	
۲۷/۷۰	آزمایشی	توصیف
۲۷	کنترل	
۲۷/۵۵	آزمایشی	عدم واکنش
۲۶/۹۵	کنترل	

همان‌طور که در جدول (۲) مشخص شده است میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون در رابطه با سه مؤلفه از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی شامل؛ مشاهده (۵۴/۷۰ در مقابل ۵۳/۹۵)، عمل همراه با آگاهی (۵۶/۳۰ در مقابل ۵۵/۷۰) و توصیف (۲۷/۷۰ در مقابل ۲۷) بیشتر بوده که این موضوع از نظر آماری نیز معنادار است ($P < 0/05$).

همچنین بر اساس جدول (۳) گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به ترتیب با ضریب ایتای ۰/۴۱، ۰/۴۳ و ۰/۶۱ بر بهبود مؤلفه‌های؛ مشاهده، عمل همراه با آگاهی و توصیف تأثیر گذاشته است.

مؤلفه‌ها به‌کار بستن آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه آماره F برای مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی (مشاهده، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت، توصیف و عدم واکنش) به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۱۱، ۰/۶۱ و ۰/۹۷ و سطح معناداری برای این آزمون برای هر مؤلفه بیش از ۰/۰۵ بود، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرض برابری دو گروه پذیرفته شد. در بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با عنایت به اینکه آماره F برابر ۱/۶۲ کمتر از مقدار متناظر در جدول فیشر است و همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری متناظر با آن ۰/۱۲۶ و بیش از ۰/۰۵ بود، فرض صفر آزمون باکس مبنی بر همگنی ماتریس واریانس در فرضیه پژوهش با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته شد.

برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های خطی رگرسیون لازم است مدل رگرسیون متناظر با اثر توأم گروه و نمرات پیش‌آزمون را به مشاهدات مورد برآزش قرار دهیم، با توجه به اینکه آماره آزمون برای همه مؤلفه‌ها بیش از ۰/۰۵ بود بنابراین پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون برقرار شد. بر اساس یافته‌های ذکر شده با برقراری آزمون باکس و بررسی سایر مفروضات تمامی شرایط تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار شد و برای ارزیابی میزان تأثیر گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی (مشاهده، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت، توصیف و عدم واکنش) مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم از آزمون مذکور استفاده شد که در جداول (۳ و ۴) ارائه شده است.

جدول ۳. آنالیز کوواریانس چندمتغیره مربوط به مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی

منبع	متغیرهای وابسته	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مربعات نسبی آتا
گروه‌ها	پس‌آزمون مشاهده	25.002	1	25.002	25.368	.000	.413
	پس‌آزمون عمل همراه با آگاهی	87.399	1	87.399	25.132	.000	.432
	پس‌آزمون عدم قضاوت	.407	1	.407	1.540	.223	.045
	پس‌آزمون توصیف	58.682	1	58.682	53.014	.000	.616
	پس‌آزمون عدم واکنش	.102	1	.102	.274	.604	.008

جدول ۴. تحلیل کواریانس چندمتغیره مربوط به ذهن آگاهی به‌طور کلی در دو گروه کنترل و آزمایش

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ای‌تا
ذهن آگاهی به‌طور کلی	865.524	1	865.524	98.742	.000	.733
خطا	315.557	36	8.765			

ذهن آگاهی را بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی مورد بررسی قرار نداده بلکه به مواردی چون اضطراب، افسردگی، استرس، تاب‌آوری و غیره پرداختند. جامعه پژوهش در بررسی‌های کور و همکاران [۱۵]. تاتچ و همکاران [۱۲] و اینبرد و همکاران [۱۴] و هوپس و همکاران [۱۳] نیز به‌هیچ‌عنوان والدین یا مادران افراد دارای اختلال اوتیسم نبوده بلکه پژوهش خود را بر مراقبان افراد سالخورده و مبتلا به دمانس انجام داده و به مؤلفه‌هایی غیر از مؤلفه‌های ذهن آگاهی پرداختند (نظیر استرس، افسردگی، اضطراب، فشار مراقبتی و غیره)، شعبانی و جراره [۱۶] که نظیر پژوهش حاضر مطالعه خود را روی مادران دارای کودک اوتیسم انجام داده‌اند بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی متمرکز نشده و اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را بر فشار مراقبتی و خستگی روانی مادران مورد ارزیابی قرار دادند.

در تبیین اینکه پژوهش حاضر چگونه و تحت تأثیر چه راهبردهایی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های ذهن آگاهی تأثیر گذاشته و سبب بهبود مشاهده، عمل همراه با آگاهی و توصیف شده است، می‌توان بیان کرد که برخی از تکنیک‌های مورد استفاده در پروتکل مذکور از جمله بیان کاربرد حل مسئله در معرفی و ثبت افکار مثبت و مناسب، طرح راهبردهای حل مسئله با استفاده از مثال‌های مطرح شده در جلسه، نمایش دادن شناخت عمیق با استفاده از پیکان وارونه و تشریح این روش، معرفی و بررسی شناخت‌های عمیق و مفهوم پیش‌فرض‌های شرطی، باورهای محوری و ارزیابی شواهد موجود درباره افکار خودآیند با استفاده از شواهد و سؤالات در گروه توانسته است بر بهبود مؤلفه‌های ذهن آگاهی (مشاهده، عمل همراه با آگاهی و توصیف) مؤثر باشد.

گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق فعالیت‌هایی چون تمرین هوشیاری در عملکردهای معمول و روزمره نظیر قدم‌زدن، غذاخوردن و غیره این

و نیز بر مبنای جدول (۴) نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن است که گروه‌درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی با ضریب اتای ۰/۷۳ در افزایش ذهن آگاهی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم مراکز آموزشی اوتیسم منطقه ۲ تهران اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های ذهن آگاهی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن است که درمان گروه‌درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب با ضریب ای‌تا ۰/۴۱، ۰/۴۳ و ۰/۶۱ بر بهبود مؤلفه‌های مشاهده، عمل همراه با آگاهی و توصیف تأثیر گذاشته است.

با مرور بر پیشینه پژوهش مشخص شد که یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشگرانی مانند پائولینا روجاس تورس^۱ و همکاران [۱۹]، رایان^۲ و احمد^۳ [۲۰]، کور و همکاران [۱۵]، تاتچ و همکاران [۱۲]، و اینبرد و همکاران [۱۴]، هوپس و همکاران [۱۳] و شعبانی و جراره [۱۶] در این زمینه که مداخله کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افراد دارای فشار مراقبتی حاوی اثرات بسیار مفید است همسو است اما به لحاظ مؤلفه‌های مورد بررسی و در مواردی جامعه پژوهش، تفاوت‌هایی وجود دارد که به این شرح پرداخته می‌شود:

هرچند جامعه پژوهش در بررسی پائولینا روجاس تورس و همکاران [۲۰] و رایان و احمد [۲۱] نظیر پژوهش حاضر والدین کودکان دارای اختلال اوتیسم بوده اما صرفاً بر مادران متمرکز نشده و اثربخشی کاهش تنیدگی مبتنی بر

1. Paulina Rojas-Torres
2. Rayan
3. Ahmad

اختصاص می‌داد و گروه‌درمانی پناهگاه امنی بوده، محیط گروه به افراد اجازه می‌داد رفتار و اعمال خود را در ایمنی و امنیت کامل تمرین کنند پژوهشگر با تعامل در گروه فوراً متوجه می‌شد که هر یک از اعضای گروه چه واکنشی نسبت به دیگران دارند و در موقعیت‌های اجتماعی چه رفتاری از خود نشان می‌دهند. سپس وی با استفاده از این اطلاعات می‌توانست به مددجوی خود بازخورد ارزشمندی ارائه دهد.

درنهایت آمیخته‌شدن تکنیک‌ها و مهارت‌های استفاده‌شده در روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با مزایا و فواید درمان گروهی سبب شد تا در پژوهش حاضر شیوه درمانی به‌کار گرفته‌شده بتواند در بهبود ذهن‌آگاهی به‌طور کلی و بهبود مؤلفه‌های مشاهده، عمل همراه با آگاهی و توصیف به‌طور اخص در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم مؤثر باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهاد‌های پژوهشی

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودبودن جامعه و نمونه آماری به مراجعه‌کنندگان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم مراکز آموزشی اوتیسم منطقه ۲ تهران اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌ها را دشوار می‌کند، همچنین استفاده صرف از اندازه‌گیری‌های مبتنی بر مقیاس‌های خودگزارش‌دهی، اجرای درمان و ارزیابی‌های مربوط به مداخله توسط درمانگر و نیز عدم استفاده از گروه درمان‌نما نیز سایر محدودیت‌هایی است که می‌توان بدان اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر سایر گروه‌های مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم نیز انجام شده و بر سه گروه (استفاده‌کننده از شیوه درمانی، دریافت‌کننده درمان‌نما و بدون دریافت هر نوع مداخله‌ای) مطالعه شود. درنهایت پیشنهاد کاربردی پژوهش حاضر در نظر گرفتن اثربخشی گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی از سوی روان‌درمانگران، مشاوران و سایر متخصصان حوزه بهداشت روان است.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی مسئولان، مدیران و معاونان منطقه دو آموزش و پرورش تهران که کمال همکاری را در به‌ثمر رسیدن مطالعه حاضر داشته و همچنین از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم که با شرکت در پژوهش،

امکان را فراهم کرد تا مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم را وادار کند تا در زمان فعالیت فقط به همان موضوع توجه کنند؛ به‌طور مثال حین قدم‌زدن، راه‌رفتن خود را حس کرده و هنگام غذاخوردن بر طعم غذا تمرکز کنند و از آن لذت ببرند. توجه به فعالیت در حین انجام آن سبب شد تا فرد در زمان حال زندگی کرده و بر اینجا و اکنون تمرکز کند. طی تمرینات انجام‌شده افراد یاد گرفتند پذیرش را به‌جای قضاوت کردن تجربیاتشان گسترش داده و هوشیاری لحظه حاضر را به‌جای هدایت خودکار ایجاد کنند. زمان صرف‌شده طی تمرینات آرام‌بخشی عضلانی، مدیتیشن، واریسی بدنی و غیره (که هنگام کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی صورت می‌گرفت) عامل میانجی برای افزایش عملکرد روان‌شناختی و درنهایت بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی شد. درواقع مادران مورد مطالعه با شرکت کردن در جلسات درمانی مذکور با ذهن‌آگاهی و مؤلفه‌های آن مواجه شده و راه‌های بهبود آن را فراگرفتند؛ زیرا در گروه‌درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرد خودش را بخشی از گروه دانسته و متوجه می‌شود آنچه بر آنها گذشته مشترک است. همچنین در رابطه با مشکل و روش درمان درمانگر به تبادل اطلاعات پرداخته و به یکدیگر کمک کنند. در پژوهش حاضر اعضای گروه توانستند بدون ترس از شکست به تجربه کردن و آزمون شدن پرداخته، از رفتار یکدیگر و درمانگر الگوبرداری کرده و از طریق تعامل، مشاهده و تقلید به درک بیشتری از مشکلشان برسند.

درمیان گذاشتن احساسات و تجارب با یکدیگر نیز بر تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی اثر گذاشته است. این شیوه درمانی به افراد اجازه می‌داد تا از حمایت و تشویق دیگر اعضای گروه برخوردار شوند. افرادی که در گروه شرکت داشتند شاهد این موضوع بودند که دیگران نیز مشکلاتی شبیه به آنان دارند و بدین ترتیب کمتر احساس تنهایی می‌کردند. اعضای گروه می‌توانستند از یکدیگر الگوبرداری کرده و با مشاهده فردی که در حل کردن یک مشکل موفق است، متوجه شوند که امید به بهبودی وجود دارد. با پیشرفت هر فرد بقیه اعضای گروه می‌توانستند الگوی حمایت از دیگری باشند، بدین ترتیب احساس موفقیت و رسیدن به دستاورد گسترش می‌یافت. در این روش پژوهشگر به‌جای تمرکز روی یک فرد، زمان خود را به گروه بزرگ‌تری از افراد

عامل اصلی پیشبرد بررسی بوده‌اند صادقانه سپاسگزاری می‌کنم.

منابع

- ۱- چینی‌فروشان، فاطمه؛ آزادفلاح، پرویز؛ فراهانی، حجت‌اله. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس سازش‌یافتگی روان‌شناختی، نشریه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۸؛ ۱۷ (۲): ۱۲۵-۱۳۸.
- ۲- نریمان، هدا؛ حسن‌زاده، اکبر؛ قمرانی، امیر؛ عمیدی مظاهری، مریم. بررسی ارتباط افسردگی، اضطراب و استرس با حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۳): ۱۹۹-۲۰۵.
- ۳- رستمی، مجید؛ کیخسروانی، مولود؛ پولادی ریشهری، علی؛ بحرانی، محمدرضا. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر اضطراب و ناامیدی مادران کودکان اختلال طیف اوتیسم. *مجله دوماهنامه طب جنوب*، ۱۳۹۹؛ ۲۳ (۱): ۵۶-۶۹.
- ۴- صفی‌خانی، فریده؛ افتخاری سعادی، زهرا؛ نادری، فرح؛ مرعشیان، فاطمه سادات. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و تصویرسازی ذهنی دستوری بر معنویت و پردازش هیجانی مادران دارای دانش‌آموزان اختلال طیف اوتیسم. *مجله توسعه آموزش جندی‌شاپور*، ۱۳۹۹؛ ۱۱ (۳): ۴۲۷-۴۴۵.
- ۵- واحدپرست، حکیمه؛ خلفی، سعیده؛ جهان‌پور، فائزه؛ باقرزاده، راضیه. بررسی نقش پیش‌بین استرس والدگری در انسجام و انطباق خانواده‌های دارای کودک مبتلا به طیف اوتیسم. *نشریه روان‌پرستاری*، ۱۳۹۹؛ ۸ (۱): ۹۴-۱۰۵.
- ۶- امام‌دوست، زیبا؛ تیموری، سعید؛ خوی‌نژاد، غلامرضا؛ رجایی، علیرضا. مقایسه اثربخشی مداخلات مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی و واقعیت‌درمانگری بر تنظیم شناختی هیجان در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۳۹۹؛ ۱۹ (۸۹): ۶۴۷-۶۵۵.
- ۷- امینی، مهدی؛ شباسی، یاسمن؛ مطلبی‌پور، زهرا؛ لطفی، مژگان. نقش راهبردهای تنظیم هیجان و ویژگی‌های شخصیتی در کیفیت زندگی و سلامت روان مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۳۹۹؛ ۲۷ (۳): ۴۲۳-۴۳۰.
- ۸- محمدعلیزاده نمینی، آناهیتا؛ اسمعیل زاده آخوندی، محمد. مقایسه ی مؤلفه‌های ذهن آگاهی و مزاج‌های عاطفی در افراد با افسردگی اساسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۳۹۵؛ ۳ (۴): ۱۲-۲.
- 9- American Psychological Association. Benefits of Mindfulness. 2020. Available from: <https://www.helpguide.org/harvard/benefits-of-mindfulness.htm>
- 10-Michelle, O. MindfulMondays: The Components of Mindfulness. 2020. Available from: <https://www.moderneast.com/life/mindfulmondays-components-mindfulness-218982.html>
- ۱۱- بهشتی، محمد. کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی چیست؟ ۱۴۰۰؛ گرفته‌شده: <https://beheshtiyani.ir/mbsr-mindfulness-based-stress-reduction>
- 12-Tkatch R, Bazarko D, Musich S, Wu L, MacLeod S, Keown K, et al. A pilot online mindfulness intervention to decrease caregiver burden and improve psychological well-being. *J Evid Based Altern Med*. 2017., 22(4): 736-743.
- 13-Hoppes S, Bryce H, Hellman C, Finlay E. The effects of brief mindfulness training on caregivers' wellbeing. *Journal of Active, Adaptation & Aging*. 2012., 36(2): 147-166.
- 14-Whitebird RR, Kreitzer M, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *Gerontologist*. 2013., 53(4): 676-686.
- 15-Kor PPK, Li JYW, Chien WT. Effects of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of people with dementia: A pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2019., 98,107-117
- ۱۶- شعبانی، مهشید؛ جراره، جمشید. اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر فشار مراقبتی و خستگی روانی مادران با کودک اوتیسم. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*؛ ۱۳۹۹؛ ۹ (۱): ۱۲-۵.
- ۱۷- رحمانی، نرگس؛ منصوری، احمد. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده. *نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*؛ ۱۳۹۸؛ ۱۷ (۱): ۲۳-۳۲.

- Ramón M, Alcantud-Marín, F. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Self Compassion (SC) Training for Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Pilot Trial in Community Services in Spain. *Children* . 2021., 8(5): 316.
- ۱۸- احمدوند، زهرا؛ حیدری نسب، لیلا؛ شعیری، محمدرضا. واری اعتبار و روایی پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی در نمونه‌های غیربالینی ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، ۱۳۹۲؛ (۲۵) ۳: ۲۲۹-۲۳۷.
- 20-Rayan A, Ahmad M. Effectiveness of Mindfulness-Based Intervention on Perceived Stress, Anxiety, and Depression Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Mindfulness*. 2017., 8(3): 677-690.
- 19-Stahl, B. & Goldestin, E. (2007). *Mindfulness – Based Stress Reduction Workbook*. New Harbinger Publications, Inc 20. Paulina Rojas-Torres L, Alonso-Esteban Y, Fernanda López-

تفاوت خودشناسی انسجامی، شفقت خود و تنظیم هیجان افراد مبتلا به کووید-۱۹ بر اساس سطوح وضوح خودپنداره

نویسندگان

مجتبی دهقان^۱، فاطمه عبادیخواه^{۲*}

۱. گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. dehghan.mo@iums.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: سازگاری بیماران با چالش‌ها و تنش‌های کووید-۱۹ با بهره‌گیری از خودشناسی انسجامی، شفقت خود و تنظیم هیجان می‌تواند در ارتباط با سطح وضوح خودپنداره آنان باشد؛ بنابراین، خودشناسی انسجامی، شفقت خود و تنظیم هیجان بیماران بر اساس سطوح وضوح خودپنداره مقایسه شد.

روش: پژوهش حاضر، دارای طرح تک‌عاملی بود. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بودند، و نمونه شامل ۱۶۲ شرکت‌کننده بود. بر اساس سطوح وضوح خودپنداره (پایین، متوسط و بالا)، سه گروه که هر یک شامل ۳۵ نفر بود تعریف شد. داده‌ها با مقیاس وضوح خودپنداره، مقیاس خودشناسی انسجامی، پرسشنامه تنظیم هیجان و مقیاس شفقت خود، گردآوری شد و با آزمون مانوا و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شد.

نتایج: طبق نتایج، میانگین خودشناسی انسجامی و شفقت خود در گروه وضوح خودپنداره بالا از دو گروه دیگر، و در گروه متوسط از گروه پایین به‌طور معناداری بیشتر بود. از نظر ارزیابی مجدد بین گروه‌ها تفاوت معناداری دیده نشد. میانگین فرونشانی در گروه وضوح خودپنداره پایین بیشتر از گروه وضوح خودپنداره بالا بود.

بحث و نتیجه‌گیری: این یافته‌ها دلالت بر این دارد که سطوح بالاتر وضوح خودپنداره می‌تواند به ارتقای خودشناسی انسجامی و شفقت خود، و کاهش فرونشانی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ کمک کند که این نیز تسهیل‌کننده سازگاری با بیماری است.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۰۹/۱۱

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۲/۲۷



کلیدواژه‌ها

تنظیم هیجان، خودشناسی انسجامی، شفقت خود، کووید-۱۹، وضوح خودپنداره

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

fa_ebadikhah@yahoo.com

مقدمه

مهم‌ترین آنهاست و در تنظیم رفتار انسان نقش اساسی دارد [۷]. خودپنداره دارای دو بعد محتوایی و ساختاری است. محتوای آن شامل عناصر دانشی و ارزشی است و بعد ساختاری آن به نحوه سازمان‌دهی این عناصر مربوط است و شامل پیچیدگی و وضوح خودپنداره است [۷]. در این پژوهش به وضوح خودپنداره پرداخته شده است. وضوح خودپنداره، به میزان شفافیت محتوای باورهای فرد درباره خودش، اشاره دارد، به صورتی که بدون شبهه و با اطمینان تعریف شده و دارای همخوانی درونی است [۱۰]. افرادی که خودپنداره واضح، خوب-تعریف‌شده و نسبتاً باثباتی دارند، میزان بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی را گزارش می‌دهند؛ چراکه دید روشن‌تری درباره خودشان دارند و از رویدادهای روزمره و ارزیابی‌های این رویدادها تأثیر کمتری می‌پذیرند [۱۱]. از این‌رو، وضوح خودپنداره عامل مهمی در ایجاد تفاوت‌های فردی برای مواجهه با استرس است؛ اما مسئله این است که خودپنداره چگونه چنین آثار مقابله‌ای را بر جای می‌گذارد.

بخشی از این آثار می‌تواند مرتبط با اثرگذاری خودپنداره بر خودشناسی انسجامی^۶ باشد؛ چراکه خودشناسی انسجامی به‌عنوان یک ضربه‌گیر در برابر استرس عمل می‌کند [۱۲]. [۱۳] و خودپنداره به‌عنوان بازنمایی مفهومی افراد درباره خودشان، شکل‌دهنده خودشناسی است [۱۴]. خودشناسی نوعی فرایند روان‌شناختی سازمان‌یافته، پویا و انجمی زمان‌مند است که در جهت خودنظم‌دهی عمل می‌کند [۱۵] و شامل دو وجه تجربه‌ای (آگاهی نسبت به تغییرات لحظه‌ای تجارب خود) و تأملی (آگاهی نسبت به اطلاعات مرتبط با خود در گذشته) است که با هم مرتبط هستند و یک کل منسجم و واحد را می‌سازند [۱۶]. به عبارتی، می‌توان خودشناسی انسجامی را به‌عنوان تلاشی سازمان‌یافته برای درک تجارب خود در طول زمان و در جهت کسب پیامدهای مطلوب تعریف کرد [۱۷]. که به‌واسطه پردازش داده‌های مرتبط با خود، سبب انسجام و یکپارچگی در سطح روان‌شناختی می‌شود و از طرفی در مواجهه با رویدادهای تنش‌زایی مانند بیماری، هماهنگ با سیستم فیزیولوژیک در راستای حفظ تعادل ارگانیسم فعالیت می‌کند [۱۸]. مطالعات گویای آن است که،

بیماری کووید-۱۹، نوعی بیماری عفونی مرتبط با کروناویروس جدید است که از دسامبر سال ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین شناسایی شد [۱]، و به سبب مسری‌بودن آن به سرعت در دیگر نقاط چین و سرتاسر جهان گسترش یافت [۲]. قرارگرفتن در شرایط استرس‌زایی همچون بیماری کووید-۱۹، با توجه به خصوصیات منحصربه‌فردی مانند ناشناخته‌بودن ویروس مولد آن، اطلاعات ناچیز درباره ماهیت و عوارض این بیماری، عدم درمان قطعی و مطمئن، سرعت بالای انتشار و میزان مرگ و میر ناشی از آن، تهدیدی جدی برای سلامتی افراد به شمار می‌رود و موجی گسترده از ترس و اضطراب در جامعه به راه می‌اندازد [۳]. چنان‌که در صورت ابتلا، بیمار مشکلاتی نظیر ترس و دلهره نسبت به پیشرفت آن، ناتوانی و قریب‌الوقوع‌بودن مرگ را تجربه می‌کند که این پریشانی روان‌شناختی می‌تواند بر نحوه مدیریت علائم و طول دوره بیماری تأثیر منفی داشته باشد [۲]. بر اساس پژوهش‌ها، قرارگرفتن در چنین شرایط استرس‌زایی با پیامدهای روانی گسترده، نظیر اختلالات خلقی و اضطرابی در بازماندگان این بیماری همراه است [۴]. با این حال، نحوه مواجهه و سازگاری افراد با رویدادهای آسیب‌زا و تهدیدآمیزی چون بیماری کووید-۱۹ متفاوت است [۵]؛ چراکه، عوامل مختلفی (درونی و بیرونی) بر چگونگی این مقابله و سازش تأثیر گذارند، و یکی از این عوامل وضوح خودپنداره^۱ است [۶].

خود^۲، مفهومی چندبعدی و پویاست و از محوری‌ترین مفاهیم روان‌شناسی محسوب می‌شود [۷]. ابعاد مختلف خود در قالب تصورات فرد از خودش درون یک طرح‌واره شناختی به نام خودپنداره^۳ سازمان‌دهی می‌شود [۷]. لکی^۴ (۱۹۴۵)، خودپنداره را هسته و مرکز شخصیت در نظر می‌گیرد [۸] که عبارت است از تصور و باوری که فرد تحت تأثیر تجارب رشدی، نسبت به خود پیدا می‌کند [۹]، بر مبنای مدل هوروویتز^۵ افراد در طی زندگی طرح‌واره‌های مختلفی از خود و محیطشان می‌سازند که خودپنداره

- 1 . Self-concept Clarity
- 2 . Self
- 3 . Self-concept
- 4 . Lecky
- 5 . Horowitz

6 . Integrative self-knowledge

هیجان‌ها را به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر برای خلق واکنش‌های سازگار با آن موقعیت به‌کارگیرند [۲۶]. از رایج‌ترین راهبردهای تنظیم هیجان، ارزیابی مجدد شناختی^۴ و فرونشانی^۵ است که به ترتیب به‌عنوان راهبردهای متمرکز بر پیش‌بینی^۶ و متمرکز بر پاسخ^۷ شناخته می‌شوند. ارزیابی مجدد، به‌گونه‌ای موقعیت را معنا می‌کند که هیجان‌ها منفی و آثار مخرب آنها تعدیل شوند. در مقابل، فرونشانی بعد از تولید و شناسایی هیجان، از ابراز آن جلوگیری می‌کند. بنابراین، ارزیابی مجدد یک راهبرد سالم و فرونشانی یک راهبرد ناسالم تلقی می‌شود [۲۷]. شواهد نشان می‌دهد، وضوح خودپنداره پیش‌بینی راهبردهای تنظیم هیجان سالم یا ناسالمی است که افراد در مقابل هیجان‌ها ناخوشایند به کار می‌گیرند [۲۸]. علاوه‌براین، رویارویی با رویدادهای استرس‌زای زندگی [۲۹]، از قبیل بیماری سرطان [۳۰]، درد مزمن [۲۷]، مشکلات قلبی-عروقی [۳۱] و دیابت [۳۲] با هیجان‌ها ناخوشایند ارتباط دارد، و توانایی تنظیم هیجان‌ها نقش مهمی در سازگاری با این موقعیت‌های استرس‌زا دارد [۲۹]. بنابراین، ممکن است در شرایط استرس‌زای ابتلا به بیماری کووید-۱۹ نیز راهبردهای تنظیم هیجان اهمیت انطباقی داشته، و این مسئله هم وابسته به سطوح مختلف خودپنداره باشد.

به‌علاوه، مقابلهٔ افراد در مواجهه با موقعیت‌های دشوار زندگی با شفقت خود^۸ نیز مرتبط است [۳۳]، که به‌صورت توجه و حساسیت نسبت به درد و رنج درونی خویش و تمایل به التیام آن تعریف می‌شود [۳۴] و با گرایش‌ها همدلانه و رفتارهای یاری‌بخش ارتباط دارد [۳۵]. این سازه برای نخستین بار توسط نف^۹ (۲۰۰۳) تعریف و اندازه‌گیری شد و سه مؤلفه دووجهی برای آن در نظر گرفته شد که شامل خودمهربانی/خودسرزنشگری، تجربه مشترک انسانی/انزوا و به‌هوشیاری/هماندسازی افراطی است. یافته‌ها نشان می‌دهد شفقت خود یک عامل محافظتی در برابر آسیب روانی است و با بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد [۳۴]. از آنجاکه در موقعیت‌های دشوار، توجه فرد بر عامل

خودشناسی و درک پیوستگی و تداوم خود در طول زمان (از گذشته تا آینده)، با سازگاری روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی رابطهٔ مثبت و با ناسازگاری روان‌شناختی و هیجان‌ها مخربی نظیر اضطراب و مقابلهٔ ناکارآمد در برابر موقعیت‌های استرس‌زا رابطهٔ منفی دارد [۱۹]. درواقع، از آنجایی که نحوهٔ تعامل شخص با ساختار روانی خود، حین مواجهه با رویداد استرس‌زا، در ایجاد آثار سوء جسمانی و روان‌شناختی ناشی از این رویداد، مؤثر است [۲۰]، خودشناسی انسجامی با سلامت روانی [۲۱، ۲۲] و جسمانی [۱۲]، ارتباط دارد. طبق گزارش قربانی و همکاران [۱۲] می‌توان گفت، خودشناسی بر درک روند مقاومت در برابر وقایع استرس‌زا تأثیر به‌سزایی دارد و افرادی که از خودشناسی انسجامی بالاتری برخوردارند در مواجهه با این وقایع، سازگارانه‌تر مقابله می‌کنند. اما این مسئله وجود دارد که در سطوح مختلف وضوح خودپنداره، افراد مبتلا به کووید-۱۹ چه میزانی از خودشناسی انسجامی را تجربه می‌کنند.

دیگر عامل متأثر از خودپنداره که در مواجهه با شرایط تنش‌زا نقش دارد، تنظیم هیجان^۱ است [۶]. به‌طور کلی، هیجان واکنشی روانی و فیزیولوژیکی به یک موقعیت راه‌انداز است و با طیف وسیعی از افکار، احساسات و رفتارها همراه است. با توجه به، نظریه تکاملی چارلز داروین^۲ هیجان برای سازگاری و بقای انسان ضروری است. درواقع، هیجان‌ها برای سازش با تغییر و تحولات استرس‌زای زندگی حائز اهمیت هستند. علی‌رغم این کارکرد مثبت، چنانچه نوع، شدت و مدت زمان هیجان‌ها با موقعیت تناسب نداشته باشد می‌تواند مخرب و ناکارآمد باشد. به نحوهٔ مدیریت حالات هیجانی جهت حذف آثار مخرب هیجان‌ها ناخوشایند و حفظ هیجان‌ها خوشایند، تنظیم هیجان گفته می‌شود [۲۳]. به‌عبارتی، تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره می‌کند که مسئول نظارت، ارزیابی و تصحیح ماهیت و مدت زمان واکنش‌ها و حالات هیجانی است [۲۴]. بر اساس مدل گروس^۳ [۲۵] که از پرکاربردترین نظریات در این زمینه است، تنظیم هیجان فرایندی است که فرد به‌واسطهٔ آن، نحوهٔ تجربه یا ابراز هیجان‌ها خوشایند یا ناخوشایند را مدیریت می‌کند. افراد باید بتوانند در موقعیت‌های تنش‌زا،

4 . Cognitive Reappraisal
5 . Suppression
6 . Antecedent-focused
7 . Response-focused
8 . Self-Compassion
9 . Neff

1 . Emotion regulation
2 . Charles Darwin
3 . Gross

در پژوهش‌های موجود به مطالعه تجارب بیماران در بافت وضوح خودپنداره و عوامل مرتبط با آن، از جمله خودشناسی انسجامی که در مواجهه با استرس‌ها مؤثر است، کمتر توجه شده است؛ و از سوی دیگر، نوظهور بودن بیماری کووید-۱۹ موجب ناشناخته‌بودن ماهیت تجارب روان‌شناختی افراد در زمان ابتلا به آن می‌شود که مطالعه آن را ضروری می‌کند. از این‌رو، در مطالعه حاضر به ارزیابی تفاوت افراد مبتلا به کووید-۱۹ از نظر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و شفقت خود، بر اساس سطوح وضوح خودپنداره پرداخته شد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر مبتنی بر طرح تک‌عاملی^(۱) است. عامل مورد نظر در این پژوهش وضوح خودپنداره بود که برای آن سه سطح (پایین، متوسط و بالا) تعریف شد؛ و متغیرهای وابسته‌ای که در این سطوح مورد مقایسه قرار گرفتند خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و شفقت خود بودند.

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه پژوهش حاضر، افراد مبتلا به بیماری کووید-۱۹ در سال ۱۳۹۹ بودند.

ب) نمونه پژوهش

نمونه اولیه پژوهش ۱۶۲ نفر بودند. با توجه به قرارگیری در دوره شیوع کووید-۱۹ و محدودیت در گردآوری داده، داده‌های پژوهش حاضر در بستر اینترنت جمع‌آوری شد. برای این منظور، پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش به صورت آنلاین تعریف شد و لینک آن به همراه توضیحات لازم، شامل هدف انجام پژوهش و شرایط رازداری (عدم نیاز به ذکر نام و درج اطلاعات شخصی در پرسشنامه)، از طریق فراخوان در شبکه‌های اجتماعی (تلگرام و اینستاگرام)، در اختیار داوطلبان مبتلا به کووید-۱۹ قرار داده شد. این افراد نیز اشخاص دیگری که واجد شرایط شرکت در این پژوهش بودند را برای پرکردن پرسشنامه معرفی کردند.

برانگیزاننده استرس و مفری برای گریز و اجتناب از آن موقعیت متمرکز می‌شود، از هیجانات و تجربیات درونی خود غفلت می‌ورزد [۲۰]. اما شفقت خود از طریق ایجاد آگاهی ذهنی نسبت به افکار و هیجانات منفی [۳۳] و برخوردی مبتنی بر پذیرش، همراه درک و مهربانی با خود، در جهت کاستن پیامدهای مخرب ناشی از موقعیت‌های تنش‌زا و برقراری مجدد تعادل، به فرد یاری می‌رساند [۲۰]. همچنین، شفقت خود موجب تعدیل ترشح کورتیزول در موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود، ضربان قلب را تنظیم و به آرام‌سازی فرد هنگام تنش روانی کمک می‌کند [۳۴]. افراد مُشفق با خود، از طریق راه‌حل‌های مناسب، چالش‌های مرتبط با بیماری را تعدیل کرده و به شکل مطلوبی با آن انطباق می‌یابند [۳۶]. همچنین، شفقت خود به دلیل کاهش فشار روانی، با تعهد بیشتر نسبت به توصیه‌های پزشکی و رفتارهای مرتبط با سلامتی همراه است [۳۷]. شواهد مطالعه رستمی و همکاران [۳۸] نشان می‌دهد که هویت و خودشناسی با شفقت خود رابطه مثبت دارند. بنابراین، پژوهش حاضر این مسئله را مطرح کرد که در سطوح مختلف خودپنداره، افراد مبتلا به کووید-۱۹ از نظر شفقت خود چگونه هستند.

در مجموع، ابتلا به بیماری کووید-۱۹ طیفی از تجارب درون‌فردی (مانند افکار و هیجانات و حس‌های بدنی) را به همراه دارد که می‌تواند موجب چالش و دشواری‌های جدی برای سلامت روان‌شناختی افراد مبتلا شود. بنابراین، افراد نیازمند به سطح مطلوبی از خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و شفقت خود هستند تا بتوانند با این چالش‌های استرس‌زا رویارو شوند؛ چراکه هر سه مورد مذکور در کنار آمدن افراد با رویدادهای تنش‌زای زندگی (مانند بیماری کووید-۱۹) و تجارب درون‌فردی ناخوشایند ناشی از آنها نقش دارند [۶، ۲۹، ۳۳، ۳۴]. اما به نظر می‌رسد همه این تجارب در بافت خودپنداره رخ می‌دهند؛ بنابراین، احتمالاً برخورداری از سطوح بالاتر وضوح خودپنداره می‌تواند به مقابله مؤثرتر با دشواری‌های زندگی، مانند ابتلا به بیماری کووید-۱۹ کمک کند. از این‌رو، فرض پژوهش حاضر این بود که در زمان ابتلا به کووید-۱۹، برخورداری از سطوح متفاوت وضوح خودپنداره می‌تواند توضیح‌دهنده تفاوت میان افراد مبتلا به این بیماری از نظر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و شفقت خود باشد. اما، از یک‌سو،

1. Single factor design

ابزار پژوهش

۱. مقیاس وضوح تصور از خود^۱

از این مقیاس برای سنجش وضوح خودپنداره استفاده شد. این مقیاس توسط کامپیل^۲ و همکاران [۳۹] تدوین شد که شامل ۱۲ گویه بود و تک‌عاملی است. این مقیاس میزان ثبات و سازگاری تصور افراد از خودشان را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این پرسشنامه در طیف ۵ گزینه‌ای: ۱. خیلی مخالف، ۵. خیلی موافق انجام می‌شود. گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. شاخص‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران توسط رضیان و همکاران [۴۰] انجام شد. طبق گزارش آنان، در بررسی روایی مقدار همبستگی این مقیاس با مقیاس خودپنداره راجرز (۰/۶۲-) به دست آمد. همچنین، آنان مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را (۰/۸۳)، ضریب دونیمه‌سازی (۰/۶۷)، و ضریب بازآزمایی (۰/۸۵) گزارش دادند. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. مقیاس خودشناسی انسجامی^۳

این مقیاس که توسط قربانی و همکاران [۴۱] ساخته شد، دارای ۱۲ گویه است که سه مؤلفه خودشناسی تأملی، خودشناسی تجربی و خودشناسی انسجامی را ارزیابی می‌کند. در پژوهش حاضر از مؤلفه خودشناسی انسجامی استفاده شد که تلاشی برای یکپارچه‌سازی تجربه خود در گذشته، حال و آینده با هدف ارتقاء و انطباق خود است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در طیف ۵ گزینه‌ای (عمدتاً نادرست = ۰، عمدتاً درست = ۴) انجام می‌شود. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ آن به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. شاخص‌های روان‌سنجی این مقیاس توسط قربانی و همکاران [۴۱] در سه نمونه آمریکایی و سه نمونه ایرانی بررسی شد، که روایی هم‌گرا، ملاکی، افتراقی و افزایشی مقیاس را تأیید کردند، و مقدار آلفای کرونباخ در نمونه‌های آمریکایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۸ و ۰/۷۴، و در نمونه‌های ایرانی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ مؤلفه خودشناسی انسجامی

برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

۳. مقیاس تنظیم هیجان^۴

این مقیاس توسط گروس و جان^۵ [۴۲] تدوین شد که دو راهبرد تنظیم هیجان شامل ارزیابی مجدد و فرونشانی را ارزیابی می‌کند. این مقیاس شامل ۱۰ گویه است. گویه‌های ۱، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸ و ۱۰ میزان ارزیابی مجدد، و گویه‌های ۲، ۴، ۶ و ۹ میزان فرونشانی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه، در طیف ۷ گزینه‌ای (۱ = کاملاً مخالف، ۷ = کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. گروس و جان [۴۲]، مقادیر آلفای کرونباخ برای راهبردهای ارزیابی مجدد و فرونشانی را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۳ گزارش دادند. در ایران، تاشک [۴۳]، مقادیر آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای دو راهبرد ارزیابی مجدد و فرونشانی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۹۰ گزارش داد، و در تحلیل عاملی تأییدی نیز به شاخص‌های برازش قابل قبولی دست یافت. در پژوهش حاضر نیز مقادیر آلفای کرونباخ این دو راهبرد به ترتیب برابر با ۰/۶۷ و ۰/۷۳ به دست آمد.

۴. مقیاس شفقت خود^۶

این مقیاس که فرم کوتاه است توسط ریس^۷ و همکاران [۴۴] تدوین شد و شامل ۱۲ گویه [مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در مقابل انزوا، و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی] است که در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = تقریباً هرگز، ...، ۵ = تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ این پرسشنامه به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. شهبازی و همکاران [۴۵] برای اندازه‌گیری شفقت خود، مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه ۱۲ گویه‌ای را ارزیابی کرد که ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی را به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ محاسبه کرد و روایی هم‌زمان و هم‌گرا پرسشنامه را نیز مطلوب گزارش داد. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد.

4. Emotion Regulation questionnaire (ERQ)

5. Gross & John

6. Self-compassion Scale (SCS)

7. Raes

1. Self-concept clarity Scale

2. Campbell

3. Integrative self-knowledge Scale (ISK)

شیوه اجرای پژوهش

ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش به همراه توضیحات لازم و شرایط رازداری، به صورت اینترنتی در اختیار داوطلبان قرار گرفت. سپس، نمرات وضوح خودپنداره، خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و شفقت خود در میان شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری شد، ابتدا نمره وضوح خودپنداره آنان محاسبه شد؛ سپس، نمرات خام وضوح خودپنداره تبدیل به نمره استاندارد Z شد. در ادامه، ۳۵ شرکت‌کننده که دارای بالاترین نمره Z بودند به عنوان گروه وضوح خودپنداره بالا، ۳۵ شرکت‌کننده که دارای کمترین نمره Z بودند به عنوان گروه وضوح خودپنداره پایین، و ۳۵ شرکت‌کننده که دارای نمره Z متوسط بودند به عنوان گروه وضوح خودپنداره متوسط تعریف شدند. بنابراین، در نهایت ۱۰۵ نفر وارد تحلیل نهایی شدند. سپس، تفاوت میانگین متغیرهای وابسته (خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و

شفقت خود) بین سه گروه مورد آزمون قرار گرفت.

شیوه تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی شامل محاسبه فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی بود؛ و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل واریانس و آزمون مقایسه چندگانه [آزمون تعقیبی بنفرونی] استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۳ انجام شد.

نتایج

در جدول ۱ توزیع آزمودنی‌ها از نظر سطوح متغیرهای جمعیت‌شناختی جنسیت، تحصیلات، وضعیت زناشویی و درآمد ذکر شده است. همین‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد توزیع آزمودنی‌ها از نظر متغیرهای مذکور در سه گروه وضوح خودپنداره پایین، متوسط و بالا نزدیک به هم است.

جدول ۱. توزیع آزمونی‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی در سه گروه پژوهش

سطوح وضوح خودپنداره				
بالا	متوسط	پایین		
۲۹	۲۷	۲۷	زن	جنسیت
۶	۸	۸	مرد	
۶	۱۰	۱۳	دیپلم و پایین‌تر	تحصیلات
۱۸	۱۷	۱۵	کاردانی و کارشناسی	
۱۰	۸	۵	کارشناسی ارشد	
۱	۰	۲	دکتری	
۱۱	۵	۸	مجرد	وضعیت زناشویی
۲۳	۲۹	۲۵	متاهل	
۱	۰	۲	مطلقه	
۰	۱	۰	فوت همسر	
۱	۲	۶	زیر یک میلیون	درآمد
۲	۸	۵	یک تا دو میلیون	
۸	۶	۸	دو تا سه میلیون	
۱۵	۱۱	۱۱	سه تا پنج میلیون	
۲	۶	۲	پنج تا هشت میلیون	
۳	۱	۱	هشت تا ده میلیون	
۴	۱	۲	بالاتر از ده میلیون	

خودشناسی انسجامی معنادار شد ($F=4/81, P<0/05$)، ولی با توجه به اینکه حجم نمونه در هر سه گروه مساوی است این مسئله مشکلی ایجاد نمی‌کند. همچنین، آماره آزمون ام‌باکس معنادار نشد ($F=1/49, p>0/05$). که نشان می‌دهد مفروضه یکسانی ماتریس‌های واریانس کواریانس رعایت شده است. آماره شاخص چندمتغیری لامبدای ویلکز نیز معنادار شد ($F=11/02, P<0/001$). که نشان‌دهنده وجود حداقل یک تفاوت معنادار در میان گروه‌هاست. نتایج آزمون تفاوت گروه‌ها از نظر متغیرهای وابسته در جدول ۲ قابل مشاهده است.

در جدول ۲، مقادیر شاخص‌های توصیفی به تفکیک گروه‌ها (سه سطح وضوح خودپنداره) گزارش شده است. با توجه به اینکه مقدار چولگی و کشیدگی متغیر فرونشانی در دو گروه خودشناسی انسجامی در بازه ۰/۵۱ تا ۰/۸۴- قرار دارد، توزیع این موارد نیز نرمال است. علاوه‌براین، سایر مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نیز بررسی شد؛ آماره آزمون لوین برای هیچ‌یک از متغیرهای ارزیابی مجدد ($W=0/18, P>0/05$)، فرونشانی ($W=1/21, P>0/05$) و شفقت خود ($W=0/43, P>0/05$) معنادار نشد که نشان می‌دهد مفروضه همگنی واریانس خطاها برقرار است، اما آماره آزمون لوین برای متغیر

جدول ۲. مقادیر شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

شاخص‌های توصیفی				سطوح وضوح خودپنداره	
کشیدگی	چولگی	انحراف استاندارد	میانگین		
-۰/۷۵	۰/۱۷	۳/۵۷	۹/۲۸	پایین	خودشناسی انسجامی
-۰/۵۱	-۰/۰۶	۲/۸۶	۱۲/۴۳	متوسط	
-۰/۲۹	۰/۴۳	۲/۱۸	۱۵/۲۲	بالا	
-۰/۱۱	-۰/۴۴	۷/۴۸	۲۴/۲۰	پایین	ارزیابی مجدد
-۰/۷۱	۰/۰۶	۶/۱۵	۲۵/۹۱	متوسط	
۰/۰۵	-۰/۵۱	۷/۲۴	۲۷/۷۴	بالا	
-۰/۵۶	-۰/۰۸	۵/۸۵	۱۵/۲۶	پایین	فرونشانی
-۰/۷۶	۰/۲۰	۵/۲۲	۱۳/۴۰	متوسط	
-۰/۷۶	۰/۵۵	۵/۸۶	۱۱/۵۴	بالا	
-۰/۶۲	۰/۰۴	۴/۹۲	۳۳/۷۷	پایین	شفقت خود
-۰/۲۰	-۰/۱۲	۵/۸۵	۳۸/۵۴	متوسط	
۰/۴۵	-۰/۴۲	۷/۳۸	۴۳/۹۷	بالا	

گروه پایین بیشتر بود. از نظر فرونشانی فقط بین دو گروه وضوح خودپنداره پایین و بالا تفاوت وجود داشت ($F=3/78, P=0/026$). بدین صورت که میانگین فرونشانی در گروه وضوح خودپنداره پایین به‌طور معناداری بیشتر از گروه وضوح خودپنداره بالاست. اما از نظر ارزیابی مجدد تفاوتی معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد. ($F=2/25, p=0/11$)

جدول ۳ نشان می‌دهد که از نظر خودشناسی انسجامی ($F=36/11, p<0/001$) و شفقت خود ($F=12/12, p<0/001$) بین هر سه سطح خودپنداره تفاوت معناداری وجود داشت. میانگین خودشناسی انسجامی و شفقت خود در گروه وضوح خودپنداره بالا به‌طور معناداری از دو گروه دیگر بیشتر بود و در گروه متوسط نیز به‌طور معناداری از

جدول ۳. نتایج آزمون مانوا و آزمون مقایسه چندگانه بنفرونی

آزمون بنفرونی			آزمون مانوا				
معناداری	اختلاف میانگین	مقایسه‌های زوجی سطوح خودپنداره	مجدور اتا	معناداری	df	F	
۰/۰۰۱	-۳/۱۴	پایین - متوسط	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲	۳۶/۱۱	خودشناسی انسجامی
۰/۰۰۱	-۵/۹۴	پایین - بالا					
۰/۰۰۱	-۲/۸۰	متوسط - بالا					
۰/۹۲۰	-۱/۷۱	پایین - متوسط	۰/۰۴	۰/۱۱۰	۲	۲/۲۵	ارزیابی مجدد
۰/۱۰۸	-۳/۵۴	پایین - بالا					
۰/۸۲۷	-۱/۸۳	متوسط - بالا					
۰/۵۱۷	۱/۸۶	پایین - متوسط	۰/۰۷	۰/۰۲۶	۲	۳/۷۸	فرونشانی
۰/۰۲۱	۳/۷۱	پایین - بالا					
۰/۵۱۷	۱/۸۶	متوسط - بالا					
۰/۰۰۵	-۴/۷۷	پایین - متوسط	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۲	۲۴/۲۲	شفقت خود
۰/۰۰۱	-۱۰/۲۰	پایین - بالا					
۰/۰۰۱	-۵/۴۳	متوسط - بالا					

موجب افزایش خودشناسی انسجامی می‌شود؛ زیرا در خودشناسی انسجامی نوعی تلاش فعالانه برای فهم و یکپارچه‌سازی تجارب گذشته، حال و آینده خود در یک کل معنادار انجام می‌شود [۴۱]، و این در صورتی حاصل می‌شود که فرد ابتدا بازنمایی روشنی از گذشته، حال و آینده خود داشته باشد تا بعد بتواند آن را منسجم کند به نحوی که بتواند از یکپارچگی او در برابر رویدادهای استرس‌زا نیز محافظت کند. به‌طور کلی، افزایش وضوح خودپنداره در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ می‌تواند به افزایش خودشناسی انسجامی آنان طی مواجهه با این بیماری کمک کند.

یافته دیگر نشان داد که میزان استفاده از راهبرد تنظیم هیجان فرونشانی در سطوح وضوح خودپنداره متفاوت است. این مطالعه همسو با نتایج مطالعه پاریس^۲ و همکاران [۲۸] است. درواقع، هر چند از نظر ارزیابی مجدد تفاوت معناداری مشاهده نشد، اما آن دسته از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور مطالعه میزان خودشناسی انسجامی، شفقت خود و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بر اساس سطوح وضوح خودپنداره (پایین، متوسط و بالا) انجام شد. نتایج نشان داد خودشناسی انسجامی در گروه وضوح خودپنداره بالا بیشتر از دو گروه دیگر، و در گروه متوسط نیز بیش از گروه پایین است. درواقع، از میان افراد مبتلا به کووید-۱۹، آن کسانی از خودشناسی انسجامی بالاتری برخوردارند که دارای وضوح خودپنداره بیشتری هستند. این یافته‌ها همسو با مطالعه وانگ^۱ [۱۴] است. درواقع، خودپنداره به‌مثابه بازنمایی‌های فرد از خودش، به‌صورت یکی از عناصر خودشناسی عمل می‌کند [۱۴]، و وقتی وضوح این بازنمایی‌ها افزایش می‌یابد و فرد تصویر روشن‌تری از خود دارد به او کمک می‌کند تا نسبت به تجربه خود در گذشته و اکنون و مشاهده خود در آینده تصویر روشن‌تر و واضح‌تری داشته باشد، که این

2 . Parise

1 . Wang

پیشانی شخصی همدلانه بیشتری می‌شوند [۳۵]، که موجب می‌شود فاصله بین فردی بیشتری از دیگران را تجربه کنند و این ممکن است موجب شود وجه اشتراک انسانی شفقت خود در آنان کم‌رنگ‌تر و انزوا در آنان پررنگ‌تر شود. اما وقتی وضوح خودپنداره افزایش می‌یابد می‌تواند این روند را معکوس کند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد آن دسته از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که وضوح خودپنداره بیشتری دارند امکان بیشتری برای اتخاذ شفقت خود دارند، که این نیز می‌تواند به مقابله مؤثرتر آنان با استرس ناشی از این بیماری کمک کند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که وضوح خودپنداره در تعیین میزان خودشناسی انسجامی، شفقت خود و فرونشانی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ نقش مهمی دارد. آن دسته از بیمارانی که از وضوح خودپنداره بیشتری برخوردارند از خودشناسی انسجامی و شفقت خود بیشتر بهره می‌برند و نیاز کمتری به استفاده از فرونشانی دارند. از آنجاکه، در موقعیت‌های بحرانی زندگی مانند ابتلا به بیماری، نظام باورها و برداشت‌های فرد نسبت به خودش در معرض تهدیدی جدی قرار می‌گیرد، سطوح بالاتر وضوح خودپنداره به مثابه یک عامل محافظت‌کننده عمل کرده و با بسیج ظرفیت درونی فرد، توان وی را در مواجهه با تجربه تنش‌زا بهبود می‌بخشد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، وضوح خودپنداره می‌تواند یک سد محافظتی درمقابل با شرایط پراسترس بیماری باشد. در واقع، هرچقدر خودپنداره عمیق‌تر و روشن‌تر تعریف شده باشد، فرد با بینش و انسجام بیشتری به شناخت و درک تجارب مرتبط با خود (از گذشته تا آینده) می‌پردازد. همچنین در این شرایط، درک و پذیرش بیشتری نسبت به ویژگی‌های مثبت و منفی خود پیدا می‌کند و این باعث می‌شود در موقعیت‌های چالش‌برانگیز با نگاهی کمتر قضاوت‌گرایانه و انتقادی نسبت به خود بنگرد و در نهایت، به یک توافق و سازشی درونی با خود برسد که به مدیریت بهتر و کارآمدتر بحران پیش‌آمده کمک می‌کند. به علاوه، بازنمایی واضح و روشن فرد از خودش، به شناخت بهتر حالات هیجانی و انتخاب سازگاران‌تر راهبردهای تنظیم هیجان در مواقع استرس‌زا کمک کرده و در نتیجه، از بار منفی هیجانات مخرب مانند فرونشانی که از تجربه سالم هیجان جلوگیری می‌کند، کاسته می‌شود.

وضوح خودپنداره پایینی دارند نسبت به بیمارانی که وضوح خودپنداره‌شان بالاست، به میزان بیشتری از فرونشانی استفاده می‌کنند. دو فرد با خودپنداره‌هایی که حاوی محتوای یکسان هستند، بسته به نحوه سازمان‌دهی خودپنداره‌هایشان ممکن است احساسات بسیار متفاوتی از خود تجربه کنند [۴۶]. بنابراین، زمانی که افراد سازمان‌دهی مطلوب‌تر و روشن‌تری از خودپنداره‌شان دارند ممکن است احساسات و هیجاناتی که نسبت به خود دارند را به گونه‌ای شفاف‌تر شناسایی و تجربه کنند؛ در نتیجه گرایش کمتری به فرونشانی آن هیجانات دارند. اما کسانی که تصور شفافی از خود ندارند، در مواجهه با وقایع استرس‌زا، هیجانات ناخوشایند بیشتری را تجربه می‌کنند و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان را به کار می‌گیرند [۶]، از جمله این راهبردهای ناسازگاری که استفاده از آن در این موارد ممکن است افزایش یابد، فرونشانی است. اما، همچنان که نشان داده شد این تفاوت تنها بین بیمارانی که وضوح خودپنداره‌شان کم است و بیمارانی که وضوح خودپنداره‌شان بالاست دیده می‌شود، و کسانی که از وضوح خودپنداره متوسطی برخوردارند با دو دسته دیگر تفاوتی در میزان فرونشانی ندارند. در نتیجه، می‌توان گفت که افزایش وضوح خودپنداره در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ به آنان کمک می‌کند تا در مواجهه با هیجان‌های ناخوشایند مرتبط با شرایط این بیماری، کمتر از راهبرد فرونشانی استفاده کنند.

افزون بر این، یافته‌ها نشان داد که بین سطوح مختلف وضوح خودپنداره از نظر شفقت خود تفاوت معناداری وجود دارد، بدین صورت که سطوح بالاتر وضوح خودپنداره در مقایسه با سطوح پایین وضوح خودپنداره در بیماران مبتلا به کووید-۱۹، شفقت خود بیشتری را به همراه دارد. یکی از دلایلی که افزایش وضوح خودپنداره میزان بیشتری از شفقت خود را به همراه دارد این می‌تواند باشد که، چون وضوح خودپنداره با شفافیت تصویر خود و همخوانی درونی همراه است [۱۰]، آگاهی فرد از خودش بیشتر می‌شود، میزان برداشت‌ها و نگرش‌های سوگیرانه و قضاوتی نسبت به خود کاهش می‌یابد و نگرشی معتدل‌تر و کارآمدتر نسبت به خود ایجاد می‌کند که موجب می‌شود انتقاد از خود کاهش یابد و فرد نگرش مشفقانه‌تری نسبت به خود داشته باشد. همچنین، افرادی که وضوح خودپنداره آنان کمتر است دچار

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

فرایند نمونه‌گیری به دلیل هم‌زمانی با دوره اوج‌گیری کووید-۱۹ و عدم دسترسی مستقیم به بیماران، از طریق اینترنت صورت گرفت که این مسئله از محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است. به‌علاوه، از آنجایی که این پژوهش در قالب یک طرح غیرتجربی اجرا شد، تعمیم نتایج با محدودیت مواجه است و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به آزمون مسئله پژوهش حاضر در چهارچوب یک طرح تجربی بپردازند. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود، در طراحی و ارائه مداخلات مبتنی بر خودشناسی انسجامی، شفقت خود و تنظیم هیجان برای مدیریت شرایط پراسترس (مانند بیماری کووید-۱۹) به‌وضوح خودپنداره بیماران نیز پرداخته شود. از این‌رو، آموزش ارتقای وضوح خودپنداره برای بهبود خودشناسی انسجامی، شفقت خود و کاهش استفاده آنان از فرونشانی هیجان‌ات را می‌توان در برنامه‌های پیشگیرانه و ارتقادهنده سلامت مدنظر قرار داد.

منابع

- Zhu, H., L. Wei, and P. Niu, The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Global Health Research and Policy*, 2020. 5(1).
- Kong, X., et al., Effect of Psychological-Behavioral Intervention on the Depression and Anxiety of COVID-19 Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 2020. 11(1241).
- شهیاد، شیما؛ و محمدی، محمدتقی. آثار روان‌شناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. *مجله طب نظامی*، ۱۳۹۹؛ ۲۲ (۲): ۱۸۴-۱۹۲.
- Mazza, M.G., et al., Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*, 2020. 89: p. 594-600.
- آسایش، محمدحسن؛ و خدایاری‌فرد، محمد. راهبردهای روان‌شناختی و فنون مقابله با استرس و اضطراب در مواجهه با کروناویروس (کووید-۱۹). *نشریه رویش روان‌شناسی*. ۱۳۹۹؛ ۹ (۸): ۱-۱۸.
- Ritchie, T., et al., Self-concept Clarity Mediates the Relation between Stress and Subjective Well-being. *Self and Identity*, 2011. 10: p. 493-508.
- ۷- علی‌پور، محمود؛ فراهانی، محمدتقی؛ و سعادت‌طلب، آیت. بازبینی رویه‌های استخدای و آموزشی با توجه به رابطه بین هویت سازمانی و وضوح خود-پنداره کارکنان (مورد مطالعه: مجتمع مس سرچشمه رفسنجان). *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی*. ۱۴۰۱؛ ۱۴ (۳): ۱۶۱-۱۸۶.
- 8- Epstein, S., The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychologist*, 1973. 28: p. 404-416.
- 9- Ferreira, I.M.F., et al., From Self-Knowledge to Self-Concept: Review on Constructs and Instruments for Children and Adolescents. *Psicologia em Estudo*, 2022. 27.
- 10-Merdin-Uygur, E., et al., How does self-concept clarity influence happiness in social settings? The role of strangers versus friends. *Self and Identity*, 2019. 18(4): p. 443-467.
- ۱۱- نیکدل، فریبرز؛ کدیور، پروین؛ فرزاد، ولی‌الله؛ عرب‌زاده، مهدی؛ و کاووسیان، جواد. رابطه خودپنداره تحصیلی، هیجان‌های تحصیلی مثبت و منفی با یادگیری خودگردان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳۹۱؛ ۶ (۱): ۱۰۳.
- 12-Ghorbani, N., C.J. Cunningham, and P.J. Watson, Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *Int J Psychol*, 2010. 45(2): p. 147-54.
- ۱۳- صالح میرحسینی، وحیده؛ قربانی، نیما؛ علی‌پور، احمد؛ و فرزاد، ولی‌الله. نقش واسطه‌ای فرایندهای خودشناسی و خودمهارگری در رابطه استرس ادراک‌شده و عینی با اضطراب، افسردگی، و علائم جسمانی آتش‌نشان‌ها. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۳۹۵؛ ۱۰ (۳): ۱-۱۵.
- 14-Wang, Q., Culture and the Development of Self-Knowledge. *Current Directions in Psychological Science - CURR DIRECTIONS PSYCHOL SCI*, 2006. 15: p. 182-187.
- ۱۵- روبن‌زاده، شرمین؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم؛ قربانی، نیما؛ و عابدین‌علیرضا. اثربخشی بسته روان‌پوشی شکل‌گیری هویت موفق نوجوان ایران بر فرایند خودشناسی انسجامی و مؤلفه‌های روابط موضوعی در نوجوانان ایرانی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۸؛ ۱۷ (۲): ۱-۱۰.

- 26-Aldao, A., The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 2013. 8(2): p. 155-172.
- ۲۷- عربی، الهام؛ و باقری، معصومه. نقش میانجی‌گری راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۱۳۹۶؛ ۶ (۲۲): ۷۲-۸۷.
- 28-Parise, M., et al., Self-concept clarity and psychological adjustment in adolescence: The mediating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 2019. 138: p. 363-365.
- 29-Troy, A.S., et al., Seeing the silver lining: cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*, 2010. 10(6): p. 783.
- ۳۰- بهرامی، بتول؛ بهرامی، عبدالله؛ مشهدی، علی؛ و کارشکی، حسین. نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۱۳۹۴؛ ۵۸ (۲): ۹۶-۱۰۵.
- ۳۱- نیک‌دانش، میثم؛ دوازده‌امامی، محمدحسن؛ قیداری، محمداسماعیل؛ بختیاری، مریم؛ و محمدی، ابوالفضل. تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی و اضطراب وجودی در افراد مبتلا به بیماری‌های کرونری قلب: یک مطالعه تطبیقی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۱۳۹۶؛ ۲۸ (۶): ۳۸۴-۳۹۳.
- ۳۲- رامش، سمیه؛ ساکنی زهرا؛ و قاضیان، مونا. رابطه رفتارهای خودمراقبتی با شدت بیماری دیابت نوع دو: نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*. ۱۳۹۹؛ ۹ (۳): ۲۷۷-۸۶.
- 33-Neff, K.D. and D.J. Faso, Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 2015. 6(4): p. 938-947.
- ۳۴- فروغی، علی‌اکبر؛ خانجانی، سجاد؛ رفیعی، سحر؛ و طاهری، امیرعباس. شفقت به خود: مفهوم‌بندی، تحقیقات و مداخلات (مروری کوتاه). *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۱۳۹۸؛ ۶ (۶): ۷۷-۸۷.
- 35-Krol, S.A. and J.A. Bartz, The self and empathy: Lacking a clear and stable sense of self undermines empathy and helping behavior. *Emotion*, 2021.
- ۱۶-بشارت، محمدعلی؛ بزازیان، سعیده؛ قربانی، نیما؛ و اصغری، مهساسادات. پیش‌بینی خودشناسی انسجامی فرزندان بر اساس ویژگی‌های فرزندپروری والدین. ۱۳۹۳؛ ۱۰ (۱): ۶۵-۷۸.
- 17-Ghorbani, N. and P. Watson, Two facets of self-knowledge, the five-factor model, and promotions among Iranian managers. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 2004. 32: p. 769-776.
- ۱۸- طاهباز حسین‌زاده، سحر؛ قربانی، نیما؛ و نبوی، سید مسعود. مقایسه‌گرایش شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز و افراد سالم. *نشریه روان‌شناسی معاصر*، ۱۳۹۱؛ ۶ (۲): ۳۵.
- 19-Ritchie, T.D., C. Sedikides, and J.J. Skowronski, Emotions experienced at event recall and the self: Implications for the regulation of self-esteem, self-continuity and meaningfulness. *Memory*, 2016. 24(5): p. 577-91.
- ۲۰- کیان‌راد، نیلوفر؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ و سرافراز، مهدی‌رضا. نقش فرایندهای خودنظم‌دهی در ارتباط بین استرس ادراک‌شده و اثرات مخرب استرس؛ در مادران کودکان مبتلا به سرطان. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۳۹۸؛ ۱۳ (۳): ۱۵-۳۰.
- 21-Behjati, Z., et al., Integrative self-knowledge and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2011. 30: p. 705-708.
- 22-Sarafraz, M.R., S. Hemmati, and H. Asadi-Lari, The Relationship between Perfectionism and Obsessive Compulsive Disorder (OCD): Self-Regulation Processes as Moderator. *International Journal of School Health*, 2020. 7(2): p. 30-36.
- ۲۳- محمودی، شیوا. نقش تعدیل‌گر تنظیم هیجان در رابطه کارکرد خانواده و نشانه‌های اختلالات خوردن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی. ۱۳۹۸.
- ۲۴- رهبر کرباسدهی، ابراهیم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ و رهبر کرباسدهی فاطمه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۱۸ (۲): ۱-۹.
- 25-Gross, J.J., Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. 2014.

- 42-Gross, J.J. and O.P. John, Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 2003. 85(2): p. 348.
- ۴۳- تاشک، آناهیتا. بررسی مدل خودتنظیم‌گری سازگاری با درد در بیماران سرطانی: نقش برون‌گرایی، نوروزگرایی، راهبردهای تنظیم هیجان و مقابله. رساله دکترای تخصصی روان‌شناسی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران. ۱۳۹۰.
- 44-Raes, F., et al., Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2011. 18(3): p. 250-255.
- ۴۵- شهبازی، مسعود؛ رجبی، غلامرضا؛ مقامی، ابراهیم؛ و جلوداری، آرش. ساختار عامل تأییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدیدنظر شده شفقت-خود در گروهی از زندانیان. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۳۹۴؛ ۶ (۱۹): ۳۱-۴۶.
- 46-Showers, C. and V. Zeigler-Hill, Pathways among self-knowledge and self-esteem: Are they direct or indirect. Self-esteem issues and answers: *A sourcebook of current perspectives*, 2006: p. 216-223
- 36-Sirois, F.M., D.S. Molnar, and J.K. Hirsch, Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 2015. 14(3): p. 334-347.
- 37-Sirois, F.M. and J.K. Hirsch, Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 2019. 10(1): p. 46.
- ۳۸- رستمی، مهدی؛ فزلسفلو، مهدی؛ محمدلو، هادی؛ و قربانیان، الهام. پیش‌بینی سلامت روان بر مبنای شفقت خود، هویت و خودشناسی دانشجویان. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی*. ۱۳۹۴؛ ۴ (۱۵): ۳۰-۴۴.
- 39-Campbell, J.D., et al., Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of personality and social psychology*, 1996. 70(1): p. 141.
- ۴۰- رضیان، شیماء؛ فتحی آشتیانی، علی؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ و اشرفی، عماد. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس وضوح تصور از خود. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۳۹۸؛ ۱۳ (۳): ۷۸-۹۰.
- 41-Ghorbani, N., P. Watson, and M.B. Hargis, Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *The Journal of Psychology*, 2008. 142(4): p. 395-412.

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های (MCBT) بر خودتنظیمی هیجان و نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود

نویسندگان

وجیهه ظهورپرونده^{۱*}، سمانه هاتفی کیوانلو^۲

۱. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، ص.پ. ۶۶۹۷-۱۹۳۹۵، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، ص.پ. ۶۶۹۷-۱۹۳۹۵، تهران، ایران.
s.hatefii@yahoo.com

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری واحد پردازش‌های بر خودتنظیمی هیجان و نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود مدیران مدارس متوسطه اول انجام شد.

روش: روش پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را همه مدیران متوسطه اول شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. در این پژوهش، ۳۰ مدیر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۵ مدیر در گروه آزمایش و ۱۵ مدیر در گروه گواه). ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (۱۹۹۷) و خودتنظیمی هیجان (ACS) ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷) بود. درمان شناختی-رفتاری واحد پردازش‌های به صورت هفتگی طی شانزده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش برگزار و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: نتایج حاکی از تأثیر درمان شناختی-رفتاری واحد پردازش‌های بر خودتنظیمی هیجان و نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود مدیران بود. همچنین درمان شناختی-رفتاری واحد پردازش‌های بر مؤلفه‌های خودتنظیمی هیجان (خلق افسرده و اضطراب) و مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود (موفقیت-کامل‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران و نیاز به راضی کردن دیگران) در مدیران مدارس متوسطه اول نیز مؤثر بود.

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری واحد پردازش‌های به‌عنوان روشی مؤثر برای خودتنظیمی هیجان و کاهش نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود مدیران آموزش و پرورش بهره‌برد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۰۹/۰۱

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۳/۰۱



کلیدواژه‌ها

درمان شناختی-رفتاری واحد پردازش‌های، خودتنظیمی هیجان، نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

vzohoorparvande@pnu.ac.i

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

اندرسون و استوارت^۲ (۲۰۱۴) مبتنی بر نظریه وایزمن و بک در پژوهشی نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود در افراد موجب کاهش سطح تنظیم شناختی هیجان و افزایش سطوح بالایی از طرح‌واره‌های اولیه ناسازگارانه می‌شود [۸]. همچنین روپر، دیکسون، تینول، بوت و مک‌گیب^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود در وابستگی به الکل پرداختند و نشان دادند نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود موجب انتخاب طرح‌واره‌های شناختی نامطلوب توسط افراد و وابستگی بیشتر به الکل می‌شود [۹]. کوکر، دروموند و لی^۴ (۲۰۱۰) نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود در خودتنظیمی هیجان افراد نقش دارند [۱۰]. نتایج پژوهش لیور، اوکانر، خوزه، مک لاجلان و پیترز^۵ (۲۰۱۲) نیز نشان داد نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود بر انعطاف‌پذیری روحی و روانی و اثرات افکار دلهره‌آور تأثیر دارند [۱۱].

از سویی دیگر، عواطف بخش مهم و اساسی زندگی افراد را تشکیل می‌دهند؛ به‌گونه‌ای که تصویر زندگی بدون آن پنداری دشوار است. ویژگی‌ها و تغییرات عواطف، چگونگی ارتباط عاطفی و درک و تفسیر عواطف دیگران نقش مهمی در رشد و سازمان شخصیت، تحول اخلاقی و روابط اجتماعی، شکل‌گیری هویت و مفهوم خود دارد [۱۲]. بر مبنای نظریه خودتنظیمی هیجان ویلیامز^۶ و همکاران (۱۹۹۷) بهتر است در افراد به جای آنکه از بروز هیجان‌ها جلوگیری کنیم، آثار واکنشی آنها را کاهش داده تا فرصت کافی برای تصمیم‌های بهتر، آینده‌نگری و خلاقیت داشته باشند [۱۳]. در نظریه خودکنترلی تانجی^۷ (۲۰۰۴) خودتنظیمی هیجان عبارت است از تعارض درون‌فردی بین منطق و هوش، بین شناخت و انگیزه و بین برنامه‌ریز درونی و عمل‌کننده درونی، که غلبه قسمت اول هر کدام از این زوج‌ها بر قسمت دوم است [۱۴]. منظور از مهارت خودتنظیمی هیجان این است که فرد بیاموزد که چگونه عواطف خود را در موقعیت‌های گوناگون تشخیص دهد، و آن را ابراز و کنترل کنند [۱۵]. مهارت خودتنظیمی هیجان

امر تعلیم و تربیت به‌مثابه نقطه آغاز تحول در آموزش و پرورش به شمار می‌آید که مدیران در تحقق آن، نقش ویژه‌ای بر عهده دارند [۱]. از جمله مواردی که می‌تواند تحت تأثیر احساسات منفی در مدیران بروز کند و توانایی آنها را در اداره مدرسه تحت تأثیر قرار دهد، داشتن نگرش‌های ناکارآمد است. منظور از نگرش‌های ناکارآمد وجود افکار نادرست و نامنتحب با واقعیت درباره خود، جهان و آینده است [۲]. نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. از آنجاکه این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در مقابل تغییر هستند، ناکارآمد قلمداد می‌شوند. بک معتقد است که مهم‌ترین علت مشکلات افراد، سوءتفاهم و خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی افراد است، به اعتقاد وی تفاوت در نحوه نگرش افراد باعث بروز اختلافات بین آنها می‌شود [۳]. نگرش‌ها در آنچه فرد می‌گوید و می‌شنود منعکس می‌شوند و بر ادراکات او از دنیای اطرافش تأثیر می‌گذارند [۴]. نگرش‌های ناکارآمد عاملی برای عدم توجه عمیق در مورد ضعف‌ها و قدرت‌های درون‌فردی و عوامل شخصیتی مؤثر موفقیت هستند و باعث اعتقاد به دائمی بودن مشکلات و عدم وجود راه‌حل‌های مناسب و سازنده می‌شوند [۵].

با توجه به نظریه نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود وایزمن و بک^۱ بازنمایی ذهنی ناکارآمد و ساختارهای شناختی منفی زمانی رخ می‌دهند که یک واقعه منفی طرح‌واره‌های ناکارآمد را فعال سازد. طرح‌واره‌های منفی بدان سبب تداوم می‌یابند که افراد منطقی نادرست به‌کار می‌گیرند. برای مثال، موارد کوچکی را بیش از حد تصمیم داده یا به نکات منفی توجهی بیشتر دارند. افکار غیرمنطقی و ناکارآمد می‌تواند در مدیران ایجاد اضطراب، سستی، بی‌ارادگی و افسردگی کند [۶].

نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود با توجه به کارکرد درون‌روانی، طرح‌واره‌های ناکارآمد در روابط بین‌فردی و افکار غیرمنطقی میان آنها را نشان می‌دهد [۷]. شوری،

2. Shorey, Anderson & Stuart
3. Roper, Dickson, Tinwell, Booth & McGuire
4. Cockram, Drummond & Lee
5. Oliver, O'Connor, Jose, McLachlan & Peters
6. Williams
7. Tangney

1. Weissman & Beck

بستگی به فرد دارد. در مواردی ممکن است درمان بیش از ۱۲ تا ۱۶ جلسه ادامه یابد درحالی‌که غالب درمان‌های شناختی- رفتاری با راهنمای عملی در یک پروسه زمانی محدود پایان می‌یابد. طول مدت جلسات با توجه به گستره توجه فرد و دشواری تمرین از ۱۵ دقیقه تا ۴ ساعت متغیر است [۲۳].

اگرچه چورپیتا و تحقیقات انجام‌شده داخلی و خارجی تاریخچه مثبتی برای این رویکرد ارائه داده‌اند؛ اما حمایت یکپارچه‌ای مبنی بر اثر این نوع درمان بر خودتنظیمی هیجان و کاهش نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود وجود ندارد؛ لذا پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود و خودتنظیمی هیجان مدیران مقطع متوسطه اول را در دستور کار خود قرار داده است. بدین خاطر فرضیه اصلی پژوهش حاضر این است که درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های بر بهبود خودتنظیمی هیجان و کاهش باورهای ناکارآمد ارزشیابی خود مدیران مؤثر است.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و در چهارچوب طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه آماری شامل تمامی مدیران زن پایه هفتم مقطع متوسطه اول شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود.

ب) نمونه پژوهش

با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی به این شرح بود که در این پژوهش به شرکت‌کنندگان درباره تحقیق و شرایط و روش اجرای آن توضیح داده شد و افراد در صورت تمایل و رضایت در

بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین‌فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی و جسمی تأثیر دارد [۱۶]. دراین‌بین برای درمان احساسات و عواطف منفی و نگرش‌های ناکارآمد علاوه‌بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی از درمان‌هایی که می‌تواند برای کاهش عواطف منفی و نگرش‌های ناکارآمد مورد استفاده قرار گیرد آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های است [۱۷]. مداخله شناختی مبتنی بر واحد پردازش‌های یک مداخله ذهنی است که مدیتیشن ذهن را با مفاهیم درمان شناختی- رفتاری ادغام می‌کند و به‌طور خاص به‌عنوان مداخله پیشگیری از اختلالات طراحی شده است [۱۸]. آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان‌شناختی افراد تأثیر دارد [۱۹].

بر اساس پژوهش‌ها، مراقبه متعالی، مراقبه واحد پردازش‌های، مراقبه ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای تأثیر قابل توجهی در بهبود توان‌بخشی افراد داشته‌اند [۲۰]. مطالعات نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های با انواع پیامدهای فردی و اجتماعی ارتباط دارد.

درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های یک برنامه انعطاف‌پذیر است و بر استراتژی‌های محوری تأکید دارد که گرایش‌های رفتاری، هیجانی و شناختی زیربنای مشترک در تمام اختلالات روانی را هدف درمان قرار می‌دهد [۲۱]. این درمان شامل ۱۳ تکنیک درمانی (پردازنده‌ای)، خودپایشی، آموزش روان، مواجهه، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، استراتژی‌های تقویت‌کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان است که استفاده از این تکنیک‌ها به نیاز فرد، مشکل مراجعه‌کننده و وضعیت خانوادگی آنها بستگی دارد. این روش الگوی عملی از مشکل فرد و عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی ارائه می‌دهد و برای مشخص کردن مشکل اساسی به‌طور منظم به عوامل می‌پردازد و با فردی‌سازی مداخلات با مشکل فرد هماهنگ می‌شود [۲۲]. تفاوت پروتکل درمان شناختی- رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های با درمان شناختی- رفتاری در تعداد جلسات، طول مدت جلسه، سرعت، حرکت درمان و مکان جلسات است. تعداد جلسات

۲- مقیاس خودتنظیمی هیجان (ACS) ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷)

مقیاس خودتنظیمی هیجان، ابزاری برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود و شامل ۴۲ سؤال با چهار زیرمقیاس فرعی با عناوین خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت است. مقیاس نمره‌گذاری به صورت لیکرت است که فرد در هر پرسش میزان موفقیت خود را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای اعلام می‌کند. حداکثر زمان برای اجرای آن ۱۵ تا ۴۰ دقیقه است. مقیاس به صورت خودسنجی است و پاسخ‌های عبارات در مقیاس هفت‌درجه‌ای از به شدت مخالف: ۱، تا به شدت موافق: ۷ تنظیم شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کل مقیاس ۰/۹۴ و ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌های خشم ۰/۷۲ و ۰/۷۳، زیرمقیاس خلق افسرده ۰/۹۱ و ۰/۷۶، زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و زیرمقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۴ جهت یک نمونه از دانشجویان دوره لیسانس به دست آمد، همچنین روایی افتراقی و هم‌گرایی آن نیز به دست آمده است. همچنین در ایران مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس کنترل عواطف ۰/۸۴، در خرده‌مقیاس خشم برابر با ۰/۵۳ و در خرده‌مقیاس عاطفه مثبت برابر با ۰/۶۰، خلق افسرده ۰/۷۶ و اضطراب ۰/۶۴ برآورده شده است که نشان‌دهنده مناسب بودن مقیاس کنترل عواطف است [۲۶]. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۰/۹۱ به دست آمده است.

شیوه انجام پژوهش

ابتدا گروه‌های آزمایش و کنترل به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند (پیش‌آزمون) و سپس گروه آزمایش توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی ماهر در درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های به صورت گروهی، به مدت ۱۶ جلسه (۸ هفته، ۲ جلسه در هفته و هر جلسه ۹۰ دقیقه) تحت درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های چورپیتا و همکاران (۲۰۰۷) قرار گرفت و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان مجدداً هر دو گروه به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند (پس‌آزمون). در ادامه، شرح مختصری از جلسات درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های ارائه شده برای گروه آزمایش ارائه شده است که این آموزش

مطالعه شرکت کردند. در هر زمان از ادامه مطالعه می‌توانستند انصراف بدهند. اطلاعات شخصی مشارکت‌کنندگان محرمانه بود. افزون بر آن، به شرکت‌کنندگان گروه گواه پیشنهاد شد در صورت تمایل می‌توانند پس از اتمام پژوهش در جلسات آموزشی شرکت کنند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی و جسمانی حاد (بر اساس پرونده‌های پزشکی و روان‌درمانی آزمودنی‌ها) و ملاک‌های خروج عبارت بود از داشتن اختلالات خاص محور یک، شامل اختلالات روان‌پریشی، افسردگی اساسی و سوء‌مصرف مواد، تحت درمان بودن روان‌شناختی یا دارویی هم‌زمان با پژوهش، داشتن بیماری جسمانی ناتوان‌کننده به صورتی که شرکت در پژوهش را با مشکل مواجه کند.

ابزارهای پژوهش

۱- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (۱۹۹۷)

این مقیاس بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختارشناختی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲۶ گویه و ۴ خرده‌مقیاس موفقیت- کامل‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری- ارزشیابی عملکرد است. در این مقیاس پاسخ‌دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت مشخص می‌کند. مؤلفه‌ها و سؤالات مربوط به هر مؤلفه شامل موفقیت- کامل‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری- ارزشیابی عملکرد. با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، همسانی درونی نگرش‌های ناکارآمد به تفکیک در بین گروه‌های مورد بررسی محاسبه شد. ویژگی‌های روان‌سنجی اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کلی مقیاس، ۷۸ درصد و ۹۴ درصد به دست آمد [۲۴]. ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۱) پایایی آزمون به روش ضرایب بازآزمایی ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) را برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۷ اعلام کرده‌اند. روایی پرسشنامه یادشده با کمک تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید شد [۲۵]. در پژوهش حاضر برای پایایی پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای این پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمده است.

فراشناختی، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، مواجهه ذهنی بعدی؛

- جلسه سیزدهم: ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، روش‌های آرمیدگی کاربردی؛
- جلسه چهاردهم: ادامه مؤلفه‌های درمان قبلی در صورت نیاز، معرفی و آشنایی با برنامه پیشگیری از عود، مرور پیشرفت مراجع، مرور آموزش‌های روانی؛
- جلسه پانزدهم: ادامه مؤلفه‌های درمان قبلی در صورت نیاز، طراحی برنامه پیشگیری از عود؛
- جلسه شانزدهم: ادامه مؤلفه‌های درمان قبلی در صورت نیاز، اتمام برنامه پیشگیری از عود.

برای تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های بر متغیرهای پژوهش از نرم‌افزار SPSS-22 و تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

نتایج به روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره از طریق نرم‌افزار SPSS-25 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

الف) بررسی مفروضه‌ها

آزمون تحلیل کواریانس دارای چهار پیش‌فرض است که پیش از انجام تحلیل، باید از رعایت آنها اطمینان حاصل شود.

استقلال داده‌ها

نتایج آزمون خی دو پیرسان نشان می‌دهد این شاخص استقلال داده‌ها رعایت شده و انتخاب و جایگزینی نمونه تصادفی بوده است.

همگنی واریانس‌ها

نتیجه همگنی واریانس‌ها (لون) نشان می‌دهد، آماره برای متغیرهای تحقیق معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرها رعایت شده است.

همگنی شیب رگرسیون

این پیش‌فرض مهم‌ترین پیش‌فرض تحلیل کواریانس است.

برگرفته از بسته آموزشی مهارت‌های شناختی رفتاری واحد پردازش‌های چورپیتا ترجمه حلمی است [۲۷].

- جلسه اول: برقراری ارتباط، آشنایی و معرفی اعضاء، آموزش روانی، پیش‌آزمون؛
- جلسه دوم: مرور آموزش روانی، منطق و دلیل تنفس عمیق، روش‌های تنفس عمیق، روش‌های درمان شناختی اولیه، منطق و دلیل درمان شناختی، شناسایی افکار منفی، تکنیک درمانی خودپایشی؛
- جلسه سوم: منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، اجرای آرمیدگی پیش‌رونده، تکنیک نردبان ترس؛
- جلسه چهارم: تکنیک‌های شناختی برای به چالش کشیدن افکار منفی، ایجاد تفسیرها یا پیش‌بینی‌های جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات، تکنیک واحد مواجهه؛
- جلسه پنجم: نارسایی رفتارهای نگران‌کننده، شناسایی رفتارهای اجتنابی منفعل، آموزش آرمیدگی ذهنی، آموزش مهارت اجتماعی؛
- جلسه ششم: شناسایی و بررسی باورهای اصلی، تکنیک پاداش، بازسازی شناختی؛
- جلسه هفتم: ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای، تکنیک استراتژی‌های تقویت‌کننده؛
- جلسه هشتم: ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای، تکنیک حفظ و تقویت نقاط مثبت؛
- جلسه نهم: ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، ایجاد دیدگاه‌های جدید، تمرین آرمیدگی پیش‌رونده؛
- جلسه دهم: ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، تغییر رفتاری در سبک زندگی، شناسایی فعالیت‌های مورد غفلت واقع شده؛
- جلسه یازدهم: ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، مواجهه ذهنی؛
- جلسه دوازدهم: ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده

جدول ۱. بررسی پیش‌فرض‌های فرضیه پژوهشی

نتیجه پیش‌فرض	معناداری	درجه آزادی	مقدار	آماره	استقلال داده‌ها
رعایت شده است	۰/۸۹	۱۸	۹/۲۱	خی دو پیرسون	نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود
رعایت شده است	۰/۷۶	۱۸	۴/۱۱	خی دو پیرسون	خودتنظیمی هیجان
	سطح معناداری	DF2	DF1	F	همگنی واریانس
رعایت شده است	۰/۹۱	۱۸	۱	۰/۰۱	نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود
رعایت شده است	۰/۱۱	۱۸	۱	۲/۷	خودتنظیمی هیجان
	سطح معناداری	میانگین مجذورات	درجه آزادی	ضریب F	شیب رگرسیون
رعایت شده است	۰/۹۳	۰/۸۰	۱	۰/۸۰	نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود
رعایت شده است	۰/۹۷	۰/۰۵	۱	۰/۰۵	خودتنظیمی هیجان
		معناداری	درجه آزادی	مقدار شاپیرو ویلک	نرمال بودن
رعایت شده است		۰/۲۰	۳۰	۰/۷۲	نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود
رعایت شده است		۰/۱۰	۳۰	۰/۸۶	خودتنظیمی هیجان

متغیرهای تحقیق رعایت شده است.

ب) بررسی نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

جدول ۲ نبود تفاوت میان میانگین دو متغیر نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود و خودتنظیمی هیجان را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج آزمون تی مستقل بین میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل در هیچ‌کدام از متغیرها تفاوت معناداری وجود ندارد.

اگر این پیش‌فرض رعایت نشود باید از تحلیل واریانس چندمتغیره به جای تحلیل کواریانس استفاده شود. نتایج تعامل متغیر هم تغییر (پیش‌آزمون) و گروه نشان می‌دهد، این تعامل بالای ۰/۰۵ به دست می‌آید. با توجه به این نتیجه، این پیش‌فرض رعایت شده است و می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

نرمال بودن داده‌ها

با توجه به اینکه تعداد نمونه کمتر از ۵۰ نفر بود، از آزمون شاپیرو برای بررسی نرمال بودن استفاده شد. سطح معناداری آزمون شاپیرو نشان می‌دهد، پیش‌فرض برای

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود و خودتنظیمی هیجان

متغیر	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	پایین‌ترین	بالا‌ترین
نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود	کنترل	پیش‌آزمون	۱۰۳.۹۰	۵.۲۸۰	۹۴	۱۱۲
		پس‌آزمون	۱۰۸.۴۰	۷.۱۲۱	۹۷	۱۱۸
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰۵.۰۰	۸.۸۹۴	۹۵	۱۲۰
		پس‌آزمون	۹۰.۸۰	۶.۲۵۰	۷۹	۹۹
خودتنظیمی هیجان	کنترل	پیش‌آزمون	۱۶۹.۲۰۰	۱۲.۰۶۲۸	۱۵۷.۰	۲۰۰.۰
		پس‌آزمون	۱۷۲.۳۵۵	۱۱.۳۲۴۰	۱۵۵.۰	۱۹۵.۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶۴.۹۰	۱۲.۹۷۴	۱۴۹	۱۸۴
		پس‌آزمون	۱۵۷.۲۰	۸.۰۲۵	۱۴۵	۱۶۵

ویلیک بیانگر آن بود که در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی و خودتنظیمی هیجان پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است. درنهایت در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد، تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی و خودتنظیمی هیجان معنادار نبوده است؛ یعنی فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی و خودتنظیمی هیجان برقرار بوده است.

نتایج جدول توصیفی نشان می‌دهد، میزان میانگین نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی و خودتنظیمی هیجان در گروه آزمایش افزایش یافته است. نتایج آزمون لوین (برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها) بیانگر آن است که در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی و خودتنظیمی هیجان پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است. نتایج آزمون ام باکس نیز نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار بوده است. علاوه‌براین نتایج آزمون شاپیرو

جدول ۳. آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی بررسی معناداری تحلیل کواریانس چندمتغیری

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۹	۱۸۶۲/۳۴	۲	۱۸	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۳۵	۱۸۶۲/۳۴	۲	۱۸	۰/۰۰۱
اثر هاتلینگ	۲۰۶/۹۲۷	۱۸۶۲/۳۴	۲	۱۸	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۰۶/۹۲۷	۱۸۶۲/۳۴	۲	۱۸	۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس اثر آموزش مهارت‌های شناختی - رفتاری واحد پردازش‌های بر باورهای ناکارآمد ارزشیابی خود و خودتنظیمی هیجان

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر اصلی پیش‌آزمون	خودتنظیمی هیجان	۱	۵۳۶۲۸۱/۲۵	۵۵۶۷.۸۹/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود	۱	۱۹۸۴۰۳/۲۰	۴۴۱۹/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹
اثر اصلی درمان	خودتنظیمی هیجان	۱	۸۵۸/۰۵	۸/۹۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود	۱	۱۵۴۸.۸۰۰	۳۴/۵۰۳	۰/۰۰۲	۰/۶۵
خطا	خودتنظیمی هیجان	۲۸	۱۷۳۳/۷۰۰			
	نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود	۲۸	۸۰۸/۰۰			
کل	خودتنظیمی هیجان	۳۰	۵۳۸۸۷۳/۰۰			
	نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود	۳۰	۲۰۰۷۶۰/۰۰			

به ترتیب ۰/۳۳ و ۰/۶۵ بوده است؛ یعنی ۳۳ و ۹۵ درصد تغییرات متغیرهای خودتنظیمی هیجان و نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود آموذنی‌ها توسط ارائه متغیر مستقل (مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین تأثیر درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌ای بر خودتنظیمی هیجان و نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود مدیران متوسطه اول بود، که یافته‌ها نشان داد درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌ای توانست تفاوت معناداری را در میانگین نمرات متغیرهای خودتنظیمی هیجان و نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود مدیران شود. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان به همخوانی یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های [۲۸ و ۲۹] اشاره کرد که در آنها نیز به تعیین تأثیر رویکرد شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای بر مشکلات رفتاری آنان حکایت دارد. درواقع ازاین‌جهت که در پژوهش‌های اشاره‌شده نیز استفاده از تکنیک‌های این رویکرد درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری مورد بررسی قرار گرفته و نشان داده شده است که این رویکرد با تأثیرگذاری بر فرایندهای فکری و تصحیح خطاهای شناختی منجر به کاهش تحریک‌پذیری و بی‌نظمی هیجان شد و اصلاح رفتارهای منفی و تهاجمی را به دنبال داته است می‌تواند با یافته‌های آن تحقیق همسو باشد.

در تبیین تأثیر درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد مدیران متوسطه اول می‌توان این‌گونه عنوان کرد که چون رویکرد شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای سعی بر آن دارد تا خطاهای شناختی را که بر فرایندهای تفکر و تفسیر درست، اثر منفی می‌گذارد و باعث رفتارهای نامناسب می‌شود را تصحیح کند، می‌تواند بر اصلاح افکار و رفتارهای منفی مؤثر باشد [۳۰]. درواقع این رویکرد ضمن تأکید بر مفاهیم شناختی مانند روش‌های ذهنی هدایت‌شده، ایجاد تغییرهای شناختی، مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، استفاده از تکنیک پاداش و حفظ و تقویت نقاط قوت، می‌تواند تأثیر مناسبی بر کاهش برداشت‌های اشتباه از موقعیت داشته باشد و موجب شود تا افکار ناکارآمد اصلاح شود [۳۱]. همچنین در تبیین

ج) آزمون فرضیه پژوهش

در جدول شماره ۳، از آزمون‌های اثرپیلایی^۱، لامبدای ویلکز^۲، اثر هاتلینگ^۳ و بزرگ‌ترین ریشه روی^۴ برای بررسی بررسی معناداری تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. در جدول ۳، بر اساس نظر تباچینیکو فیدل (۲۰۰۷) متداول‌ترین آماره‌ای که گزارش می‌شود لامبدای ویلکز است. با توجه به اینکه مقدار آزمون لامبدای ویلکز ۰/۰۳ و با ارزش ۰/۰۱ به دست آمده است فرضیه اصلی تأیید می‌شود؛ هرچند که نتایج هر چهار آزمون اثرپیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی نشان دادند که سطح معناداری (۰/۰۰۱) کمتر از ۰/۰۵ است، که نشان‌دهنده تفاوت حداقل بین یک متغیر وابسته (نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود و خودتنظیمی هیجان) گروه‌های آزمایش و کنترل است. به عبارتی حداقل آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای بر یکی از متغیرهای وابسته (نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود و خودتنظیمی هیجان) تأثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج جدول ۴، با ارائه مداخله پژوهش حاضر (مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای) تفاوت معناداری در میانگین نمرات متغیرهای وابسته (نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود و خودتنظیمی هیجان) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ ایجاد شده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد، با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود و خودتنظیمی هیجان با ارائه آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای دچار تغییر معنادار شده است. تغییر نیز بدان صورت بوده است که آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای توانسته به کنترل نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود و خودتنظیمی هیجان آموذنی‌ها منجر شود. میزان تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای بر خودتنظیمی هیجان و نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود آموذنی‌ها

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

رویکرد شناختی- رفتاری است که عمدتاً بر اساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به مراجع است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه مسائل مشابه در آینده رشد دهد، در نتیجه کسب این مهارت و کارآمد قلمداد کردن راه‌حل‌ها به مدیران کمک می‌کند تا موقعیت‌های نامعین یا مبهم را کمتر فشارآور و آشفته‌کننده درک کرده، بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی می‌توانند عکس‌العمل مناسبی نشان دهند و کمتر احساس بلاتکلیفی کنند.

از سویی دیگر، عدم تنظیم هیجانات می‌تواند آثار مخربی بر زندگی فردی و اجتماعی فرد بر جا بگذارد. این اختلال می‌تواند طی سال‌ها تأثیر عمیقی بر سلامت، تحصیل، شغل و زندگی فرد بگذارد. بدون درمان مؤثر، افراد مبتلا به سوی یک جریان ناتوان‌کننده پیش می‌روند [۲۹]. عدم تنظیم هیجانات باعث می‌شود افراد در موقعیت‌های مختلف در مواجهه با مسائل روزمره و مشکلات خود نتوانند به نحو کارآمدی عمل کنند و بصیرت، تفسیر و تعبیر و مقابله درستی با مسائل داشته باشند. می‌توان گفت این افراد به علت ارزیابی منفی که از خود و موقعیت‌ها دارند، اغلب احساس می‌کنند مهارت‌ها، توانایی و خصیصه‌های شخصیتی خاصی را که مستلزم روابط بین‌فردی است ندارند. آنان دچار درگیری ذهنی، ستیز درونی و ناسازگاری اجتماعی در آن موقعیت می‌شوند. بسته به فرد، این تغییر توجه منجر به برآورد بیش از حد پیامدهای منفی یک رویارویی اجتماعی، ادراک کنترل هیجانی پایین، ادراک منفی از خویشتن به‌عنوان یک موجود اجتماعی و یا ادراک مهارت‌های اجتماعی ضعیف می‌شود.

تأکید درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های بر مؤلفه بسیار مهم مواجهه است. مواجهه مکرر با محرک برانگیزاننده شکاکیت و بی‌اعتمادی توأم با حساسیت‌زدایی منظم در محیط واقعی و نه آزمایشگاهی و جلوگیری از سوگیری را آموزش می‌دهد. همچنین درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های الگوی عملی از مشکل فرد و عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی ارائه می‌دهد و برای مشخص کردن مشکل اساسی به‌طور منظم به عوامل می‌پردازد و با فردی‌سازی مداخلات با مشکل فرد هماهنگ می‌شود. این روش درمانی با ایجاد مهارت‌ها و فردی‌سازی مشکل می‌تواند به فرد در مواجهه با موقعیت‌های

تأثیر این رویکرد درمانی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد شواهد پیشین نشان می‌دهد که این رویکرد کمک می‌کند تا مدیران افکار غیرمنطقی و ناکارآمد را شناسایی کرده و نسبت به نقش این افکار در رفتارشان بینش یابند و افکار صحیح‌تری را جایگزین آن کنند [۳۲]. در رویکردهای شناختی رفتاری، مهارت‌آموزی یکی از اهداف اساسی برای تصحیح افکار منفی محسوب می‌شود و از آنجایی که این رویکردها با آموزش‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری همراه می‌شود، می‌تواند به توانمندی روان‌شناختی در مدیریت رفتارهای معیوب کمک کرده و از بروز آنها جلوگیری کند [۳۳]. در واقع، درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های با آموزش مفهوم اسناد و بحث درباره تحریف‌های شناختی شناسایی شده و تأثیر آنها در افکار، احساسات و رفتار مراجع، آشنایی و بررسی علل سوءبرداشت‌ها و آموزش شیوه تغییر اسناد به افراد این مهارت را می‌دهد تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهند و علل شکست یا موفقیت را به توانمندی‌هایشان نسبت دهند بلکه آنها را عاملی برای کشف ضعف‌ها و قدرت‌های درون فردی خود بدانند. همچنین در جریان درمان شناختی- رفتاری از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود که موجب تغییر نگرش‌های مدیران در مورد تفکرات ناکارآمد می‌شود؛ به طوری که آنها می‌توانند با کسب مهارت جرئت‌ورزی بخشی از مشکلات به‌وجودآمده در زندگی‌شان را به خودشان نسبت دهند و با شکستن زنجیره مخرب نگرش‌های ناکارآمد، نگرش سالم و کارآمد کسب کنند و نسبت به آینده امیدوارتر باشند. همچنین از تدابیر مقابله‌ای سازگارانه و موفق بهره‌مند شوند و شدت تنش را کمتر احساس کنند و از احساس آرامش بیشتری برخوردار شوند [۲۹].

در تبیین تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر اصلاح نگرش‌های ناکارآمد مدیران می‌توان استنباط کرد از آنجاکه مدیران ممکن است دچار خطاهای شناختی در درک و تفسیر موقعیت‌های مبهم شوند و دچار نوعی سوگیری شناختی شوند که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش آنها به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد؛ شرکت در جلسات شناختی- رفتاری به آنها کمک می‌کند تا افکار منفی خود را شناسایی کنند و آنها را مورد بررسی قرار دهند. این مهارت هسته اصلی

این موضوع به‌عنوان یک حسن، درمانگر را یاری کرده تا به هدف خود که خودتنظیمی هیجان و شناسایی نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی خود بود، نائل آید.

هرچند این پژوهش به لحاظ زیربنای توصیفی و نظری، نوآورانه است، اما پژوهشگر در انجام تحقیق با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است از جمله محدودبودن دامنه تحقیق به مدیران دوره متوسطه اول شهر مشهد، مهارنکردن متغیرهای اثرگذار محیطی، خانوادگی و فردی آزمودنی‌ها اشاره کرد. درنهایت بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود تا جهت بررسی میزان ماندگاری تأثیر درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌های بر خودتنظیمی هیجانات و نگرش‌های ناکارآمد مدیران مدارس، دوره‌های پیگیری نیز مدنظر قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این رویکرد در قالب طرح‌های تک‌آزمودنی نیز به کار گرفته شود. درمجموع با توجه به تأثیر آن رویکرد بر خودتنظیمی هیجانات و نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی، پیشنهاد می‌شود تا در خصوص معرفی این رویکرد اصلاحی به مشاوران و درمانگران اقدام شود تا درمانگران بتوانند با بهره‌گیری از این روش درمانی به اصلاح رفتاری و نگرش مدیران بپردازند.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی کسانی که در انجام این مقاله نویسندگان را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- 1- Jan, S & Anwar, M (2018). Emotions management skills and barriers with library staff: A correlational survey of agriculture students. *The Journal of Academic Librarianship*, 44 (1): 33-38.
- 2- Straus, M. A. (2018). *Physical assaults by wives a major social problem*. In R. J. Gelles. D. J. Loseke/ Current controversies on family violence (pp. 67-87), Newbury Park, Ca: Sage.
- 3- Liu, J. L., Peh, C. X., & Mahendran, R. (2017). Body Image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. *Body Image*, 20(3), 58-64.
- 4- Keng, S. H., Stanly, T.H. Seah, M.W., & Smoski, t.m. (2016). Effects of brief mindful acceptance

برانگیزاننده شکاکیت و بی‌اعتمادی کمک کند. در درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌های فرد می‌آموزد که افکار منفی و ناکارآمد و عواطف منفی را از خود دور کرده و ترس نداشته باشد [۲۲]. دیویدسون^۱ و همکاران (۲۰۰۴) گزارش کردند که درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌های باعث فعال‌شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که با عواطف مثبت و اثرات سودمند کارکرد ایمن‌سازی مرتبط بوده، در نتیجه قادر است بر نگرش‌های ناکارآمد ارزشیابی از خود و خودتنظیمی هیجان مؤثر باشد و تکنیک‌هایی را به‌کار می‌برد تا دیدگاه فرد را در مفیدبودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و خلقشان تغییر داده و او را به سمت تجربه اصلاحی افکار و خلق ناخوشایند و پذیرش آنها سوق دهد تا فرد در مقابله با افکار و احساساتش، احساس خودکنترلی و تسلط بیشتری داشته باشد [۳۴]. هسته اصلی رویکرد شناختی رفتاری واحد پرده‌های این نگرش است که شناخت صحیح و رسیدن به نگرش مثبت، عملکرد مناسب را رقم خواهد زد به همین دلیل پیروان این رویکرد معتقدند که استفاده از تکنیک‌هایی همچون خودپایشی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، استراتژی‌های تقویت‌کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان می‌تواند به بهبود نگرش مثبت کمک کند و ضمن ارتقای توانمندی‌های اجتماعی و روان‌شناختی بروز رفتارهای منفی و ضداجتماعی را کاهش دهد [۲۹]. این رویکرد درمانی از طریق ایجاد یک ارزیابی ساخت دار، رفتارهای منفی را هدف قرار داده و ضمن افزایش شناخت و ایجاد آگاهی لازم در خصوص مدیریت هیجانات، اشتباهات رفتاری و خطاهای فکری را تصحیح می‌کند و باعث می‌شود تا نقض مقررات و قوانین اجتماعی در افراد کاهش یابد چراکه این رویکرد با تأکید بر تصحیح عواطف منفی و ادراک کنترل، خودکنترلی افراد را در مدیریت رفتارهای ضداجتماعی افزایش می‌دهد و رفع رفتارهای ضداجتماعی را رقم می‌زند [۳۵].

درمجموع به نظر می‌رسد که تأثیرگذاری مثبت این رویکرد بر مدیران مورد مطالعه، بیشتر به دلیل انعطاف‌پذیری تکالیف درمانی این رویکرد است چراکه در تدوین جلسات، ویژگی‌های رفتاری آنان لحاظ شده است و

1. Davidson

- 14-Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.
- 15-Rahill, S. A. (2012). Compression or the effectiveness or story-based and Skill-based social competence program son the development of social Problem solving and peer relationship skills of children with emotion disability. *Psychopathology*, 17(8), 65-74.
- 16-Khanjani, Z. (2010). *Attachment pathology and development*. 1st ed. Tabriz: Forouzes; 16-122.
- 17-Bluth, K., Campo, R. A., Pruteanu-Malinici, S., Reams, A., Mullarkey, M., & Broderick, P.C. (2016). A school-based mindfulness pilot study for ethnically diverse at-risk adolescents. *Mindfulness (N Y)*, 7(3), 90-104.
- 18-Eisendrath, S. J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M., & McLane, M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 319-320.
- 19-Kenny, M., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.
- 20-Eisendrath, S.J., & Gillung, E.P. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol. *BMC Complement Altern Med*. 2014; 14: 95.
- ۲۱-عباسی، زهره؛ امیری، شعله. و طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله. *روانشناسی بالینی و شخصیت- دانش‌سور رفتار سابق*. ۱۳ (۲)، ۵۱-۶۴.
- 22-Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. V. (2012). Mindfulness-based Cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (2), 201-210.
- induction on implicit dysfunctional attitudes and concordance between implicit and explicit dysfunctional attitudes. *Behaviour Research and Therapy*, 83(12), 1-10.
- ۵- شیری، طاهره؛ گل محمدیان، محسن و حجت‌خواه، سید محسن. (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر در دانشجویان دختر. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸ (۲۹)، ۲۰۷-۲۳۶.
- 6- Lam, K.F., Lim, H.A., Tan, J.Y., & Mahendran, R. (2015). The relationships between dysfunctional attitudes, rumination, and non-somatic depressive symptomatology in newly diagnosed Asian cancer patients. *Compr Psychiatry*, 61, 49-56.
- 7- Tuason, M. T. (2000). Do parent's differentiation levels predict those of their adult children? And other tests of Bowen theory in a Philippine sample. *J Counsel Psychol.*; 47, 27-35.
- 8- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2014). Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-clinical Comparison Group. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 21-28.
- 9- Roper L., Dickson JM., Tinwell C., Booth PG., & McGuire J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*. 34, 207-215.
- 10-Cockram, D.M., Drummond, P.D., & Lee, C.W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 165-182.
- 11-Oliver, J.E., O'Connor, J.A., Jose, P.E., McLachlan, K., & Peters, E. (2012). The impact of negative schemas, mood and psychological flexibility on delusional ideation-mediating and moderating effects. *Psychosis*, 4, 6-18.
- ۱۲- لطف‌آبادی، حسین. (۱۳۹۲). *روانشناسی رشد کاربردی نوجوانی و جوانی*. چهارپا سوم، تهران: سازمان ملی جوانان.
- ۱۳- شریفی درآمدی، پرویز و آقاپار، سیروس. (۱۳۹۲). *هوش هیجانی و بهبود رابطه با خود و دیگران*. چهارپا دوم، اصفهان: سپاهان

- 30-Jeppesen P, Wolf R T, Nielsen S M, Christensen R, Plessen K J, Bilenberg N, Correll C U. (2021). Effectiveness of transdiagnostic cognitive-behavioral psychotherapy compared with management as usual for youth with common mental health problems: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 78(3): 250-260.
- ۳۱- سهرابیان، اردشیر (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش تکانشگری و رفتارهای قلدری دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد.
- ۳۲- آدابی، فرزانه؛ مشهدی، علی و حسن‌آبادی، حسین (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری واحد پردازش‌های بر کاهش نشانه‌های اضطرابی و بهبود نظم‌جویی شناختی-هیجانی نوجوانان. *مجله دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد*. ۲ (۴)، ۱۴-۲۹.
- ۳۳- شاکری نسب، محسن؛ آسیایی، فرزانه؛ قربانی اسفیدان، سجاد و پارسانژاد، مصطفی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های بر کاهش پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی نوجوانان بیش‌فعال. *دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۳ (۱)، ۲۹-۱۷.
- 34-Amir, N., Beard, C., & Bower, E (2005). Interpretation and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 29,433-443
- 35-Davidson, J. R., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., ... & Gadde, K. M (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61(10), 1005-1013.
- 23-Chorpita, B., Taylor, A., Francis, S., Moffitt, C., & Austin, A. (2016). Efficacy of modular cognitive Behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior therapy*, 35, 263-287.
- ۲۴- ابراهیمی، امراله. و موسوی، سید غفور. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس باورهای ناکارآمد ارزشیابی خود (DAS-26) در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱ (۴)، ۵۲-۷۳.
- 25-Weissman, A., & Beck, A. T. (1997). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary analysis. *Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association*, Toronto, Ontario, Canada.
- ۲۶- آقاباقری حامد و محمدخانی، پروانه. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر افزایش بهزیستی ذهنی و خودتنظیمی هیجان بیماران مبتلا به ام اس. *روانشناسی بالینی*، ۴ (۱۳)، ۲۳-۳۱.
- 27-Chorbata, B. (2015). Cognitive therapy of the processing unit of anxiety in children. Translation: Helmi K, Tehran: Arjmand Publications.
- 28-Pozza, A., & Dèttore, D. (2020). Modular cognitive-behavioral therapy for affective symptoms in young individuals at ultra-high risk of first episode of psychosis: Randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 392-405.
- 29-Beheshtian, E., Tozandeh Jani, H., & Safarian Tosi, M. (2019). Comparison of modular cognitive-behavioral therapy and behavioral activation on fear of negative evaluation in students with generalized anxiety disorder. *Applied Psychological Research Quarterly*, 10(4), 101-110.

مقایسه اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

نویسندگان

سید حمید حسینی توان^۱، محبوبه طاهر^{۲*}، شهناز نوحی^۳، اسدالله رجب^۴

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. s.h.hosseinitavan@gmail.com

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. psynut.sh@gmail.com

۴. رئیس انجمن دیابت ایران، تهران، ایران. mcra1985@yahoo.com

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن است که به درمان طولانی، مراقبت و اصلاح در شیوه زندگی نیاز دارد. علاوه بر مکانیسم‌های زیستی درگیر، عاملی که می‌تواند در بیماری دیابت اثرگذار باشد، عوامل روان‌شناختی است؛ بنابراین، هدف مطالعه مقایسه اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

روش: روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۴۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهر تهران مراجع‌کننده به پژوهشکده غدد درون‌ریز و متابولیسم در سال ۱۳۹۸ بوده که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها هم‌پیش‌آزمون و هم‌پس‌آزمون از پرسشنامه سبک زندگی والکر (۱۹۹۷) و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده شد. افراد به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) تقسیم شدند، گروه اول برنامه درمانی روان‌شناسی مثبت‌نگر (سلیگمن، ۲۰۰۶) که شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی را دریافت کردند، گروه دوم برنامه درمانی مصاحبه انگیزشی (میلر، ۱۹۸۳) ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای را دریافت کردند اما گروه کنترل، مداخله‌ای را دریافت نکردند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین اثربخشی روش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی بر سرمایه روان‌شناختی و سبک زندگی تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/05$). همچنین روش آموزش مصاحبه انگیزشی در خرده‌مقیاس‌های سبک زندگی (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس و خودشکوفایی) در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثرتر از روش روان‌شناسی مثبت‌نگر بود. اما در خرده‌مقیاس حمایت بین‌فردی هیچ تفاوت معناداری بین دو رویکرد درمانی وجود نداشت. در ضمن روش روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خرده‌مقیاس‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ به‌طور معناداری مؤثرتر از روش مصاحبه انگیزشی بود ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده روش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی به بهبود کیفیت سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بینجامد. پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و مراکز درمانی در مورد افراد مبتلا به دیابت به‌عنوان رویکردهای درمانی استفاده شود.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۸/۰۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۲/۱۷



کلیدواژه‌ها

سبک زندگی، سرمایه روان‌شناختی، روان‌شناسی مثبت‌نگر، مصاحبه انگیزشی، دیابت نوع ۲.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

Mahboobe.Taher@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

دیابت^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های ناشی از اختلالات سوخت و سازی در سراسر جهان است. از نشانه‌های اصلی دیابت، افزایش قند خون بوده که ناشی از ترشح نامناسب انسولین و یا کاهش هدایت گلوکز از طریق انسولین به سلول‌های هدف است. دیابت انواع مختلفی دارد که دو نوع اصلی آن دیابت نوع ۱ و نوع ۲ هستند [۱]. دیابت نوع ۲ یکی از چالش‌برانگیزترین و پرخطرترین بیماری‌های مزمن شناخته شده است [۲] و یکی از شایع‌ترین اختلالات سوخت و سازی است، که به سلامت عمومی فرد اثر می‌گذارد [۳]. عنصر مشترک انواع دیابت کمبود انسولین (جزئی، نسبی یا کلی) است و گسترده‌ترین شکل آن دیابت ملیتوس یا نوع ۲ است که به‌طور کلی بعد از ۴۰ سالگی مشخص می‌شود و در مردان شایع‌تر است (نسبت تقریبی ۳ به ۲) [۴]. دیابت با کاهش امید به زندگی با خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی، سکتته مغزی، آسیب دستگاه عصبی^۲، آسیب کلیه‌ها^۳، آسیب شبکه چشم^۴ و قطع عضو همراه است [۵].

دیابت در ایران برای دولت ۹۰۰ میلیارد تومان در سال بار مالی دارد که میزان عمده آن هزینه مستقیم دارویی است. همچنین ۱۶ درصد از هزینه‌های بیمارستانی در ایران مربوط به بیماران دیابتی است [۶]. امروزه اعتقاد بر این است که در درمان و کنترل این بیماری، یک رویکرد زیستی- روانی- اجتماعی مورد نیاز است. به‌طوری که تغییر در سبک زندگی این بیماران و پایبندی به رژیم‌های درمانی، می‌تواند شیوع و کنترل دیابت را تا ۸۵ درصد کاهش دهد؛ درحالی‌که مصرف متفورمین^۵ به‌تنهایی، در حدود ۳۱ درصد شیوع بیماری را کاهش می‌دهد [۷]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی با تغییر و اصلاح سبک زندگی^۶، می‌توان از بسیاری از عوامل خطر ساز ایجادکننده مرگ‌ومیر مقابله کرد [۸]. سبک زندگی عبارت است از یک شیوه زندگی مبتنی بر الگوهای قبل شناخت که از تأثیر متقابل ویژگی‌های شخصیتی یک فرد با مداخلات اجتماعی و شرایط اجتماعی

و اقتصادی زندگی حاصل می‌شود [۹]. سبک زندگی، عملاً در حال تحقق یافتن و دربردارنده طیف کامل فعالیت‌های زندگی روزمره است. این فعالیت‌ها و رفتارها شامل عادات غذایی، کنترل وزن، فعالیت بدنی و ورزش، خواب و استراحت، استعمال دخانیات است [۱۰]. عدم رعایت سبک زندگی سالم، با افزایش مرگ‌ومیر همراه است و افرادی که سبک زندگی سالمی دارند، کیفیت زندگی و امید به زندگی بهتری خواهند داشت [۱۱]. آموزش حفظ و ارتقای سلامتی یکی از راه‌های اولیه برای کمک به افراد در تغییر عادات غلط است که در سطوح وسیع و متنوعی از جامعه اجرا می‌شود [۱۲]. سازگاری با شیوه زندگی سالم در کاهش عوارض و مرگ‌ومیر بیماری ضروری است و برای داشتن زندگی سالم، افراد باید رفتارهای ارتقادهنده سلامت را برای تغییر سبک زندگی در فعالیت‌های روزانه زندگی خود به‌کارگیرند [۱۳]. سازمان بهداشت جهانی بر اهمیت رفتارهای ارتقای سلامت، به‌عنوان یک استراتژی کلیدی برای حفظ کیفیت زندگی خوب تأکید کرده است. پندر و همکارانش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را به شش حیطة تغذیه، ورزش، مسئولیت‌مدیریت در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و خودشکوفایی طبقه‌بندی کردند [۱۴]. امروزه با توجه به هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری بیشتر مورد تأکید قرار گرفته است [۱۵]. دیابت می‌تواند بر عملکرد فیزیکی و جسمی، توسعه عوارض بیماری، وضعیت روحی و روانی، ارتباطات بین‌فردی، خانوادگی و اجتماعی، عملکرد جنسی و درک از سلامت تأثیرگذار باشد [۱۶]. همان‌طور که پیشینه تحقیقاتی نشان می‌دهد با تغییر سبک زندگی، ۹۰ درصد بیماری دیابت [۱۷]، ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی [۱۸] و ۱/۳ درصد سرطان‌ها با بهبود تغذیه و کنترل وزن بدن، انجام فعالیت بدنی، اجتناب از مصرف سیگار و تغییر سبک زندگی قابل پیشگیری هستند [۱۹]. برای نمونه در پژوهشی که توسط گالاویز و همکاران در سال ۲۰۱۵ انجام شد برنامه‌های مداخله‌ای در سبک زندگی که رژیم‌های غذایی سالم، فعالیت بدنی و کاهش وزن متوسط را ترویج می‌کنند، می‌توانند از ابتلا به دیابت در جمعیت‌های پرخطر جلوگیری کرده یا آن را به تأخیر بیندازند [۲۰]. از آنجایی که مطالعات خارجی به آموزش سبک زندگی مناسب تأکید کردند و از

1. Diabetes
2. Neuropathy
3. Nephropathy
4. Retinopathy
5. Metformin
6. Life style

یکی از روش‌های درمانی که در سال‌های اخیر ظهور یافته و توجه زیادی را به خود جلب کرده است، روان‌شناسی مثبت‌نگر است. روان‌شناسی مثبت‌نگر، مطالعه علمی کارکردهای بهینه انسانی است و هدف آن درک بهتر و به‌کارگیری این عوامل در کامیابی و شکوفایی افراد و جوامع است [۳۱]. مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر^۱، یک رویکرد جدید بالقوه برای افزایش ساختارهای روان‌شناختی در روان‌شناسی است که به نظر می‌رسد ساختارهای روان‌شناسی مثبت‌نگر (مثل خوش‌بینی و تأثیر احساسات مثبت) با نتایج مختلف سلامتی همراه است [۲۹].

روان‌شناسی مثبت‌نگر یکی از شاخه‌های روان‌شناسی است که در سطح ذهنی به تجارب ذهنی ارزشمندی از قبیل بهزیستی، خرسندی و رضایت (در گذشته)، امید و خوش‌بینی (در مورد آینده) و سیالی و شادکامی (در زمان حال)، در سطح فردی متمرکز بر صفات مثبت فردی چون ظرفیت کار و عشق، شجاعت، پشتکار، بخشش و آینده‌نگری و در سطح گروهی به مسئولیت‌پذیری، نوع‌دوستی و بردباری سوق می‌دهند [۳۰]. در واقع مداخله‌های مثبت‌نگر از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضاء نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی^۲ در افراد می‌شود [۳۲]؛ و بر افزایش توانایی و فضیلت‌های انسانی تأکید دارد و این امکان را برای افراد و جوامع فراهم می‌آورد که به موفقیت دست یابند [۳۲]. پژوهش‌های متعددی در خصوص بررسی اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر انجام شده، برای نمونه نتایج پژوهش عصارزادگان و رئیس‌ی در سال ۱۳۹۸، به این نتیجه رسیدند که آموزش مبتنی بر رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌طور مؤثری باعث بهبود کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود [۳۴]. همچنین در پژوهشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر ممکن است بتواند بهزیستی روان‌شناختی مثبت را، حتی در بیماران مبتلا به دیابت دارویی یافته‌های آزمایشات تصادفی اصلاح کند [۳۵]. همچنین در پژوهشی مداخلات روان‌شناسی مثبت و اثربخشی آنها در بهبود بهزیستی روان‌شناختی تأثیر دارد [۳۶]. همچنین در دیگر پژوهش

طرفی در داخل ایران نیز مطالعات کمی در این‌باره صورت گرفته است، برای مثال در پژوهشی که توسط رحیمی و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که تفاوت معناداری میان افراد با علائم دیابت نوع دو و افراد سالم، از نظر سبک زندگی کلی و مؤلفه‌های رشد معنوی و خودشکوفایی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، مدیریت استرس و ورزش و فعالیت بدنی وجود داشت [۲۱]. همچنین در پژوهشی که توسط سهیلی و فیروزی انجام شد به این نتیجه رسیدند که مداخلات سبک زندگی در افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی مؤثر بوده است [۲۲]؛ بنابراین انجام تحقیق و پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. همچنان‌که انجمن دیابت آمریکا بیان کرده که مدیریت خود زیربنای اصلی در درمان برای همه مبتلایان به دیابت است [۲۳].

علاوه بر مکانیسم‌های زیستی درگیر، عاملی که می‌تواند در بیماری دیابت اثرگذار باشد، عوامل روان‌شناختی است [۲۴]. آنچه در برخورد با چنین بیماری ضروری به نظر می‌رسد پرداختن به مسائل روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت و مشکلات عاطفی است که این بیماری با آن روبه‌رو است [۲۵]، که یکی از این مسائل سرمایه روان‌شناختی است. حس خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری، با گستره وسیعی از نگرش‌ها و رفتارهای مثبت معطوف به موفقیت و همچنین با گستره قابل توجهی از سازه‌های عملکردی در محیط‌های مختلف رابطه دارند [۲۶]. سرمایه روان‌شناختی مجموعه‌ای از صفات و توانمندی‌ای مثبت است که می‌تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقای فرد نقش داشته باشد و شامل این مؤلفه‌هاست: الف) باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت در انجام وظایف معین (خودکارآمدی)؛ ب) ایجاد اسنادهای مثبت در مورد موفقیت‌های اکنون و آینده (خوش‌بینی)؛ ج) داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و پیگیری راهکارهای لازم برای رسیدن به موفقیت (امیدواری)؛ و د) تحمل مشکلات و بازگشت به سطح معمولی عملکرد و حتی ارتقای آن تا دستیابی به موفقیت‌ها (تاب‌آوری) [۲۷]؛ یا به عبارتی سرمایه روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور به توانایی‌های خود برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود [۲۸].

1 . Positive Psychology

2 . Psychological well-being

می‌تواند به‌عنوان مداخله مؤثر، کیفیت زندگی، مراقبت از خود (در زمینه ورزش)، و آموزش گروهی شناختی-رفتاری می‌تواند به‌عنوان مداخله مؤثر، شاخص بهزیستی، شاخص کلی مراقبت از خود، و مراقبت از خود (در زمینه رژیم غذایی) را بهبود بخشد، و مداخلهٔ مصاحبه انگیزشی گروهی، بهتر از آموزش گروهی شناختی-رفتاری می‌تواند مراقبت از خود (در زمینه رژیم غذایی) را بهبود بخشد [۴۲]؛ همچنین در دیگر پژوهشی مصاحبه انگیزشی می‌تواند روشی مؤثر در بهبود نتایج خودمدیریتی دیابت، خودکارآمدی و کیفیت زندگی باشد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی می‌تواند روشی مؤثر در بهبود نتایج خودمدیریتی دیابت، نتایج خودکارآمدی و کیفیت نتایج زندگی باشد [۴۳]. در پژوهشی که توسط پونگ انجام شد نتیجه داد که مصاحبه انگیزشی یک مداخله بسیار قابل قبول برای افزایش خودکارآمدی برای تغییر رفتارهای آنهاست [۴۴]. بنابراین هدف از پژوهش مقایسه آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بود و نیز از آنجاکه هیچ پیشینه‌ای در رابطه با مقایسه این دو رویکرد درمانی یافت نشده است، پژوهشگر بر آن شد تا به مقایسه و بررسی این موضوع بپردازد تا مشخص شود که کدام‌یک از این دو رویکرد نقش مؤثرتری دارد؟ بنابراین این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش است که رویکرد آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ چه تأثیر یا تأثیراتی دارد؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش از نوع کاربردی بوده و به شیوه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به پژوهشکده غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ بودند. افراد نمونه در این پژوهش شامل ۴۵ نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و فهرست بیمارانی که به مرکز پژوهشکده مراجعه کردند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. روش‌های مختلفی برای تعیین حجم نمونه وجود دارد که یکی از

عوامل مثبت فردی و محیطی مورد بررسی قرار گرفته است که همبستگی مؤثر بر نتایج دیابت رفتاری و بیولوژیکی در طول زندگی است. گزارش‌های متعدد و مداوم وجود دارد که نشان‌دهنده ارتباط معناداری بین خصوصیات مثبت و خودمراقبتی دیابت و کنترل قند خون است [۳۷]. همچنین یکی از روش‌هایی که در افزایش انگیزش بیماران برای تبعیت از توصیه‌های درمانی مؤثر است مصاحبه انگیزشی^۱ است. مصاحبه انگیزشی که بر اساس تجارب میلر در درمان افراد الکلی به دست آمده است [۳۸] و در ادامه توسط میلر و رولینک کامل‌تر شده [۳۹] رویکردی مراجع‌محور است. روح و نفس مصاحبه انگیزشی به سبک تعاملی میان مراجعان و درمانگر اشاره دارد [۳۹] که باید با همکاری، فراخوانی و خودمختاری همراه باشد [۴۰]. در سال‌های اخیر، مصاحبه انگیزشی وارد حوزه بیماری‌های مزمن شده است. اغلب بیماران مزمن نیازمند تغییرات رفتاری و سبک زندگی وسیعی هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ کنند [۴۱]. میلر و رولینک اصول مصاحبه انگیزشی را مطرح کردند. این اصول عبارت‌اند از نشان‌دادن همدلی^۲، آشکار کردن ناهمخوانی^۳، اجتناب از مجادله^۴، کنارآمدن با مقاومت و حمایت از خودکارآمدی [۳۹]. با توجه به ماهیت خاص بیماری دیابت به نظر می‌رسد یکی از مداخله‌هایی که می‌تواند در کاهش عوارض جدی این بیماری شایع مورد استفاده قرار گیرد، مصاحبه انگیزشی است. پژوهش‌هایی به‌منظور مصاحبه انگیزشی در بیماران دیابتی اجرا شده است. از جمله نخستین پژوهش‌های مرتبط با افراد دیابتی به مقاله اسمیت، هکه‌مایر، کرات و ماسون در سال ۱۹۹۷ در خصوص تأثیر مصاحبه انگیزشی بر بهبود پیروی از برنامه‌های رفتاری کنترل وزن اشاره کرد که روی زنان چاق و سالمند مبتلا به دیابت غیروابسته به انسولین اجرا شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که اضافه‌کردن مصاحبه انگیزشی به برنامه کنترل رفتاری وزن برای افراد چاق و مسن مبتلا به دیابت نوع دو، موجب افزایش پیروی برنامه‌های توصیه شده و کنترل قند بیشتر می‌شود [۴۱]. همچنین در پژوهشی مصاحبه انگیزشی به شکل گروهی آن

1. Motivational interviewing
2. Express empathy
3. Develop discrepancy
4. Avoid argumentation

را گزارش کرده است [۴۷]. در ایران پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۲ است [۱۵].

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی: این پرسشنامه توسط لوتانز (۲۰۰۷) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال و ۴ مؤلفه امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است و بر اساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به سنجش سرمایه روان‌شناختی می‌پردازد. برای محاسبه نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا هر خرده‌مقیاس محاسبه می‌شود و از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها نمره سرمایه روان‌شناختی حاصل می‌شود. سؤالات مربوط به هر خرده‌مقیاس عبارت‌اند از خودکارآمدی (سؤالات ۱ تا ۶)، امیدواری (۷ تا ۱۲)، تاب‌آوری (۱۳ تا ۱۸) و خوش‌بینی (۱۹ تا ۲۴) است. لوتانز و همکاران در سال ۲۰۰۷ با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خبی دو این آزمون را ۲۴/۶ و آمارهای CFI RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده است که روایی عاملی مورد تأیید قرار گرفته است [۴۸]. پایایی پرسشنامه در ایران توسط بهادری خسروشاهی و همکاران بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است [۴۹].

دو رویکرد درمانی روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی روش‌های مداخله این پژوهش بودند. رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر: روان‌شناسی مثبت‌نگر عنوان جنبش و رویکرد جدیدی در روان‌شناسی است که در راستای دستیابی به اهداف ناتمام روان‌شناسی پدید آمده است. مبدع این رویکرد علمی و عمل‌گرا، سلیگمن است [۴۶]. روایی محتوایی برنامه آموزشی مورد تأیید است. در پژوهش‌های خارجی توسط سلانو و همکاران در سال ۲۰۱۹ [۵۰] و در پژوهش‌های داخلی توسط عصارزادگان و رئیسی در سال ۱۳۹۸ [۳۳] و خدابخش، خسروی و شاهنگیان در سال ۱۳۹۴ [۵۱] مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. در این مطالعه آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر با آنها کار شد و بعد از تکمیل پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی به‌عنوان پیش‌آزمون، به‌صورت گروهی در اتاقی اختصاصی پس از دستورالعمل توسط آزمونگر در مورد روان‌شناسی مثبت‌نگر در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌بار برنامه درمانی انجام شد.

معیارهای تعیین حجم نمونه، روش پژوهش است، با توجه به اینکه روش این پژوهش به‌صورت آزمایشی بود، تعداد ۱۰ نفر برای هر گروه کفایت می‌کرد، اما به دلیل احتمال ریزش نمونه و همچنین افزایش قدرت تعمیم نتایج، در این پژوهش تعداد افراد نمونه ۴۵ نفر بود که هرکدام از گروه‌ها ۱۵ نفر را شامل شدند [۴۵]. ملاک‌های ورود افراد به طرح پژوهش داشتن دیابت نوع ۲، سن ۳۰ تا ۷۰ سال، طول مدت ابتلا به دیابت از ۵ سال تا ۱۵ سال، تعداد ۸ زن و ۷ مرد، نداشتن هیچ‌گونه عوارض جسمانی و روانی، سواد خواندن و نوشتن مناسب و همچنین ملاک خروج نیز غیبت بیش از ۳ جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری شرکت‌کنندگان است. گروه اول آزمایش آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر با آنها کار شد [۴۶]. گروه دوم افرادی هستند که آموزش مصاحبه انگیزشی برای آنها استفاده شد [۳۷] و گروه سوم به‌عنوان گروه گواه، هیچ مداخله‌ای روی آنها اجرا نشد، فقط پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آنها گرفته شد. سپس داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه سبک زندگی: توسط والکر در سال ۱۹۹۷ طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۵۴ سؤال بوده و هدف آن اندازه‌گیری رفتارهای ارتقادهنده سلامت (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی و خودشکوفایی) است. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به‌ترتیب از هرگز ۱ برخی اوقات ۲ اغلب ۳ و همیشه ۴ امتیاز داده می‌شود. پرسشنامه فوق دارای شش بعد بوده که سؤالات مربوط به هر بعد شامل، تغذیه (سؤالات ۱ تا ۱۱)، ورزش (سؤالات ۱۲ تا ۲۴)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (سؤالات ۲۵ تا ۳۲)، مدیریت استرس (سؤالات ۳۳ تا ۳۸)، حمایت بین‌فردی (سؤالات ۳۹ تا ۴۶)، و خودشکوفایی (سؤالات ۴۷ تا ۵۴). برای به‌دست‌آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد را با هم جمع کرده و برای به‌دست‌آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع کنید. والکر آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را گزارش کرده و برای شش زیرشاخه آن تغذیه (۰/۷۹)، ورزش (۰/۸۶)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (۰/۸۱)، مدیریت استرس (۰/۹۱)، حمایت بین‌فردی (۰/۷۹) و خودشکوفایی (۰/۸۱)

جدول ۱. برنامه آموزشی روان‌شناسی مثبت‌نگر [۴۶]

شماره جلسه	هدف	برنامه جلسه	تکالیف
اولین جلسه	معارفه، تشریح جلسات، پرکردن پرسشنامه‌ها	جهت‌دادن مراجعان در چارچوب روان‌درمانی مثبت، و نقش روان‌درمانگر.	نموده‌هایی از افکار مثبت و منفی غیر از آنچه در گروه گفته شد برای نوبت بعدی آماده کنند.
دومین جلسه	تفکر و نگرش	چگونگی شکل‌گیری افکار و نگرش در انسان. نقش شیوه زندگی در افکار و نگرش‌ها. نقش باور در تجربیات کودکی.	یک موضوع مثبت و یک موضوع منفی را انتخاب کرده و آن را در ذهن خود مجسم کنید و سپس تصویر آن را به خاطر بیاورید (مانند، من آدم ناتوانی هستم، این کار از من ساخته نیست).
سومین جلسه	آشنایی با افکار منفی و مثبت	آموزش اعتماد به نفس، بحث در خصوص انتقاد بیش از حد از خود و دیگران و زیان‌های آنها.	صبح خود را با یک موضوع مثبت مانند طلوع خورشید، مرور خاطرات شیرین، گفتگو با کسانی که برایشان لذت‌بخش است شروع کنند.
چهارمین جلسه	آموزش مثبت‌بودن	افکار، باورها و نوع نگاه به خود را تغییر دهید بر اساس نظریه (A-B-C) آلبرت ایس. کمال‌طلبی بیش از حد نیز گاهی موجب افکار منفی می‌شود. تغییر تصاویر منفی. انتخاب صحیح کلمات. تجدید نظر در باورها.	پنج عامل مثبت را در زندگی خود فهرست کنید
پنجمین جلسه	آموزش مثبت‌بودن	ادامه مثبت‌آزمایی و مثبت‌بودن. قرار گرفتن در مسیر حفظ رفتار مثبت. استمرار تمرین. کنار آمدن با وقایع و موقعیت‌های جدید.	برای جلسه بعدی فهرستی از کلمات مثبت را در زندگی خود تنظیم کنید و آن‌قدر آنها را تکرار کنید که به تدریج جزء دامنه لغات شما شود.
ششمین جلسه	امتحان مثبت زندگی کردن از طریق ایجاد یک رابطه مثبت	مثبت زندگی کردن را بیازمایید. ایجاد یک رابطه مثبت (تحسین کردن - کنار آمدن با انتقادها - اتخاذ نگرش عاری از سرزنش - معاشرت با افراد مناسب - رعایت تغذیه - ورزش کردن - خواب مناسب).	فهرستی از داشته‌های مثبت خود را یادداشت کرده و روی آنها تمرکز کنید.
هفتمین جلسه	مثبت‌بودن از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام‌سازی و تغییر نگرش‌ها.	آموزش چگونگی توقف افکار و شیوه آرام‌سازی. نگرش بر منفی یا مثبت بودن ما تأثیر می‌گذارند.	تمرین توقف فکر. آرام‌سازی
هشتمین جلسه	وارد کردن خنده به زندگی،	انجام فعالیت‌هایی که بهترین تجربه بدنی لذت‌بردن، یعنی خنده. افزایش اعتماد به نفس. تمرین‌های ورزشی.	سه بار در هفته تحرک-تمرین و ورزش

[۵۲] و پورشریفی در سال ۱۳۸۹ [۴۲] مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. گروه دوم آزمایش هستند که آموزش مصاحبه انگیزشی برای آنها استفاده شد و بعد از تکمیل پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی به‌عنوان پیش‌آزمون، به‌صورت گروهی در اتاقی اختصاصی پس از دستورالعمل توسط آزمونگر برنامه درمانی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌بار انجام شد [۳۸].

مصاحبه انگیزشی: مصاحبه انگیزشی توسط میلر در سال ۱۹۸۳ تدوین شد. این درمان بر اساس روان‌درمانی مراجعه‌محور راجرز بنا نهاده شده است با این تفاوت که کوتاه‌تر، عملیاتی‌تر و کاربردی‌تر شده است [۳۷]. روایی محتوایی برنامه آموزشی مورد تأیید است. در پژوهش‌های خارجی توسط سلانو و همکاران در سال ۲۰۱۹ [۵۰] و در پژوهش‌های داخلی هم توسط نظری کمال در سال ۱۳۹۶

جدول ۲. برنامه آموزشی مصاحبه انگیزشی [۳۷]

شماره جلسه	هدف	برنامه جلسه	تکالیف
اولین جلسه	معارفه و پرکردن پرسشنامه‌ها	برنامه زمانی شامل زمان جلسات، غیبت‌ها، حضور به‌موقع.	معرفی اجمالی از خود و ثبت آن.
دومین جلسه	همدلی	بیمار جهان را چگونه تفسیر می‌کند. بدون قضاوت، بدون پیش‌داوری، بدون برچسب‌زدن.	خود را به‌جای مراجع قرار می‌دهیم تا دنیا را از دیدگاه مراجع ببینیم. گوش‌دادن ماهرانه و بازتابی، نشان‌دادن اینکه دیدگاه وی را درک کرده‌ایم. شنونده به‌جای گوینده‌بودن.
سومین جلسه	به سطح آوردن تناقض‌ها	نشان‌دادن یا به آگاهی درآوردن حالت‌های دوسوگرایی مراجع.	استفاده از سؤال‌هایی که تناقض مراجع را نشان می‌دهد. مثل: از یک‌سو دوستداری همه چیز بخوری و ورزش نکنی و از طرفی هم می‌خواهی مورد احترام دیگران باشی؟ هدف‌های مهم مراجع را مشخص می‌کنیم.
چهارمین جلسه	لغزیدن بر مقاومت (دورزدن مقاومت)	مراجع چه نوع مقاومتی از خود نشان می‌دهد.	تمرین تکنیک‌های پرسش‌های بازپاسخ، تأییدکردن، گوش‌دادن انعکاسی و خلاصه‌سازی
پنجمین جلسه	لغزیدن بر مقاومت (دورزدن مقاومت)	کاهش مقاومت در برابر تغییر. مقابله‌نکردن درمانگر با مقاومت مراجع. بحث‌نکردن با مراجع.	ادامه تمرین تکنیک‌های پرسش‌های بازپاسخ، تأییدکردن، گوش‌دادن انعکاسی و خلاصه‌سازی
ششمین جلسه	تقویت حس خودکارآمدی	کمک به مراجع تا خودش تصمیم بگیرد چه مسیری را انتخاب کند. درمانگر تصمیم نمی‌گیرد. تأکید بر حس خودکارآمدی بیمار. نشان‌دادن صفات مراجع به خودش.	مرور موفقیت‌های قبلی. نقاط قوت و توانمندی‌های خود.
هفتمین جلسه	فرایند تغییر، افزایش آگاهی (مراحل تغییر).	مراجع مدل مراحل تغییر را یاد می‌گیرد.	تمرین درباره شناخت انواع مراحل تغییر (آمادگی، پیش از تأمل، عمل، تأمل و نگهداری) به‌صورت داستان
هشتمین جلسه	فرایند تغییر، افزایش آگاهی (یک روز زندگی و بررسی تأثیرهای عدم مراقبت از خود)	افزایش آگاهی مراجعان در مورد کمیت و کیفیت رفتارهای مراقبت از خود. افزایش آگاهی شرکت‌کنندگان در مورد عوارض ناشی از عدم مراقبت از خود.	در بخش پایانی این جلسه، تسهیل‌گر با استفاده از برگه راهنمای «تأثیرهای عدم مراقبت بر فرد دیابتی»، و کمک‌گرفتن از اعضای گروه، اطلاعاتی را برای شرکت‌کنندگان ارائه می‌کند.
نهمین جلسه	بازاریابی خود، توازن تصمیم‌گیری. ارزش‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی	شناسایی ارزش‌های مراجع. کشف تعارض‌ها بین ارزش‌ها و رفتارها. معرفی جنبه‌های مثبت و منفی. سنجش توازن تصمیم‌گیری	تمرین جنبه‌های مثبت و منفی در زمان‌های دیگر انجام دهند.
دهمین جلسه	خودکارآمدی و متعهدشدن به تغییر رفتار. پرکردن پرسشنامه‌ها	آشنایی با مبنای پدیدآیی وسوسه. هدف را بیان می‌کنند و طرح تغییر برای تحقق آن فراهم می‌آورند.	برگه راهنمای مرور. برگه راهنمای انتخاب یک راه‌حل. برگه راهنمای پاداش‌دادن به موفقیت‌هایمان. برگه راهنمای روش‌های جدید لذت‌بردن از زندگی.

نتایج

آزمون ام-باکس و لوین استفاده شد، که مقادیر ام-باکس ($M=۶/۶۲۲$ ، $P=۰/۱۸۰$ و $F=۱/۱۹۷$) و نتایج لوین (جدول ۵) برای خرده‌مقیاس تغذیه ($F=۲/۳۴۴$ و $P=۰/۱۰۸$)، ورزش ($F=۱/۷۰۴$ و $P=۰/۱۹۴$)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت ($F=۳/۱۶۳$ و $P=۰/۰۵۳$)، مدیریت استرس ($F=۱/۳۳۲$) و حمایت بین‌فردی ($F=۱/۴۵۴$ و $P=۰/۲۴۵$) و خودشکوفایی ($F=۳/۲۰۴$ و $P=۰/۰۵۱$) به دست آمد، که نشانگر تأیید پیش‌فرض برابری واریانس/کوواریانس است. در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است. در این بخش نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر پژوهش ارائه می‌شوند. پس‌از آن فرضیه‌های پژوهش مطرح شده و نتایج مقایسه‌های زوجی گروه‌ها برای بررسی فرضیه‌ها ارائه می‌شوند.

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که اطلاعات توصیفی و استنباطی مربوط به هر کدام از متغیرها و درمان‌ها در زیر ارائه شده است.

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های متغیر سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده‌اند. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی، جهت رعایت فرض‌های آن از

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های متغیر سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل ($n=45$)

متغیر	خرده‌مقیاس	مرحله	روان‌شناسی مثبت‌نگر		مصاحبه انگیزشی		کنترل	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک زندگی	تغذیه	پیش‌آزمون	۱۹/۶۶۶	۱/۵۴۳	۲۰/۲۶۶	۱/۵۷۹	۱۹/۷۳۳	۱/۰۹۹
		پس‌آزمون	۲۶/۱۳۳	۱/۵۹۷	۳۰/۶۰۰	۱/۱۲۱	۲۰/۴۶۶	۱/۰۶۰
	ورزش	پیش‌آزمون	۱۹/۰۶۶	۱/۲۲۲	۱۹/۴۰۰	۱/۴۰۴	۱۸/۶۶۶	۰/۸۹۹
		پس‌آزمون	۲۴/۴۶۶	۱/۱۸۷	۲۸/۹۳۳	۱/۵۳۳	۱۹/۹۳۳	۱/۰۳۲
	مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت	پیش‌آزمون	۳۱/۰۶۶	۱/۰۹۹	۳۱/۰۰۰	۰/۹۲۵	۳۰/۵۳۳	۱/۹۹۰
		پس‌آزمون	۴۱/۴۰۰	۱/۴۰۴	۴۴/۶۶۶	۱/۸۷۷	۳۰/۹۳۳	۱/۰۹۹
	مدیریت استرس	پیش‌آزمون	۱۴/۶۰۰	۱/۰۵۵	۱۴/۶۶۶	۱/۴۶۹	۱۴/۳۳۳	۰/۹۷۵
		پس‌آزمون	۱۷/۸۰۰	۰/۸۸۱	۱۹/۶۶۶	۱/۱۱۲	۱۵/۲۰۰	۱/۰۱۴
	حمایت بین‌فردی	پیش‌آزمون	۱۹/۶۰۰	۲/۷۷۲	۱۹/۴۰۰	۱/۴۰۴	۱۹/۰۶۶	۱/۱۶۲
		پس‌آزمون	۲۲/۷۳۳	۱/۵۳۳	۲۲/۷۳۳	۱/۵۳۳	۱۹/۲۶۶	۱/۱۶۲
خودشکوفایی	پیش‌آزمون	۲۶/۶۶۶	۱/۳۴۵	۲۷/۱۳۳	۱/۸۰۷	۲۶/۹۳۳	۱/۰۹۹	
	پس‌آزمون	۳۳/۸۶۶	۲/۶۱۴	۳۹/۵۳۳	۲/۵۵۹	۲۷/۵۳۳	۱/۴۰۷	
سرمایه روان‌شناختی	خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۱۹/۲۶۶	۱/۷۹۱	۱۹/۰۰۰	۲/۰۷۰	۱۸/۸۰۰	۱/۷۸۰
		پس‌آزمون	۲۴/۰۶۶	۱/۷۹۱	۲۱/۵۳۳	۱/۹۲۲	۱۹/۲۰۰	۱/۴۲۴
	امیدواری	پیش‌آزمون	۲۰/۴۰۰	۱/۸۰۴	۲۰/۶۶۶	۲/۵۸۱	۲۰/۴۶۶	۲/۰۳۰
		پس‌آزمون	۲۶/۷۳۳	۲/۲۸۲	۲۳/۵۳۳	۲/۷۹۹	۲۰/۸۰۰	۲/۰۷۷
	تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۱۸/۸۶۶	۱/۴۰۷	۱۸/۸۶۶	۲/۴۷۴	۱۸/۸۶۶	۲/۴۷۴
		پس‌آزمون	۲۵/۵۳۳	۲/۲۳۱	۲۲/۴۰۰	۳/۱۵۷	۱۹/۶۰۰	۲/۳۸۴
	خوش‌بینی	پیش‌آزمون	۲۰/۲۰۰	۱/۹۷۱	۲۰/۴۰۰	۳/۱۵۷	۲۰/۳۳۳	۲/۹۶۸
		پس‌آزمون	۲۷/۲۰۰	۲/۷۰۴	۲۴/۴۰۰	۳/۵۴۵	۲۰/۶۰۰	۲/۷۲۰

جدول ۴. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	خرده‌مقیاس	مرحله	روان‌شناسی مثبت‌نگر		مصاحبه انگیزشی		کنترل	
			آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
سبک زندگی	تغذیه	پیش‌آزمون	۰/۷۷۶	۰/۵۸۳	۰/۸۲۱	۰/۵۱۰	۰/۷۹۱	۰/۵۵۹
		پس‌آزمون	۰/۶۷۰	۰/۷۶۱	۰/۹۲۷	۰/۳۵۶	۱/۱۳۳	۰/۱۵۳
	ورزش	پیش‌آزمون	۰/۸۰۷	۰/۵۳۲	۰/۷۹۸	۰/۵۴۷	۰/۹۱۹	۰/۳۶۷
		پس‌آزمون	۰/۷۲۱	۰/۶۷۶	۰/۸۶۵	۰/۴۴۳	۱/۰۹۸	۰/۱۷۹
	مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت	پیش‌آزمون	۱/۰۶۸	۰/۲۰۴	۱/۱۶۲	۰/۱۳۴	۱/۰۹۸	۰/۱۸۶
		پس‌آزمون	۱/۰۸۰	۰/۱۹۴	۰/۵۶۶	۰/۹۰۶	۰/۹۹۷	۰/۲۷۳
	مدیریت استرس	پیش‌آزمون	۰/۹۶۲	۰/۳۱۳	۰/۸۲۷	۰/۵۰۰	۰/۹۰۵	۰/۳۸۶
پس‌آزمون		۱/۰۰۱	۰/۲۶۹	۱/۰۰۲	۰/۲۶۸	۰/۹۴۸	۰/۳۳۰	
حمایت بین‌فردی	پیش‌آزمون	۱/۰۰۱	۰/۲۶۹	۰/۷۹۸	۰/۵۴۷	۰/۷۳۴	۰/۶۵۴	
	پس‌آزمون	۱/۱۹۸	۰/۱۱۳	۹/۹۱۳	۰/۳۷۵	۰/۹۹۷	۰/۲۷۴	
خودشکوفایی	پیش‌آزمون	۰/۷۸۳	۰/۵۷۲	۰/۵۸۴	۰/۸۸۴	۱/۰۶۸	۰/۲۰۴	
	پس‌آزمون	۰/۸۸۷	۰/۴۱۱	۰/۸۴۲	۰/۴۷۷	۰/۸۴۸	۰/۴۶۸	
سرمایه روان‌شناختی	خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۰/۶۷۰	۰/۷۶۰	۰/۷۰۲	۰/۷۰۸	۰/۷۴۹	۰/۶۲۹
		پس‌آزمون	۰/۸۴۶	۰/۴۷۱	۰/۹۴۵	۰/۳۳۴	۰/۹۴۶	۰/۳۳۳
	امیدواری	پیش‌آزمون	۰/۸۹۲	۰/۴۰۴	۱/۲۲۱	۰/۱۰۱	۱/۰۱۹	۰/۲۵۰
		پس‌آزمون	۰/۶۸۶	۰/۷۳۴	۰/۹۰۴	۰/۳۸۷	۰/۷۵۵	۰/۶۱۹
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۱/۲۷۴	۰/۰۷۸	۱/۳۳۷	۰/۰۵۶	۱/۳۳۷	۰/۰۵۶	
	پس‌آزمون	۰/۵۸۳	۰/۸۸۶	۰/۶۱۰	۰/۸۵۱	۱/۱۶۲	۰/۱۳۴	
خوش‌بینی		پیش‌آزمون	۱/۰۰۵	۰/۲۶۴	۰/۸۷۰	۰/۴۳۵	۰/۸۱۸	۰/۵۱۶
		پس‌آزمون	۱/۰۹۶	۰/۱۸۱	۰/۷۳۲	۰/۶۵۸	۰/۸۲۴	۰/۵۰۶

جدول ۵. نتایج آزمون لوین

متغیر	خرده‌مقیاس	F	df1	df2	سطح معناداری
سبک زندگی	تغذیه	۲/۳۴۴	۲	۴۲	۰/۱۰۸
	ورزش	۱/۷۰۴	۲	۴۲	۰/۱۹۴
	مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت	۳/۱۶۳	۲	۴۲	۰/۰۵۳
	مدیریت استرس	۱/۳۳۲	۲	۴۲	۰/۲۷۵
	حمایت بین‌فردی	۱/۴۵۴	۲	۴۲	۰/۲۴۵
	خودشکوفایی	۳/۲۰۴	۲	۴۲	۰/۰۵۱
سرمایه روان‌شناختی	خودکارآمدی	۰/۹۱۳	۲	۴۲	۰/۴۰۹
	امیدواری	۰/۲۳۳	۲	۴۲	۰/۷۹۴
	تاب‌آوری	۰/۸۲۹	۲	۴۲	۰/۴۴۴
	خوش‌بینی	۰/۲۰۳	۲	۴۲	۰/۸۱۷

جدول ۶. نتایج تحلیل چندمتغیری برای بررسی دو گروه آزمایش بر مؤلفه‌های سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی

متغیر	خرده‌مقیاس	مرحله	SS آزمایشی	خطا SS	MS آزمایشی	خطا MS	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
سبک زندگی	تغذیه	پیش‌آزمون	۳/۲۴۴	۸۵/۲۰۰	۱/۶۲۲	۲/۰۲۹	۰/۸۰۰	۰/۴۵۶	۰/۰۳۷	۰/۱۷۷
		پس‌آزمون	۷۷۳/۷۳۳	۶۹/۰۶۷	۳۸۶/۸۶۷	۱/۶۴۴	۲۳۵/۲۵۷	۰/۰۰۰	۰/۹۱۸	۱/۰۰۰
	ورزش	پیش‌آزمون	۴/۰۴۴	۵۹/۸۶۷	۲/۰۲۲	۱/۴۲۵	۱/۴۱۹	۰/۲۵۳	۰/۰۶۳	۰/۲۸۷
		پس‌آزمون	۶۰۷/۵۱۱	۶۷/۶۰۰	۳۰۳/۷۵۶	۱/۶۱۰	۱۸۸/۷۲۴	۰/۰۰۰	۰/۹۰۰	۱/۰۰۰
	مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت	پیش‌آزمون	۲/۵۳۳	۴۲/۶۶۷	۱/۲۶۷	۱/۰۱۶	۱/۲۴۷	۰/۲۹۸	۰/۰۵۶	۰/۲۵۶
		پس‌آزمون	۱۵۴۴/۱۳۳	۹۳/۸۶۷	۷۷۲/۰۶۷	۲/۲۳۵	۳۴۵/۴۵۶	۰/۰۰۰	۰/۹۴۳	۱/۰۰۰
	مدیریت استرس	پیش‌آزمون	۰/۹۳۳	۶۰/۲۶۷	۰/۴۶۷	۱/۴۳۵	۰/۳۲۵	۰/۷۲۴	۰/۰۱۵	۰/۰۹۸
پس‌آزمون		۱۵۰/۹۷۸	۴۲/۱۳۳	۷۵/۴۸۹	۱/۰۰۳	۷۵/۲۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۸۲	۱/۰۰۰	
حمایت بین‌فردی	پیش‌آزمون	۲/۱۷۸	۱۵۴/۱۳۳	۱/۰۸۹	۳/۶۷۰	۰/۲۹۷	۰/۷۴۵	۰/۰۱۴	۰/۰۹۴	
	پس‌آزمون	۱۲۰/۱۷۸	۸۴/۸۰۰	۶۰/۰۸۹	۲/۰۱۹	۲۹/۷۶۱	۰/۰۰۰	۰/۵۸۶	۱/۰۰۰	
خودشکوفایی	پیش‌آزمون	۱/۶۴۴	۸۸/۰۰۰	۰/۸۸۲	۲/۰۹۵	۰/۳۹۲	۰/۶۷۸	۰/۰۱۸	۰/۱۰۹	
	پس‌آزمون	۱۰۸۱/۱۱۱	۲۱۵/۲۰۰	۵۴/۰۵۵۶	۵/۱۲۴	۱۰۵/۴۹۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳۴	۱/۰۰۰	
سرمایه روان‌شناختی	خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۱/۶۴۴	۱۴۹/۳۳۳	۰/۸۲۲	۳/۵۵۶	۰/۳۳۱	۰/۷۹۵	۰/۰۱۱	۰/۰۸۴
		پس‌آزمون	۱۷۷/۷۳۳	۱۲۵/۰۶۷	۸۸/۸۶۷	۲/۹۷۸	۲۹/۸۴۳	۰/۰۰۰	۰/۵۸۷	۱/۰۰۰
	امیدواری	پیش‌آزمون	۰/۵۷۸	۱۹۶/۶۶۷	۰/۲۸۹	۴/۶۸۳	۳/۰۶۲	۰/۹۴۰	۰/۰۰۳	۰/۰۵۹
		پس‌آزمون	۲۶۴/۵۷۸	۲۴۳/۰۶۷	۱۳۲/۲۸۹	۵/۷۸۷	۲۲/۸۵۸	۰/۰۰۰	۰/۵۲۱	۱/۰۰۰
	تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۰/۰۰۰	۱۹۹/۲۰۰	۰/۰۰۰	۴/۷۴۳	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
پس‌آزمون		۲۴۶/۳۱۱	۲۸۶/۹۳۳	۱۳۲/۱۵۶	۶/۸۳۲	۱۹/۳۴۴	۰/۰۰۰	۰/۴۷۹	۱/۰۰۰	
خوش‌بینی	پیش‌آزمون	۰/۳۱۱	۳۱۷/۳۳۳	۰/۱۵۶	۷/۵۵۶	۰/۰۲۱	۰/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۰۵۳	
	پس‌آزمون	۳۲۶/۸۰۰	۳۸۲/۰۰۰	۱۶۳/۴۰۰	۹/۰۹۵	۱۷/۹۶۵	۰/۰۰۰	۰/۴۶۱	۱/۰۰۰	

جدول ۶، نشان می‌دهد که تأثیر نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها، در هیچ کدام از مؤلفه‌های سبک زندگی معنادار نیست ($P > 0/05$). با توجه به نتایج جدول ۶، تأثیر آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی پس‌آزمون در مؤلفه‌های تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی و خودشکوفایی (همگی سطح معناداری ۰/۰۰۰) معنادار است. میزات تأثیر در مؤلفه تغذیه ۰/۹۱۸، ورزش ۰/۹۰۰، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت ۰/۹۴۳، مدیریت استرس، ۰/۷۸۲، حمایت بین‌فردی، ۰/۵۸۶ و خودشکوفایی ۰/۸۳۴ است.

اختلاف میانگین‌های تعدیل‌شده در مؤلفه‌های تغذیه ۴/۴۶۷، ورزش ۴/۴۷۴، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت ۳/۲۶۷، مدیریت استرس ۱/۸۶۷، حمایت بین‌فردی ۰/۰۰۰ و خودشکوفایی ۵/۶۶۷ (همگی سطح معناداری ۰/۰۰۰) نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی در مؤلفه‌های سبک زندگی (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس و خودشکوفایی) مؤثرتر از روان‌شناسی مثبت‌نگر است. اما در مؤلفه حمایت بین‌فردی تفاوت معناداری بین آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی روش‌ها وجود ندارد.

همچنین جدول ۶ نشان می‌دهد که تأثیر نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها، در هیچ کدام از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی معنادار نیست ($P > 0/05$). با توجه به نتایج جدول ۶، تأثیر آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی پس‌آزمون در مؤلفه‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی (همگی سطح معناداری ۰/۰۰۰) معنادار است. میزان تأثیر در مؤلفه خودکارآمدی ۰/۵۸۷، امیدواری ۰/۵۲۱، تاب‌آوری ۰/۴۷۹ و خوش‌بینی ۰/۴۶۱ است.

اختلاف میانگین‌های تعدیل‌شده در مؤلفه‌های خودکارآمدی ۲/۵۳۳ (سطح معناداری ۰/۰۰۱)، امیدواری ۳/۲۰۰ (سطح معناداری ۰/۰۰۲)، تاب‌آوری ۳/۱۳۳ (سطح معناداری ۰/۰۰۶) و خوش‌بینی ۳/۲۰۰ (سطح معناداری ۰/۰۱۷) نشان می‌دهد که روان‌شناسی مثبت‌نگر در مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی مؤثرتر از مصاحبه انگیزشی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی و

سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. نتایج نشان داد هر دو برنامه آموزشی روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی منجر به بهبود کیفیت مؤلفه‌های سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی می‌شود. این نتیجه با نتایج [۳۳] که آموزش مبتنی بر رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌طور مؤثری باعث بهبود کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود، همخوانی دارد. همچنین در پژوهشی نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی می‌تواند روشی مؤثر در بهبود نتایج خودمدیریت دیابت، نتایج خودکارآمدی و کیفیت نتایج زندگی باشد [۴۳].

دیگر پژوهش که مداخله مصاحبه انگیزشی-روان‌شناسی مثبت در بیماران دیابت نوع ۲، قابل قبول بوده و تأثیرات امیدوارکننده‌ای بر نتایج کلینیکی داشت [۵۱]. همچنین پژوهشی مداخلات روان‌شناسی مثبت که از تمرینات (به‌عنوان مثال، نامه‌های سپاسگزاری، اعمال مهربانی، نقاط قوت شخصی) به‌طور منظم استفاده می‌کنند، برای تقویت خوش‌بینی، تأثیر مثبت و مقاومی دارد. در مشارکت‌کنندگان سالم، تمرینات روان‌شناسی مثبت به‌طور مداوم باعث افزایش رفاه و کاهش افسردگی در مطالعات بیش از ۵۰۰۰ شرکت‌کننده شده است (۳۰). مصاحبه انگیزشی به شکل گروهی آن می‌تواند به‌عنوان مداخله مؤثر، کیفیت زندگی، مراقبت از خود (در زمینه ورزش) را بهبود بخشد و همچنین آموزش گروهی شناختی-رفتاری می‌تواند به‌عنوان مداخله مؤثر، شاخص بهزیستی، شاخص کلی مراقبت از خود، و مراقبت از خود (در زمینه رژیم غذایی) را بهبود بخشد. مداخله مصاحبه انگیزشی گروهی، بهتر از آموزش گروهی شناختی-رفتاری می‌تواند مراقبت از خود (در زمینه رژیم غذایی) را بهبود بخشد [۴۲].

در تبیین این یافته می‌توان گفت، در رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر، برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان روی مشکلات و ضعف‌هاست، افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی مورد توجه است. مداخلات مثبت‌نگر از مجموعه‌ای از تکنیک‌هایی که بر مبانی مؤثری چون صمیمیت، همدلی دقیق، اعتماد اولیه، اصالت و تفاهم تأکید دارد، استفاده می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر به‌منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، ارتباط مؤثر با دیگران و نیز افزایش اعتماد به نفس می‌تواند کمک‌کننده ارتقای کیفیت

عنوان بررسی تأثیر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر کیفیت زندگی در سالمندان ایرانی، از عدم تأثیرگذاری بر بعد روابط بین‌فردی در مطالعه مذکور حکایت دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، همان‌طور که سلیگمن و میهالی بیان کرده‌اند هدف از روان‌شناسی مثبت‌نگر، تسریع تغییر روان‌شناسی از بهبود بدترین چیزها در زندگی با ساختن بهترین کیفیت‌ها در زندگی است. یافته‌های پژوهشی نیز از اثرات مثبت روان‌شناسی مثبت‌نگر حمایت می‌کند. هر جامعه‌ای برای پیشرفت و رشد در ابعاد مختلف اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی و غیره نیاز به افرادی دارد که از نظر روانی و جسمانی سالم باشند. همچنین عوامل بسیار متعددی می‌تواند بیماران را از دنبال کردن برنامه درمانی‌شان به صورت کامل و مستمر باز دارد که در جلسات مصاحبه انگیزشی با رعایت اصول اصلی آن با ابراز همدلی با بیماران، برشمردن فواید پیروی از درمان در به حداکثر رساندن منافع آن و گوشزدکردن عدم پیروی از برنامه درمانی موجب ایجاد تضاد بین رفتار فرد و رفتار صحیح درمانی شده و انگیزه بیماران را در پیروی از درمان افزایش می‌دهد.

همچنین روش‌های درمانی آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثرتر از آموزش مصاحبه انگیزشی است. این نتایج با نتایجی [۵۴] که خودکارآمدی در بهبود امید بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر واقع شده است. همچنین امیددرمانی موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی) در بیماران دیابتی نوع ۲ می‌شود [۱۷]. ویژگی‌های روانی مثبت مانند خوش‌بینی، تأثیر مثبت، قدردانی و سازه‌های مرتبط ممکن است نقش مهمی در سلامتی داشته باشند [۴۸]. در پژوهشی نشان داده شد که اقدامات بهزیستی روان‌شناختی، از جمله نشاط عاطفی و رضایت از زندگی، به صورت آتی با پیشگیری از دیابت نوع ۲ در ارتباط بوده است [۴۹]. تاب‌آوری نیز طبق تحقیقاتی که بر خوش‌بینی دارد می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی شود. نتایج تحقیق حاکی از این است که هرچه افراد تاب‌آوری بیشتر داشته باشند راهکارهای مقابله‌ای بهتری را انتخاب می‌کنند. پژوهش‌ها حاکی از نقش خودکارآمدی بر

زندگی باشد. همچنین مهارت‌های خوش‌بینی و مثبت‌نگری، بیماران مبتلا به دیابت را تشویق می‌کند تا به جای یادآوری و نشخوار افکار منفی پیرامون بیماری‌شان و محدودیت‌های ایجادشده برای آنان، تجربه‌های مثبت و خوب خود و نقش آنها در افزایش و ارتقای احترام به خود و دیگران را بازشناسد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، یکی از اصول مصاحبه انگیزشی، توانمندسازی است. یعنی کمک به بیمار در زمینه کشف این مطلب که چگونه می‌تواند در وضعیت سلامتی خود تغییر ایجاد کنند. در مصاحبه انگیزشی اصل حمایت از خودکارآمدی مراجع شامل موارد زیر است: الف) اعتقاد به امکان تغییر یک مشوق مهم برای تغییر است، ب) مسئولیت انتخاب و انجام تغییر بر عهده خود مراجع است نه مشاور و ج) امیدداشتن به درمان، جایگزین مناسبی برای رویکردهای درمانی معتبر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، اصول اساسی مصاحبه انگیزشی تقویت حس خودکارآمدی افراد در همه تغییرات رفتاری است. بسیاری از تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی به کار گرفته‌شده در پژوهش مانند ارزیابی تعهد-اطمینان، کنترل رفتار در موقعیت‌های وسوسه‌برانگیز، مشارکت در تصمیم‌گیری، حمایت از خودمختاری افراد، برطرف کردن دوسوگرایی و بیرون کشیدن صحبت معطوف به تغییر، منحصراً به این موضوع مربوط می‌شوند.

همچنین روش‌های درمانی آموزش مصاحبه انگیزشی بر مؤلفه‌های تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس و خودشکوفایی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثرتر از آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر است. اما در مؤلفه حمایت بین‌فردی تفاوت معناداری بین آموزش مصاحبه انگیزشی و روان‌شناسی مثبت‌نگر وجود ندارد. این نتایج با نتایجی [۴۳] که در پژوهشی مصاحبه انگیزشی می‌تواند روشی مؤثر در بهبود نتایج خودمدیریتی دیابت، خودکارآمدی و کیفیت زندگی باشد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی می‌تواند روشی مؤثر در بهبود نتایج خودمدیریت دیابت، نتایج خودکارآمدی و کیفیت نتایج زندگی باشد. همچنین در پژوهشی [۵۳] روان‌شناسی مثبت‌نگر با ایجاد خوش‌بینی و دیدی مثبت نسبت به زندگی به بیماران دیابتی کمک کرده تا سبک زندگی خود را تغییر داده و در جهت افزایش معنا در زندگی گام‌های بزرگ بردارند. همچنین در نتایجی [۱۴] که در مطالعه‌ای با

علمی و به پاس همکاری از تمام مردان و زنانی که همکاری داشته‌اند و پرسشنامه را پاسخ دادند و در جلسات شرکت کرده‌اند تشکر و قدردانی کند. مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری دانشجو سید حمید حسینی توان به راهنمایی محبوبه طاهر، شهناز نوحی و اسداله رجب، در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با کد ۱۶۲۲۷۱۹۵۵ است. مقاله حاضر دارای کد اخلاق به شماره 1R.IAU.SHAHROOD.REC.1399.021 توسط کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود است.

منابع

- 1- Deepthi B, Sowjanya K, Lidiya B, Bhargavi S, and Babu P. S. A Modern Review of Diabetes Mellitus: An annihilator Metabolic Disorder. *Journal of In Silico & In Vitro Pharmacology* 2017; 13: 44-46.
- 2- Carpenter R, DiChiacchio T, and Barker K. Interventions for self- management of type 2 diabetes: An integrative review, *International Journal of Nursing Sciences* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.002>.
- 3- Tsai K. W, Chiang J. K, and Lee C.S. Undiagnosed depression in patients with type 2 diabetes. *BMC Public Health* 2008; 44-48.
- 4- Karam-Qadiri N, Hassanabadi H, Mojtabaei R, Hatami M, Nikosokhan A, & Maithami A. Expert patient: a new approach in self-management of type 2 diabetes based on diabetes knowledge education and body recognition. *Clinical Psychology and Personality*, 2019.17(2), 47-61. doi: 10.22070/cpap.2020.2907.
- 5- Hurtado M.D, and Vella A. What is type 2 diabetes? *Medicine* 2019; 47(1):10-15. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.10.010>.
- 6- Ranaei Y, Alhani F, Kazemnejad A, Mehrdad N. The effect of lifestyle modification through E-learning on self-management of patients with diabetes. 3 *JNE*. 2018; 7 (2): 8-16 URL: <http://jne.ir/article-1-896-fa.html>.
- 7- Golparvar M, & Khabazian B. The relationship between narcissistic personality and vulnerable attachment with bullying and psychological capital. *Clinical Psychology and Personality*, 2019. 13(2), 139-148. doi: 10.22070/13.2.139.

انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌باشند که بالطبع بر کیفیت زندگی مؤثر است [۱۲]. خودکارآمدی، باور به اثربخشی درمان و حمایت اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده رفتار خودمدریریتی دیابت هستند که از این میان خودکارآمدی مهم‌تر است، طوری که تقویت خودکارآمدی برای افزایش رفتارهای خودمراقبتی مهم است [۱۳].

در تبیین این یافته می‌توان گفت، مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر از مجموعه‌ای از تکنیک‌هایی که بر مبانی مؤثری چون صمیمیت، همدلی دقیق، اعتماد اولیه، اصالت و تفاهم تأکید دارد، استفاده می‌کند. این رویکرد بر فرایندهای مثبت و توانایی‌های افراد مانند خودکارآمدی تأکید دارد و به درمانگران توصیه می‌کند که به فرایندهای مثبت مراجعانشان که کم و به‌ندرت در زندگی‌شان جریان دارد، توجه کنند. روان‌شناسی مثبت‌نگر مطالعه علمی هیجان‌ات مثبت، صفات فردی مثبت و ساختارهایی است که این رشد را موجب می‌شوند و می‌توان از این آموزه‌ها به‌منظور ارتقای خودکارآمدی استفاده کرد. به‌عبارتی می‌توان گفت، هیجان‌های مثبت در زندگی، نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی انسان‌ها دارند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش از یک طرف نداشتن دوره پیگیری جهت سنجش ماندگاری تأثیر برنامه‌های آموزشی است و از طرف دیگر اجرا توسط خود پژوهشگر که می‌تواند سوگیری ایجاد کند و از طرف دیگر اجرای تمامی جلسات درمان توسط پژوهشگر بود درحالی‌که تورک، هیمبرگ و هوپ در سال ۲۰۰۱، برای جلوگیری از خستگی مفرط درمانگر پیشنهاد می‌کنند که درمانگر کمک درمانگر ادارهٔ جلسات درمان را برعهده بگیرند [۵۵]. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی پیگیری اضافه شود، تا ماندگاری این اثر درمانی بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود رویکرد درمانی روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی در برنامه‌های آموزشی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در کلیه مراکز درمانی گنجانده شود. درضمن متخصصان حوزه سلامت می‌توانند رویکرد درمانی روان‌شناسی مثبت‌نگر و مصاحبه انگیزشی را در درمان مناسب کنترل قند خون افراد دیابتی بگنجانند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر خود را موظف می‌داند به‌رسم امانت‌داری

- activity and sedentary behavior in type 2 diabetes patients. *Patient Education and Counseling* 2011; 84: 275-279.
- 18-Schwartz J, Allison M, and Wright C. M. Health behavior modification after electron beam computed tomography and physician consultation. *J Behavior Med* 2011; 34: 148-155.
- 19-Taghizade M, Bigheli Z, Mohtasami T. The Effect of educational modification behavior in lifestyle of diabetic patients. *QUARTERLY JOURNAL OF health psychology* 2014; Volume 3, Issue 9 - Serial Number 9 June 2014.
- 20-Galaviz KI, Narayan K MV, Lobelo F, Weber MB. Lifestyle and the Prevention of Type 2 Diabetes: A Status Report. *Am J Lifestyle Med*. 2015. Nov 24;12(1):4-20. doi: 10.1177/1559827615619159. PMID: 30202378; PMCID: PMC6125024.
- 21-Rahimi Moshkeleh S, Masoudnia E, Nik Seresht V. The relationship between lifestyle components and the incidence of type 2 diabetes among people aged 30 to 60 in Rasht. *ijld* 2018; 17 (2):87-96. URL: <http://ijld.tums.ac.ir/article-1-5581-fa.html>.
- 22-Soheili S, Firoozi F. Investigation of the Effect of Lifestyle Training on the Quality of Diabetic Patients' Life. *J Diabetes Nurs* 2021; 9 (4):1728-1738 .URL: <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-509-fa.html>.
- 23-Narimani M, Atadokht A, Ahadi B, Abolghasemi A and Zahed A. Effectiveness of Stress Management Training on Reduction of Psychological Symptoms and ZGlycemic Control in Diabetic patients. *Quarterly Journal of health psychology* 2012; Volume 1, Issue 3 - Serial Number 3 February 2013.
- 24-Harris P, Mann L, Philips, Bolger-Harris H., and Webster C. Diabetes management in general practice (seventeenth edition), Novartis 2011.
- 25-Foley E, Baillie A, Huxter M, Price M, and Sinclair E. Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010; 78(1), 72-79.
- 26-Ghasemi N, Namdari K, Qureshian M, & Amini M. Investigating the relationship between expectation (value of time) and adherence to self-
- 8- Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan S, Golshan M, and Dortaj Raberi E. (). Correlation between lifestyle and body mass index among young adults in Kerman. *Iran J Nurse Res* 2008; 2(6):657.
- 9- Ghanei L, Harati H, Hadaegh F, Azizi F. The effect of life style modification on the occurrence of diabetes type 2 in a 3.5-year study: Tehran lipid and glucose study. *Research in Medicine*. 2009; 33 (1) :21-29 URL: <http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-598-fa.html>.
- 10-Amiri A, Rkshany F, Farmanbar R. The Effect of Educational Program based on BASNEF Model on Healthy Lifestyle of Taxi Drivers in Langroud. *jms*. 2014; 1 (4) :45-54 URL: <http://jms.thums.ac.ir/article-1-112-fa.html>.
- 11-Shahnazi H, and Sobhani A. Study and comparison of different aspects healthy lifestyle of the elderly people residing in nursing homes, Isfahan, Iran. *Iran J Ageing* 2016; 10(4):192-201.
- 12-Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Tol A, and Moezi F. Assessing the effect of educational program based on empowerment model on HbA1C among adolescents with type 1 diabetes. *Health System Res* 2012; 8(7):1376-84.
- 13-Eshah NF. Lifestyle and health promoting behaviors in Jordanian subjects without prior history of coronary heart disease. *International J Nurse* 2011; 17(1):27-35.
- 14-Rakhshani T, Shojaiezadeh D, Lankarani K, Rakhshani F, Kaveh M, and Zare N. The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the Iranian elderly. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(9): e18404.
- 15-Mohammadi Zeidi I, Pakpur Hajji A, and Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of the Persian version of the health-promoting lifestyle questionnaire. *J Mazandaran University Med Sci* 2012; 21:156-62.
- 16-James E, Diane G, Stoeber M, and Glenn V. Health Related Quality of Life in Older Mexican Americans with Diabetes. *Heal & Quality of Life out Com* 2007; 5(39): 1-7.
- 17-De Greef K. P, Deforche B. I, Ruige J. B, Bouckaert J. J, Tudor-Locke C. E, Kaufman J. M, and De Bourdeaudhuij I. M. The effects of a pedometer-based behavioral modification program with telephone support on physical

- 35-Bolier L, Haverman M, Westerhof G, Riper H and Smit F. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013; volume13, number: 119.
- 36-Frazier P, Marisa H, Katherine C, & Korey K. The Impact of Positive Psychology on Diabetes Outcomes: A Review. *Published Psychology Online December in Sciences Res* 2012; Vol.3, and No.12A.
- 37-Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers, *Behavioral Psychotherapy*. 1983; 11: PP.147-172.
- 38-Miller W, and Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd edition. New York: Guilford Press 2002.
- 39-Moyers T, and Rollnick S. Motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *J Clinical Psychology* 2002; 58:185-193.
- 40-Peterson C, and Park, N. Orientation to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies* 2016; 6, 25-41.
- 41-Smith D.E, Heckemeyer C.M, Kratt P.P, ND Mason D.A. Motivational Interviewing to Improve Adherence to a Behavioral Weight-control Program for Older Obese Women with NIDDM, *Diabetes Care* 1997; 1, 52-54.
- 42-Pour Sharifi H, Zamani R, Mehryar, A, Besharat M, Rajab A. The effect of motivational interview on the improvement of physical indicators in people with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Contemporary Psychology* 2011; Third period. Number 2.
- 43-Chen S M, Creedy D. L, Huey S, and Wollin J. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, Psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2012; 49 637-644.
- 44-Pung M.A. Motivational interviewing in the reduction of risk factors for eating disorders: a pilot study. Unpublished Ph.D. University of Colorado at Boulder, Colorado, United States 2004.
- 45-Delavar. A. Research methods in psychology and educational science, *Virayesh publication*. 2002.
- care behaviors in type 2 diabetic patients. *Clinical Psychology and Personality*, 2010. 8(2), 1-10.
- 27-Avey J.B, Reichard R.J, Luthans F, and Mhatre K.H. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly* 2011; 22 (2), 127-152.
- 28-Ouweneel E, Le Blanc P, and Schaufeli W.B. Believe and you will achieve: Do changes in self-efficacy correspond with changes in perceived competence, engagement and performance? *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2013; 5, 225-247.
- 29-Amonoo H. L, Barclay M. E, El-Jawahri A, Traeger L. N, Lee S. J, and Huffman J. C. Positive Psychological Constructs and Health Outcomes in Hematopoietic Stem Cell Transplantation Patients: A systematic review, *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 2019; 25(1): e5-e16. <https://doi.org/10.1016>.
- 30-Magyar M and Jinar L. Positive Psychological Interventions. Translator: Foroughi, AS; Aslani, J.; Rafiee. Second Edition, Tehran, Arjmand Book Publishing 2017.
- 31-Jafari M, Beshrpour S and Hajlou N. The effectiveness of positive psychology training on the quality of life of pregnant women. National conference of new achievements of the world in education, psychology, law and social cultural studies. 2017 SID. <https://sid.ir/paper/898093/fa>
- 32-Lyubomirsk S, and Layous K. How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science* 2013; 22(1), 57-62.
- 33-Assarzaghan M, and Raeisi Z. Effectiveness of Positive Psychology Training on Psychological Well-being and Its Dimensions Among Patients with Type II Diabetes. *J Diabetes Nurse* 2019; 7 (2): 793-808.URL: <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-351-fa.html>.
- 34-Huffman Jeff C, Christina M, DuBois Rachel A, Millstein Christopher M. Celano, and Deborah Wexler. Positive Psychological Interventions for Patients with Type 2 Diabetes: Rationale, Theoretical Model, and Intervention Development. Hindawi Publishing Corporation. *Journal of Diabetes Research* 2015; Article ID 428349.

- 51-Khodabakhsh R, Khosravi Z, Shahangian S. Effect of Positive Psychotherapy in Depression Symptoms and Character Strengths in Cancer Affected Patients. *Positive Psychology Research* 2015; Volume: 1, Issue: 1. Spring 2015.
- 52-Nazari Kamal M, Sarrafade S, Samooea R, Tamannayefar S, and Behroozi R. Effectiveness of Motivational Interviewing in the Improvement of Physical Activities in MS Patients. *Journal of Modern Psychological Researches*. Volume 12, Issue 47 January 2018; Pages 205-222.
- 53-Aghaei A, and Niknejadi F. The effectiveness of positive psychology on the meaning of life of diabetic patients in Isfahan. Fifth National Conference on Psychology, Counseling and Social Work 2016. Khomeini Shahr Unit.
- 54-Sadri Damirchi E, and Samadifard H. Predicting of Life Expectancy in Diabetic Patients Based on Self-efficacy, Self-esteem and Perceived Social Support. *Horizon of Medical Sciences*. Spring 2019; 25(2): 85-92.
- 55-Turk C.L, Heimberg R.G, and Hope D. A. Social Anxiety Disorder, In: H.D. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of Psychological Disorders; a Tap-by-step Treatment* (3rd.ed. pp:114-153). New York: Guilford Press 2001.
- 46-Seligman ME. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Am Psychol* 2006; 59.
- 47-Walker S, and Hill Polerecky DM. Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln 1997.
- 48-Luthans F, Youssef C, and Avolio B. *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford, England: Oxford University Press 2007.
- 49-Bahadri Khosroshahi J, Hashemi Nusratabad, T, and Babapurkhairuddin, J. Relationship between psychological capital and social capital of Tabriz University students. *Research and Health (Journal of research and health)*, 2011. 2(1), 63-71. SID. <https://sid.ir/paper/214459/fa>
- 50-Celano C. M, Gianangelo T, Millstein A, Chung W, Wexler D, Park E, and Huffman J, C. A positive psychology-motivational interviewing intervention for patients with type 2 diabetes: Proof-of concept trial Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions 2018.

پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بر اساس اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی

نویسندگان

مهین ویسمرادی^۱، احمد برجلی^{۲*}، زهره رافعی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

mwaismoradi@gmail.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی عمومی و بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران،

ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی عمومی و بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران،

rafezi.zohreh13@gmail.com ایران.

چکیده

مقدمه: بررسی پژوهش‌های انجام‌شده حاکی از آن است که با شیوع بیماری کرونا، پرستاران به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین گروه‌های مقابله با بیماری، با افزایش مسائل روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی روبه‌رو هستند؛ از این‌رو پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بر اساس اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام پرستاران استان کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بود که تعداد ۳۶۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری دردسترس وارد پژوهش شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس‌های کیفیت زندگی وار و شریون (SF-36)، اضطراب کرونا علی‌پور و همکاران (CDAS) و انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندورال (CFI) بود.

نتایج: نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی پرستاران با متغیرهای اضطراب کرونا و خرده‌مقیاس‌های آن رابطه منفی معنادار ($P < 0/001$) و با انعطاف‌پذیری شناختی و خرده‌مقیاس‌های آن رابطه مثبت معنادار ($P < 0/001$) دارد. همچنین تحلیل نتایج رگرسیونی نشان داد که متغیرهای اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی با هم می‌توانند ۲۰/۸ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی را تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه مبحث کیفیت زندگی در پرستاران، موضوع حائز اهمیت هم برای خود آنها و هم سلامت جامعه است و نتایج تحقیق هم نشان داد که درصد قابل قبولی از این متغیر را می‌توان بر اساس اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی تبیین کرد؛ از این‌رو می‌توان با برگزاری برنامه‌هایی در زمینه مدیریت اضطراب، آشنایی با انعطاف‌پذیری شناختی و ارتقای آن توسط روان‌شناس به‌صورت آنلاین یا حضوری، به ارتقای کیفیت زندگی پرستاران کمک کرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۸/۱۲

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۱/۲۰



کلیدواژه‌ها

اضطراب، انعطاف‌پذیری شناختی، پرستار، کیفیت زندگی، ویروس کرونا.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

borjali@atu.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

روان‌شناختی، اجتماعی و غیره است، درنظرمی‌گیرند. با توجه به چندبعدی بودن مفهوم کیفیت زندگی، بررسی ابعاد روان‌شناختی این مفهوم، از اهمیتی بالا برخوردار است؛ زیرا این بعد از کیفیت زندگی بیشتر ذهنی^۲ است [۱۱].

یکی از متغیرهای روان‌شناختی که به نظر می‌رسد با کیفیت زندگی ارتباط داشته باشد، اضطراب کروناست. اضطراب را یک حالت هیجانی ناخوشایند که با ترس، نگرانی، تنش، بیم و ابهام و علائم جسمانی همراه است، تعریف کرده‌اند [۱۲]. اضطراب کرونا، اضطراب از ابتلای به بیماری و بروز علائم آن در فرد است که دارای دو مؤلفه علائم جسمانی و علائم روان‌شناختی است. علائم جسمانی اضطراب کرونا شامل احساس تنش، مشکلات خواب، سردرد، لرزش، کاهش فعالیت‌های جسمانی، تپش قلب، مشکلات اشتها و علائم روان‌شناختی شامل نگرانی بیش از حد، ترس از ابتلا، نشخوار فکری و غیره است [۱۳]. ترس از ناشناخته‌ها ادراک ایمنی را در انسان کاهش داده [۱۴] و علاوه بر آسیب‌پذیر کردن فرد نسبت به بیماری، سبب بروز نشانه‌های اضطراب در وی می‌شود، به همین دلیل اضطراب نسبت به بیماری کرونا نیز شایع است [۱۵ و ۱۶]. با توجه به گستردگی شیوع کووید-۱۹ در جهان، پرستاران به‌عنوان گروهی که با فشار کاری بالایی روبه‌رو شدند و هر روز شاهد درد و رنج و مرگ مبتلایان به این بیماری هستند، بیشتر از سایر اقشار در معرض بروز اختلال‌های روان‌شناختی و اضطراب قرار دارند [۱۷]. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در زمان پاندمی کرونا حاکی از آن است که بین اضطراب ناشی از بیماری کرونا و کیفیت زندگی در مراقبان سلامت رابطه معناداری وجود دارد [۱۸ و ۱۹] و با افزایش سطوح اضطراب، به‌مراتب کیفیت زندگی در آنها کاهش پیدا می‌کند [۲۰].

یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی که می‌تواند با کیفیت زندگی ارتباط داشته باشد، انعطاف‌پذیری شناختی^۳ است [۲۱]. انعطاف‌پذیری شناختی، فرایندی پویاست که مسئول ایجاد انطباق و سازگاری فرد با محیط است، به‌نحوی که فرد انعطاف‌پذیر با وجود داشتن تجارب آسیب‌زا و اذیت‌کننده، به‌جای نشخوار فکری و سبک مقابله‌ای ناکارآمد، با کمک فرایندهای چارچوب‌دهی مجدد و حل مسئله می‌تواند با محرک‌های تنش‌زای در حال تغییر

تلاش برای یک زندگی باکیفیت مطلوب همواره یکی از اهداف انسان بوده و با مقایسه انواع چالش‌های مرتبط با سلامت، می‌توان به این نتیجه رسید که اگرچه چالش بزرگ سیستم بهداشت و درمان در قرن بیستم زنده‌ماندن بوده است، اما چالش اصلی در قرن حاضر، زندگی با کیفیت مطلوب است [۱]. طبق تعریف سازمانی جهانی بهداشت، ادراک هر فرد از موقعیت خود در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایی که در متن فرهنگ و سیستم‌های احاطه‌کننده فرد وجود دارند، کیفیت زندگی او را شکل می‌دهند (۲). کیفیت زندگی را می‌توان یک مفهوم چندبعدی در نظر گرفت [۳]؛ که دربرگیرنده ابعاد مختلفی نظیر احساس رضایت‌مندی، خوشحالی، امید، سلامت جسمانی و سلامت روان‌شناختی است که به‌صورت یک سیستم پویا عمل کرده و در بازه‌های زمانی مختلف و تحت تأثیر عوامل مختلف دچار تغییراتی می‌شود [۴].

شغل یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد است (۵). پرستاری از جمله مشاغل مهمی است که به‌طور مستقیم با سلامتی افراد جامعه در ارتباط است. سازمان جهانی بهداشت^۱ به علت نقش اساسی پرستاران در بهداشت و سلامت جامعه، آنها را ستون فقرات و تنه اصلی سیستم بهداشت و درمان نامیده است [۴]. با شیوع پاندمی کرونا، پرستاران تحت فشارهای فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی زیادی قرار گرفته‌اند [۶]. بررسی پژوهش‌ها حاکی از آن است که در نتیجه ویژگی‌های کار و محیط کاری، حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد از پرستارانی که مورد بررسی قرار گرفته‌اند، کاهش چشمگیری در کیفیت زندگی را گزارش داده‌اند [۷-۹]. فراگیر شدن بیماری کووید-۱۹ در سطح جامعه و ابتلای تعداد زیادی از افراد به این بیماری، با افزایش فشار کاری برای پرستاران به‌عنوان خط مقدم کادر درمان، همراه بوده است. با توجه به افزایش روزانه شمار مبتلایان و به‌تبع آن افزایش فشار کاری، تغییر شیفت‌بندی‌ها و ابتلای خود آنان به بیماری، به نظر می‌رسد با کاهش کیفیت زندگی در آنان روبه‌رو باشیم [۱۰]. صاحب‌نظران حیطه روان‌شناسی، کیفیت زندگی را یک مفهوم چندبعدی که دربرگیرنده ابعاد جسمانی،

2. Subjective
3. Cognitive flexibility

1. WHO

دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که آیا می‌توان کیفیت زندگی پرستاران را بر اساس اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی پیش‌بینی کرد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش مقطعی توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بود که حدود ۵۰۰۰ نفر گزارش شد. حجم نمونه در این پژوهش بر اساس جدول مورگان ۳۵۷ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ناقص بودن پرسشنامه‌ها و برای اطمینان بیشتر، ۳۶۰ نفر وارد پژوهش شدند. با توجه به وضعیت بیماری کرونا در سطح استان و عدم امکان حضور پژوهشگر در بیمارستان‌ها، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بعد از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه و ارائه به پشتیبان‌های کانال‌های پرستاری در سطح استان، پرسشنامه‌های مربوط به پژوهش از طریق یک لینک گوگل فرم در گروه‌های مجازی پرستاران استان قرار داده شد و شرکت‌کنندگان به سؤالات پاسخ دادند. ملاک ورود به پژوهش، پرستار، شاغل بودن در یکی از بیمارستان‌های استان کرمانشاه و عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی و ملاک خروج عدم پاسخ به بیشتر از سه سؤال و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. برای افراد قبل از پاسخ‌گویی به سؤالات پیامی حاوی توضیحات کلی و معرفی، نحوه پاسخ‌گویی، ثبت پاسخ‌ها و محرمانه‌ماندن اطلاعات ارسال شد و تنها در صورت رضایت کامل، پرسشنامه برای آنها ارسال می‌شد. پژوهشگر تا اتمام جمع‌آوری داده‌ها در گروه‌ها حضور داشت، شماره تلفن و آدرس ایمیل پژوهشگر نیز در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار داده شد تا سؤالات احتمالی خود را با پژوهشگر در میان بگذارند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی وار و شریون^۱

پرسشنامه‌های زیادی برای سنجش کیفیت زندگی ابداع شده‌اند که یکی از معروف‌ترین آنها، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) است. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط

سازگار شده و از خود عملکرد مطلوبی را نشان دهد [۲۲]. انعطاف‌پذیری شناختی دارای دو مؤلفه اصلی در معرض خطر بودن و سازگاری مثبت در شرایط است. افراد انعطاف‌پذیر برای تعیین روش‌های انطباق با شرایط موجود، با استفاده از فرایندهای شناخت اجتماعی توانمند هستند. به‌طور کلی افرادی که می‌توانند راه‌های انعطاف‌پذیر و متعدد برای حل یک مشکل پیدا کنند، نسبت به کسانی که همیشه از یک طریق به حل مشکل می‌پردازند، دارای انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری هستند [۲۳]. نتایج پژوهش‌های قبلی حاکی از آن است که انعطاف‌پذیری شناختی در ایجاد تعادل بین جنبه‌های مختلف زندگی مؤثر بوده و با بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان در گروهی از اختلالات نظیر افسردگی و اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی رابطه دارد [۲۴-۲۶]. از این رو به نظر می‌رسد افرادی که از نظر انعطاف‌پذیری شناختی در سطح خوبی قرار دارند، به علت توانایی انطباق بالا با شرایط سخت، از کیفیت زندگی نیز در سطح مطلوبی قرار داشته باشند [۲۷ و ۲۸].

در سازمان‌هایی نظیر بیمارستان‌ها که بزرگ‌ترین بخش کارکنان را پرستاران تشکیل می‌دهند، توجه مدیران به کیفیت زندگی می‌تواند محیط کاری منعطف‌تری ایجاد کند که نیازهای اساسی پرستاران، به شیوه بهتری تأمین شود؛ چون کیفیت زندگی از طرفی با سلامت جسمی و روانی پرستاران ارتباط نزدیکی دارد و از طرفی دیگر می‌تواند بر عملکرد آنان در جهت انجام وظایف پرستاری و مراقبت از بیماران تأثیر چشمگیری داشته باشد؛ از این رو نیاز است متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی شناسایی شوند. تاکنون پژوهش‌های زیادی در زمینه متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی انجام شده است اما با توجه به شیوع بیماری کووید-۱۹ و به دنبال آن پیامدهای روان‌شناختی ناشی از این بیماری در اقصای مختلف جامعه مخصوصاً پرستاران، پژوهش‌های جامعی که بتواند به ارائه یک مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی در پرستاران بر اساس اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی بپردازد انجام نشده است؛ بنابراین نیاز به این پژوهش در شرایط فعلی احساس می‌شود. نتایج این پژوهش می‌تواند دانش ما را در زمینه کیفیت زندگی پرستاران افزایش داده و در ارائه مدل‌ها و برنامه‌هایی برای ارتقای کیفیت زندگی آنان به‌ویژه در شرایط فعلی، ما را همراهی کند. با توجه به آنچه تاکنون عنوان شد، در این پژوهش به

1. SF-36

کرونباخ برای عامل اول ($\alpha=0/879$)، عامل دوم ($\alpha=0/861$) و برای کل پرسشنامه ($\alpha=0/919$) به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ $0/943$ به دست آمد. همچنین مقدار $2-\lambda$ گاتمن^۲ برای عامل اول ($2-\lambda=0/882$)، عامل دوم ($2-\lambda=0/864$) و برای کل پرسشنامه ($2-\lambda=0/922$) به دست آمد. به منظور بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته‌کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه GHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با $0/483$ ، $0/507$ ، $0/418$ ، $0/333$ و $0/269$ است و تمامی این ضرایب در سطح $0/01$ معنادار بود [۳۰].

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال^۳

این پرسشنامه (CFI) توسط دنیس و وندروال^۴ (۲۰۱۰) تدوین شده است که دارای ۲۰ سؤال است. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر به کار می‌رود. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) است که سه بعد توسط آن سنجیده می‌شود: ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) در پژوهش خود، روایی هم‌زمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک $0/39-$ و روایی هم‌گرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین $0/75$ به دست آورده‌اند. در ایران شماره و همکاران (شاره، سلطانی، بحرینیان و فرمانی به نقل از فاضلی و همکاران ۱۳۹۳) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را $0/71$ و ضریب آلفای کرونباخ کل را $0/90$ گزارش کرده‌اند. زارع (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را به ترتیب $0/72$ ، $0/77$ ، $0/63$ و کل مقیاس را $0/84$ گزارش کرد. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ $0/88$ به دست آمد. حداقل نمره کسب‌شده در این مقیاس ۲۰ و حداکثر ۱۴۰ است. همچنین نمره بالاتر در این مقیاس

وار و شریون ساخته شده و دارای ۳۶ سؤال است که ۸ زیرمقیاس را مورد بررسی قرار می‌دهد. هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارت‌اند از عملکرد جسمی (۱۰ سؤال)، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی (۴ سؤال)، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (۳ سؤال)، انرژی/خستگی (۴ سؤال)، بهزیستی هیجانی (۵ سؤال)، کارکرد اجتماعی (۲ سؤال)، درد (۲ سؤال) و سلامت عمومی (۵ سؤال). همچنین از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. نمره فرد در هر یک از این زیرمقیاس‌ها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است (نمره‌گذاری این پرسشنامه نیازمند دقت بالایی است). اعتبار و روایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های ۸ گانه بین $0/07$ تا $0/85$ و ضرایب بازآزمایی آنها را با فاصله زمانی یک هفته بین $0/43$ تا $0/79$ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه $0/930$ به دست آمد [۲۹].

پرسشنامه اضطراب کرونا علی‌پور و همکاران^۱

مقیاس (CDAS) از نخستین مقیاس‌های ساخته‌شده در ایران برای سنجش اضطراب کرونا توسط علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸) است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. بر این اساس شدت اضطراب به سه درجه خفیف (نمره ۰ تا ۱۶) متوسط (نمره ۱۷ تا ۲۹) و شدید (نمره ۳۰ تا ۵۴) تقسیم می‌شود. همچنین با استفاده از پرسشنامه حاضر، شدت اضطراب در ابعاد روان‌شناختی و جسمانی نیز سنجیده می‌شود. ۳۰۸ نفر در فراخوان اینترنتی این پژوهش شرکت کردند و در نهایت پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای

2. Guttman

3. CFI

4. Dennis & VanderWal

1. CDAS

لازم است که برای سهولت کار نمرات استانداردسازی شده‌اند. همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره کلی متغیر کیفیت زندگی ۵۹/۷۰، متغیر انعطاف‌پذیری شناختی ۵۳/۳۰ و متغیر اضطراب کرونا ۲۷/۳۸ است. همچنین در بین خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی بیشترین نمره مربوط به کارکرد جسمانی (۷۸/۵۷) بود. در بین خرده‌مقیاس‌های اضطراب کرونا علائم روانی میانگین بیشتری (۳۸/۱۸) داشت و ادراک گزینه‌های مختلف در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی میانگین بیشتری (۶۶/۱۳) نسبت به دو خرده‌مقیاس دیگر به دست آورد. همچنین علاوه بر آماره‌های توصیفی، نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی توزیع نرمال متغیرهای اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی ارائه شده است.

نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری بالاتر و نمرات نزدیک به ۲۰ نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین است (۳۱). به‌منظور تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۵ نرم‌افزار SPSS استفاده شد و جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش، از آزمون آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

از تعداد ۳۶۰ شرکت‌کننده در این پژوهش، ۱۷۱ نفر زن و ۱۸۹ نفر مرد بودند. همچنین در متغیر وضعیت تأهل تعداد افراد مجرد و متأهل با هم برابر بوده، یعنی ۱۸۰ نفر مجرد و ۱۸۰ نفر متأهل با میانگین سنی تقریباً ۳۰ سال در این پژوهش حضور داشتند. تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش نیز دارای مدرک کارشناسی رشته پرستاری بودند. در جدول ۱، میانگین، میانه و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و خرده‌مقیاس‌های آن گزارش شده است. این توضیح

جدول شماره ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	خرده‌مقیاس	میانگین (۰-۱۰۰)	میانه (۰-۱۰۰)	انحراف استاندارد	کولموگروف اسمیرنوف	سطح معناداری
سلامت جسمی	سلامت جسمی	عدم اختلال در سلامت جسمی	۵۴/۰۳	۵۰/۰۰	۳۵/۹۰۹	۱/۱۵۸	۰/۱۲۴
		کارکرد جسمی	۷۸/۵۷	۸۵/۰۰	۲۱/۱۶۰	۱/۳۱۲	۰/۰۸۶
		سلامت عمومی	۵۵/۱۳	۵۵/۰۰	۱۷/۹۹۶	۱/۳۰۰	۰/۰۶۰
		عدم احساس درد	۵۵/۵۰	۵۵/۰۰	۲۵/۸۷۳	۱/۲۵۷	۰/۰۷۶
		نمره کل سلامت جسمی	۶۶/۱۲	۶۸/۱۰	۱۹/۳۰۱	۱/۲۰۱	۰/۱۱۲
سلامت روانی	سلامت روانی	عدم اختلال در سلامت هیجانی	۴۲/۶۹	۳۳/۳۳	۳۹/۶۷۸	۱/۳۱۴	۰/۰۶۹
		داشتن انرژی	۵۱/۰۸	۵۰/۰۰	۱۸/۱۱۷	۱/۱۸۱	۰/۱۲۳
		کارکرد اجتماعی	۴۹/۰۶	۳۷/۵۰	۲۴/۱۲۳	۱/۱۶۳	۰/۱۳۶
		بهبودی هیجانی	۵۴/۰۸	۵۴/۰۰	۱۶/۷۵۴	۱/۳۱۰	۰/۰۹۸
		نمره کل سلامت روانی	۵۰/۰۶	۴۷/۱۴	۱۹/۵۴۴	۱/۲۸۴	۰/۰۷۳
انعطاف‌پذیری شناختی	انعطاف‌پذیری شناختی	نمره کلی کیفیت زندگی	۵۹/۷۰	۵۹/۲۹	۱۷/۶۷۸	۱/۲۹۲	۰/۰۷۱
		ادراک گزینه‌های مختلف	۶۶/۱۳	۶۶/۶۷	۱۴/۹۱۰	۱/۲۶۳	۰/۰۸۸
		ادراک کنترل‌پذیری	۵۳/۳۳	۵۲/۵۰	۱۹/۷۰۳	۱/۰۵۷	۰/۲۱۴
		ادراک توجیه رفتار	۵۶/۸۱	۵۸/۳۳	۲۰/۱۴۵	۱/۱۹۲	۰/۱۲۶
اضطراب کرونا	اضطراب کرونا	نمره کلی انعطاف‌پذیری شناختی	۵۳/۳۰	۵۴/۶۵	۱۶/۹۹۳	۱/۲۷۸	۰/۰۷۷
		علائم روانی	۳۸/۱۸	۳۳/۳۳	۲۳/۰۱۰	۱/۱۲۶	۰/۲۱۶
		علائم جسمانی	۱۶/۵۸	۷/۴۱	۲۲/۱۸۴	۱/۲۱۴	۰/۰۹۶
		نمره کلی اضطراب کرونا	۲۷/۳۸	۲۲/۲۲	۲۰/۵۷۹	۱/۰۹۶	۰/۲۱۷

جدول شماره ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب کرونا با کیفیت زندگی

متغیر	کیفیت زندگی	ادراک گزینه مختلف	ادراک کنترل‌پذیری	ادراک توجیه رفتار	انعطاف‌پذیری (کلی)	علائم روان‌شناختی اضطراب کرونا	علائم جسمی اضطراب کرونا	اضطراب کرونا (کلی)
کیفیت زندگی	۱							
ادراک گزینه‌های مختلف	۰/۱۹۶**	۱						
ادراک کنترل‌پذیری	۰/۳۷۲**	۰/۴۱۶**	۱					
ادراک توجیه رفتار	۰/۰۴۷	۰/۴۲۲**	۰/۰۰۹	۱				
انعطاف‌پذیری شناختی (کلی)	۰/۳۲۲**	۰/۸۷۶**	۰/۷۸۳**	۰/۴۱۶**	۱			
علائم روان‌شناختی اضطراب کرونا	-۰/۳۳۷**	-۰/۰۴۱	-۰/۲۸۴**	۰/۰۴۱	-۰/۱۷۰**	۱		
علائم جسمانی اضطراب کرونا	-۰/۲۹۵**	-۰/۱۰۲	-۰/۲۲۲**	۰/۰۴۱	-۰/۱۷۲**	۰/۶۵۹**	۱	
اضطراب کرونا (کلی)	-۰/۳۴۸**	-۰/۰۷۸	-۰/۲۷۸**	۰/۰۴۵	-۰/۱۸۸**	۰/۹۱۴**	۰/۹۰۷**	۱

**P < ۰/۰۰۱ N = ۳۶۰

می‌توان گفت که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. پیش‌فرض استقلال خطاها نیز به‌وسیله آزمون دوربین واتسون بررسی شد. آماره به‌دست‌آمده دوربین واتسون در این پژوهش ۲/۰۶۸ نتیجه داد و این عدد در بازه ۲/۵-۱/۵ قرار دارد، نتیجه می‌گیریم که فرض استقلال خطاها تأیید می‌شود. در هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین با کمک شاخص VIF مورد بررسی قرار گرفت؛ چنانچه عدد به‌دست‌آمده برای این شاخص بزرگ‌تر از ۱۰ نباشد، می‌توان گفت که بین متغیرهای واردشده در مدل، مشکل درهم‌خطی وجود ندارد. شاخص VIF در متغیرهای پیش‌بین و خرده‌مقیاس‌های آن همگی پایین‌تر از ۱۰ به دست آمدند. نتایج مربوط به پیش‌فرض‌های تحلیل آزمون رگرسیون در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جهت بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ آمده است.

مطابق جدول شماره ۲، به غیر از خرده‌مقیاس ادراک توجیه رفتار در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی، همبستگی سایر خرده‌مقیاس‌ها و نمرات کلی به‌دست‌آمده، با متغیر کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند.

به‌منظور بررسی فرضیه پژوهش از آزمون رگرسیون استفاده شد. قبل از انجام تحلیل رگرسیون، باید پیش‌فرض‌های آن (نرمال بودن متغیر ملاک، استقلال خطاها، درهم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین) مورد بررسی قرار گیرد. به این منظور توزیع نرمال متغیرها به‌وسیله آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جدول ۱) بررسی شد و چون سطح معناداری همه متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ به دست آمد،

جدول شماره ۳. بررسی آماره‌های مربوط به تشخیص درهم‌خطی و آماره دوربین واتسون

آماره دوربین واتسون	آماره‌های تشخیص درهم‌خطی		متغیرهای پیش‌بین
۲/۰۶۸	VIF	تولرانس	مقدار ثابت
	۱/۶۸۷	۰/۵۹۳	ادراک گزینه‌های مختلف
	۱/۹۳۵	۰/۵۱۷	ادراک کنترل‌پذیری
	۱/۳۴۶	۰/۷۴۳	ادراک توجیه رفتار
	۲/۰۶۲	۰/۴۸۵	علائم روانی اضطراب
	۱/۸۸۵	۰/۵۳۰	علائم جسمانی اضطراب

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب کرونا

سطح معناداری	T	ضریب همبستگی غیراستاندارد		متغیرهای پیش‌بین
		Beta	Std. Error	
۰/۰۰۰	۱۰/۸۲۲		۴/۴۲۹	مقدار ثابت
۰/۴۱۰	۰/۸۲۵	۰/۰۴۹	۰/۰۷۰	ادراک گزینه‌های مختلف
۰/۰۰۰	۴/۹۳۷	۰/۲۷۴	۰/۰۵۰	ادراک کنترل‌پذیری
۰/۴۹۸	۰/۶۷۹	۰/۰۳۶	۰/۰۴۷	ادراک توجیه رفتار
۰/۰۰۴	-۲/۹۳۵	-۰/۱۸۹	۰/۰۵۰	علائم روانی
۰/۰۹۵	-۱/۶۷۴	-۰/۱۰۶	۰/۰۵۰	علائم جسمانی
		۰/۰۰۰		سطح معناداری
		۰/۴۵۶		ضریب همبستگی چندگانه (R)
		۰/۲۰۸		ضریب تعیین (R ²)
		۰/۱۹۷		ضریب تعیین تعدیل‌شده
		۱۸/۶۰۹		آماره (معناداری مدل)

نتایج پژوهش‌های سونگ و همکاران^[۱۰]، قنبرپور^[۱۲] سبحانی، محمدی، تابان‌فر و شریف‌حسینی^[۱۳] و علی‌زاده و صفاری‌نیا^[۲۰] در مورد رابطه اضطراب کرونا و کیفیت زندگی همسو بود. عبدالقانع، مهدی و الگوهری^[۱۹] در پژوهشی به بررسی رابطه اضطراب نسبت به ابتلای بیماری کرونا و کیفیت زندگی در مراقبان سلامت پرداختند. نتیجه این پژوهش حاکی از آن بود که بین سطوح اضطراب در مراقبان سلامت و کیفیت زندگی آنان رابطه معناداری وجود داشت و با افزایش اضطراب در آنان، کیفیت زندگی کاهش می‌یافت. تجربه اضطراب در زندگی امری اجتناب‌ناپذیر بوده و با بروز علائم جسمانی و روان‌شناختی برای فرد همراه است. مشکل اصلی افراد مضطرب، درگیری ذهن با ابهام، نگرانی و خطای شناختی است^[۱۲]. با شیوع بیماری کووید-۱۹ در اکثر کشورهای جهان، عواملی نظیر ناشناخته‌بودن بیماری، انتشار اخبار متناقض در مورد بیماری و آینده آن، جهش‌های متعدد ویروس و مرگ و میر گسترده سبب ایجاد اضطراب و نگرانی بین عموم مردم شده است و در این میان پرستاران به دلیل بیشترین مواجهه با بیماری و بیماران، به میزان زیادی تحت تأثیر این بیماری قرار گرفتند و اضطراب زیادی را متحمل شدند^[۳۲]. تجربه

نتایج تحلیل رگرسیونی پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران بر اساس اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود.

مطابق جدول شماره ۴ می‌توان نتیجه گرفت که ۲۰/۸ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی را می‌توان بر اساس متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و اضطراب کرونا تبیین کرد. نتایج آزمون آنوا نیز حاکی از معناداربودن مدل رگرسیونی است ($F=18/609$, $P<0/001$). نتایج بررسی ضرایب رگرسیونی نیز نشان داد که ادراک کنترل‌پذیری با مقدار ضریب بتای ۰/۲۷۴ و علائم روانی اضطراب کرونا با ضریب بتای -۰/۱۸۹، کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی در پرستاران بر اساس اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی انجام شد. نتایج نشان داد که بین اضطراب کرونا و انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه معنادار (بین اضطراب کرونا و کیفیت زندگی رابطه منفی معنادار و بین انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار) وجود دارد و این دو متغیر قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی در پرستاران هستند. نتایج این پژوهش با

رفتاری و عاطفی ناسازگارانه، حساسیت بالا به احتمالات مربوط به آینده و چسبیدن به راهکارهای هیجان‌مدار موقت، مورد توجه قرار گرفته است [۳۱]. انعطاف‌پذیری شناختی با ارتقای سطح شناختی و افزایش توانمندی چیره‌شدن بر محیط، بر بهزیستی روانی و کاهش آسیب‌پذیری نسبت افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های عمومی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی تأثیرگذار است.

نتایج تحلیل رگرسیون نیز حاکی از آن بود که از بین متغیرهای پژوهش، ادراک کنترل‌پذیری در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و علائم روان‌شناختی در متغیر اضطراب کرونا، در مدل فعلی اثرگذارند. ادراک کنترل‌پذیری با ارتقای حس خودکارآمدی و ارتقای سلامت روان سبب ارتقای کیفیت زندگی شده و علائم روان‌شناختی اضطراب کرونا، با افزایش ترس، ابهام و نگرانی و درگیری با خطاهای شناختی و به تبع آن کاهش سلامت روان شناختی و کاهش کیفیت زندگی همراه است.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود. با توجه به شیوع بیماری و قراردادن استان کرمانشاه در وضعیت قرمز، امکان حضور پژوهشگران در بیمارستان و انتشار پرسشنامه‌ها به صورت فردی و حضوری نبود، در نتیجه امکان نظارت کامل از سوی پژوهشگران بر نحوه اجرا و پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان وجود نداشت. همچنین به علت شرایط موجود و عدم دسترسی به پرستاران برای انتخاب روش‌های تصادفی، از روش نمونه‌گیری دردسترس و ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد و در نهایت جامعه پژوهش محدود به پرستاران بیمارستان‌های استان کرمانشاه بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و در صورت امکان از ابزارهای دیگری نظیر مصاحبه استفاده شود. با توجه به اینکه پرستاران بخش کرونا به احتمال زیاد بیشتر از پرستاران سایر بخش‌ها اضطراب را تجربه کنند، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه متغیرهای روان‌شناختی از جمله اضطراب در پرستاران بخش کرونا با سایر بخش‌ها پرداخته شود. همچنین نظر به اینکه کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی نظیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرد، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی به بررسی نقش این متغیرها در پیش‌بینی کیفیت زندگی بپردازند. در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده در

مداوم اضطراب به تضعیف سیستم ایمنی منجر می‌شود و فرد را نسبت به بیماری نیز آسیب‌پذیرتر می‌کند و با بروز کوچک‌ترین علائم در او، اضطرابش تشدید می‌شود. از طرفی به علت تشابه تعدادی از علائم بیماری با اضطراب (تپش قلب، مشکلات خواب، کابوس، سردرد و غیره)، افراد گاهی در تمایز بیماری با اضطرابشان دچار مشکل می‌شدند و نسبت به علائم بیش‌برآورد، ترس نامتناسب با تهدید و فاجعه‌انگاری داشتند. علاوه بر این شیوع بیماری سبب کاهش تعاملات اجتماعی و پایین‌آمدن کیفیت روابط در سطح خانوادگی و دور شدن از شبکه‌های دوستی و اجتماعی به شکل سابق شد و همین موضوع روی بعد اجتماعی کیفیت زندگی تأثیر گذاشته است. پس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اضطراب کرونا با اثرگذاری بر ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد، در کاهش کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار بوده است [۱۵]. از سویی دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که بین انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنادار ($P < 0/001$) وجود دارد که این نتیجه با نتایج تحقیقات الزوبی^۱ [۲۴]، لیلیک و دمیر^۲ [۲۵] و عامریان و جعفری [۲۶] همسو بود. کروکوزک، باسینسکا و جانیکا^۳ [۲۷] در پژوهشی به بررسی متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی، سبک مقابله، سازگاری و کیفیت زندگی در پرستاران پرداختند. نتیجه این پژوهش حاکی از آن بود که انعطاف‌پذیری شناختی پیش‌بینی‌کننده سبک مقابله، سازگاری و سلامت روان‌شناختی در پرستاران است. انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم کارکردهای اجرایی در افراد و یک قابلیت شناختی اساسی به شمار می‌رود. فردی که انعطاف‌پذیری شناختی دارد به کمک ذهن خلاق و پویای خود، می‌تواند در رویارویی با یک اتفاق، بازنمایی‌های متناقضی را در نظر بگیرد و پس از بررسی و ارزیابی گزینه‌های موجود، از بین گزینه‌های موجود، بهترین گزینه را انتخاب کند؛ از این رو احساس خودکارآمدی بالایی نیز دارد. در نظریه انعطاف‌پذیری شناختی، سلامت روان این‌گونه تعریف می‌شود: پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی و متعهد شدن به فعالیت‌های ارزشمند و با ثبات و به تبع آن در تعریف آسیب‌شناسی روانی افراط در قوانین

1. Al-Zoubi
2. Muyan-Yılık, M., & Demir, A
3. Kruczek, A., Basinska, M. A. & Janicka, M

- 7- Allen J, Mellor D. Work context, personal control, and burnout amongst nurses. *Western West J Nurs Res.* 2002;24(8):905-17.
- 8- Suryavanshi N, Kadam A, Dhumal G, Nimkar S, Mave V, Gupta A, et al. Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain Behav.* 2020;10(11):e01837.
- 9- Dehkordi AH, Gholamzad S, Myrfendereski S, Dehkordi AH. The Effect of Covid-19 on Anxiety, Quality of Work Life and Fatigue of *Health Care Providers in Health Care Centers;* 2020.
- 10-Song Y, Xu W, ChatooahNd, Chen J, Huang Y, Chen P, Lan Y, Li C, Ying Q, Ma L, Zhou J. Comparison Of Low Dose Versus Ultra-Low Dose Hormone Therapy In Menopausal Symptoms And Quality Of Life In Perimenopause Women. *GynecolEndocrinol.* 2020 Mar;36(3):252-256.
- 11-Ghanbarpoor,Elham. The Relationship Between Disease Caused By Students' Quality Of Life. *Journal Of Psychological Studies And Educational Sciences*,2019;4(6).
- ۱۲-امانی رزیتا. نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۳۹۴، ۱۳(۲) (پیاپی ۲۵): ۷۷-۸۴.
- ۱۳-سبحانی، سیوان، محمدی زیدی، عیسی، تابان‌فر، سارا و شریف‌حسینی، محمد. ارتباط اضطراب با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹. *مهندسی بهداشت حرفه‌ای*. ۱۴۰۱، ۹(۱): ۴۵-۲۷.
- ۱۴-نائینیان محمدرضا، باباپور جلیل، گروسی فرشی تقی، شعیری محمدرضا، رستمی رضا. مقایسه تأثیر آموزش نوروفیدبک و دارودرمانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۳۹۱، ۱۹(۷): ۱-۱۳.
- 15-Vafaei H, Roozmeh S, Hessami K, Kasraeian M, Asadi N, Faraji A, et al. Obstetrics Healthcare Providers' Mental Health and Quality of Life During COVID-19 Pandemic: Multicenter Study from Eight Cities in Iran. *Psychol Res Behav Manag.* 2020;13:563-571.
- 16-Bajema Kl, Oster Am, MCGovern Ol, Lindstrom S, Stenger Mr, Anderson Tc, Isenhour C, Clarke Kr, Evans Me, Chu Vt, Biggs Hm, Kirking Hl, Gerber Si, Hall Aj, Fry Am, Oliver Se; 2019-

این پژوهش آموزش مهارت‌هایی جهت مدیریت اضطراب نسبت به بیماری کرونا و راهکارهای ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی به پرستاران، توسط متخصصان سلامت روان به صورت حضوری یا آنلاین ضروری است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را نسبت به تمامی پرستاران بیمارستان‌های استان کرمانشاه و مسئولان نظام پرستاری که در جمع‌آوری داده‌ها، کمک شایانی داشتند، ابراز کنند.

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

منابع

- ۱- علیزاده بیرجندی زهرا، غنچه‌ای محدثه، حکم‌آبادی فاطمه، موسویان سیده زهرا. بررسی رابطه بین اضطراب ناشی از کرونا و پیامدهای آن بر سلامت روان کارکنان. *سنجش و پژوهش در مشاوره و روان‌شناسی کاربردی*. ۱۳۹۹، ۲(۴): ۳۲-۲۱.
- 2- Keener TA, Hall K, Wang K, Hulsey T, Piamjariyakul U. Relationship of quality of life, resilience, and associated factors among nursing faculty during COVID-19. *Nurse Educ.* 2021;46(1):17-22.
- ۳- حسین‌نیا، نرگس و حاتمی حمیدرضا. پیش‌بینی کیفیت زندگی بر مبنای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در بازنشستگان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱۳۹۸، ۲۰(۱): ۹۱-۸۱.
- 4- YalçınözBaysal H, Yıldız M. Determining Of Health Literacy Level In Elderly: An Example Of Eastern Turkey. *Middle Black Sea Journal Of Health Science.* 2021; 7(1): 7-14.
- 5- Abbasi M, Farhang Dehghan S, Fallah Madvari R. Interactive effect of background variables and workload parameters on the quality of life among nurses working in highly complex hospital units: A cross-sectional study. *J Clin Diagn Res.* 2019;13(1):15-25.
- 6- Yang X, Zhang Y, Li S, Chen X. Risk factors for anxiety of otolaryngology healthcare workers in Hubei province fighting coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021;56(1):39-45.

- 25-Muyan-Yılık, M., & Demir, A. (2020). A Pathway Towards Subjective Well-Being For Turkish University Students: The Roles Of Dispositional Hope, Cognitive Flexibility, And Coping Strategies. *Journal Of Happiness Studies*, 21(6), 1945-1963.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2fs10902-019-00162-2>
- ۲۶- عامریان، وصال و جعفری، داود. پیش‌بینی کیفیت زندگی دانشجویی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی و انگیزش درونی، نهمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، ۱۴۰۰
- 27-Kruczek A, Basińska Ma, Janicka M. Cognitive Flexibility And Flexibility In Coping In Nurses - The Moderating Role Of Age, Seniority And The Sense Of Stress. *Int J Occup Med Environ Health*. 2020 Jun 16;33(4):507-521.
Doi: 10.13075/Ijomeh.1896.01567
- 28-Masuda, Akihiko, And Erin C. Tully. "The Role Of Mindfulness And Psychological Flexibility In Somatization, Depression, Anxiety, And General Psychological Distress In A Nonclinical College Sample." *Journal Of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, Jan. 2012, Pp. 66-71.
Doi:10.1177/2156587211423400.
- ۲۹- منتظری، علی، گشتاسبی، آریتا، وحدانی نیا، مریم السادات . ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. پایش. ۱۳۸۴؛ ۵ (۱)
- ۳۰- علی‌پور، احمد، قدمی، ابوالفضل، علی‌پور، زهرا، عبداله‌زاده، حسن. اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. *روان‌شناسی سلامت*: ۱۳۹۸؛ ۸ (۴) (پیاپی ۳۲): ۱۷۵-۱۶۳
- ۳۱- زارع، حسین، عبدالله‌زاده، حسن و برادران، مجید. مقیاس‌های اندازه‌گیری در روان‌شناسی شناختی. تهران: آبیژ.
- 32- Özçevik Subaşı D, Akça Sümengen A, Ekim A, Ocakçı Af, Beşer A. The Relation Between Quality Of Life And Future Expectations For Refugee Adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2021 Aug;34(3):206-211.
<https://doi.org/10.1111/Jcap.12314>
- Ncov Persons Under Investigation Team; 2019-Cov Persons Under Investigation Team. Persons Evaluated For 2019 Novel Coronavirus - United States, January 2020 14;69(6):166-170
- 17-Labrague LJ, De los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag*. 2020;28(7):1653-61.
- 18-Dong Xy, Wang L, Tao Yx, Suo Xl, Li Yc, Liu F, Zhao Y, Zhang Q. Psychometric Properties Of The Anxiety Inventory For Respiratory Disease In Patients With Copd In China. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016 Dec 20;12:49-58
Doi: 10.2147/Copd.S117626
- 19-Abdelghani M, El-Gohary Hm, Fouad E, Hassan Ms. Addressing The Relationship Between Perceived Fear Of Covid-19 Virus Infection And Emergence Of Burnout Symptoms In A Sample Of Egyptian Physicians During Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Middle East Curr Psychiatry*. 2020;27(1):70 <https://doi.org/10.1186/S43045-020-00079-0>
- ۲۰- علی‌زاده فرد، سوسن، صفاری‌نیا، مجید. پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۳۹۹؛ ۹ (۳۶): ۱۴۱-۱۲۹.
- 21-Park, Denise C., And Chih-Mao Huang. "Culture Wires The Brain: A Cognitive Neuroscience Perspective." *Perspectives On Psychological Science*, Vol. 5, No. 4, July 2010, Pp. 391-400,
Doi:10.1177/1745691610374591.
- ۲۲- دهقانی فهیمه، بهاری زهرا. نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه بین استرس شغلی و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران. *نشریه پرستاری ایران* ۱۴۰۰؛ ۳۴ (۱۳۳): ۲۷-۱۶.
- 23- Su, Y.-F., Chung, S.-H., & Su, S.-W. The Impact Of Cognitive Flexibility On Resistance To Organizational Change. *Social Behavior And Personality: An International Journal* , (2012) 40(5), 735-
<https://doi.org/10.2224/Sbp.2012.40.5.735>
- 24-Al-Zoubi Em. Quality Of Life And Its Relationship With Cognitive Flexibility Among Higher Education Students. *Jesr [Internet]*. 2020jul.10 [Cited 2022apr.11];10(4):156. Available From:
<https://www.richtmann.org/journal/index.php/jesr/article/view/12170>

ساختار عاملی، پایایی و روایی ملاکی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی

نویسندگان

رضا رحیمی^۱، علی خدائی^{۲*}

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. R_rahimi@pnu.ac.ir

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: مرور شواهد نشان می‌دهد که نسبت به مفهوم و اندازه‌گیری پرتاقتی روانی، علاقه تحقیقاتی فزاینده‌ای وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف آزمون روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی (پاپاگئورگیو و همکاران، ۲۰۱۸) در بین گروهی از نوجوانان انجام شد.

روش: در این مطالعه پیمایشی، ۳۰۰ نوجوان که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، به نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی و پرسشنامه رفتارهای سبک زندگی تحصیلی ارتقا‌دهنده و بازدارنده سلامت تحصیلی (صالح‌زاده، شگری و فتح‌آبادی، ۱۳۹۶) پاسخ دادند.

نتایج: نتایج تحلیل عاملی تأییدی بر پایه نرم‌افزار AMOS، همسو با نتایج مطالعات دیگر از ساختار تک‌عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی، حمایت کرد. در این مدل مفروض، همه ماده‌ها، ضرایب مسیر معناداری داشتند (۰/۶۵ تا ۰/۹۴). آلفای کراباخ برای نمره عامل کلی پرتاقتی روانی ۰/۹۴ به دست آمد. روایی ملاکی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی از طریق رابطه با نمرات رفتارهای تسهیل‌گر/بازدارنده سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی، برای سنجش پرتاقتی روانی به‌مثابه یک کیفیت روان‌شناختی مثبت، در بین نوجوانان، ابزاری روا و پایاست. به‌بیان‌دیگر، نتایج این مطالعه شواهد روان‌سنجی مضاعفی را برای نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی فراهم آورد و از ایده استفاده از نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی در نمونه نوجوان ایرانی حمایت کرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۹/۰۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۲/۲۵



کلیدواژه‌ها

پرتاقتی روانی، اعتباریابی روان‌سنجی، نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی، نوجوانی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

alikhodaei@pnu.ac.ir

مقدمه

پرتاقتی روانی^۱ بیانگر توانایی روانی فرد برای استقامت^۲ در برابر ناملایمات^۳ با هدف دستیابی به یک هدف معین است [۱]. اگرچه تعاریف و مدل‌های مفهومی متفاوتی درباره پرتاقتی روانی پیشنهاد شده است، متخصصان با تأکید بر «خودباوری تزلزل‌ناپذیر»^۴، «توانایی بازگشت پس از شکست‌ها»^۵، «مقاومت و پرهیز از اجتناب»^۶، «مواجهه مؤثر با تجارب رنجاننده و فشارها»^۷، و «حفظ تمرکز در رویارویی با بسیاری از پرت‌اندیش‌سازهای احتمالی»^۸، بر ماهیت چندبُعدی آن اصرار می‌ورزند [۲ و ۳]. علی‌رغم مباحثه‌های آکادمیک مداوم درباره ماهیت و کاربرد پرتاقتی روانی، این مفهوم در قلمرو روان‌شناسی مثبت‌نگر به یک مفهوم غالب تبدیل شده است [۴ و ۵].

به‌طور کلی، پرتاقتی روانی به‌عنوان یک عبارت چتری، بیانگر منابع روان‌شناختی توانمندساز در گستره وسیعی از بافت‌های پیشرفت است که سلامت روانی مثبت را افزایش می‌دهد [۶]. چنین رویکرد جهان‌شمول^۹ و کل‌نگران‌های نسبت‌به‌سازه پرتاقتی روانی به زایش اصطلاحی منجر می‌شود که از خاستگاه تجربی^{۱۰} مستحکمی برخوردار نیست، از حیث نظری ابهام دارد و به ایجاد ابهام‌آفرینی مفهومی^{۱۱} نیز کمک می‌کند [۷]. با توجه به چالش‌های انکارناپذیر مربوط به تعریف پرتاقتی روانی، گاسیاردی [۴] طرحی روزآمد و آگاهانه را درباره این سازه ارائه کرد. گاسیاردی [۴] در این توسعه‌مندی مفهومی الهام‌بخش تأکید می‌کند که پرتاقتی روانی به‌عنوان یک منبع روانی حالتی، با برخورداری از ماهیتی هدفمند، منعطف و کارآمد، انتخاب و تداوم‌بخشی به تلاش‌های هدف‌مداران را سبب می‌شود. موضع‌گیری گاسیاردی [۴] به‌طور هم‌زمان، هم‌ریشه‌های سنتی پرتاقتی روانی و هم کاربردپذیری معاصر

آن را در طیف وسیعی از موقعیت‌ها به رسمیت می‌شناسد. اهم آنها شامل موقعیت‌هایی مانند ورزش [۸]، آموزش و پرورش [۹ و ۱۰ و ۱۱]، حرفه [۱۲] و سلامت است [۱۳].

هم‌زمان با عدم وجود تعریفی مورد توافق درباره پرتاقتی روانی، دیگر نگرانی‌های اصلی، بحث‌های آکادمیک شدیدی را درباره این سازه ایجاد کرده است [۱۴]. این چالش‌ها اساساً بر بُعدپذیری (تک‌بُعدی در برابر چندبُعدی)، تنوع بافتاری (قابلیت کاربردپذیری در موقعیت‌های کلی در برابر موقعیت‌های وابسته به زمینه) و ماهیت‌گرایشی (صفتی در برابر حالتی) سازه پرتاقتی روانی متمرکز هستند [۱۵]. این عوامل از اهمیت زیادی برخوردارند و باید به رسمیت شناخته شوند؛ زیرا عدم توافق درباره آنها، تعمیم‌پذیری یافته‌های موجود را محدود می‌کند و یکپارچگی روان‌سنجی^{۱۲} ابزارهای اندازه‌گیری پرتاقتی روانی را زیر سؤال می‌برد [۱۶]. در واقع، تا زمانی که مقیاس‌ها از یک خاستگاه پژوهشی قوی و تثبیت‌شده‌ای نشئت‌نگیرند و روایی سازه را نشان ندهند، نمی‌توان به اعتبار نتایج گزارش‌شده اطمینان داشت [۱۴]. از آنجایی که اولویت نخست غالب محققان بر اطلاع از مشخصه‌های اندازه‌گیری سازه پرتاقتی متمرکز است، در شرایط عدم دستیابی به توافق مفهومی، واری روان‌سنجی پرتاقتی روانی، تضعیف شده است [۴]. وجود تعاریف بی‌شمار از پرتاقتی روانی و توسعه ابزارهای مختلف، گواه بر این مدعاست [۱۵]. در این بافت، مقیاس‌ها در دو طبقه کلان‌جای می‌گیرند: کلی^{۱۳} مانند پرسشنامه پرتاقتی روانی^{۱۴} [۱۷] و وابسته به بافت^{۱۵} مانند پرسشنامه پرتاقتی روانی ورزشکاران^{۱۶} [۱۸] و سیاهه پرتاقتی روانی برای آموزش نظامی^{۱۷} [۱۹].

مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که در بین محققان علاقه‌مند به قلمرو روان‌شناسی مثبت‌نگر، تحلیل روان‌سنجی نسخه‌های مختلف ابزارهای سنجش پرتاقتی روانی، یک اولویت پژوهشی مهم بوده است [۲۰ و ۲۱]. در این بین، واری مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه اصلی

1. mental toughness
2. persevere
3. adversity
4. unshakeable self-belief
5. the ability to rebound after failures
6. persistence or refusal to quit
7. coping effectively with adversity and pressure
8. retaining concentration in the face of many potential distractions
9. universal
10. empirical basis
11. conceptual obfuscation

12. psychometric integrity
13. global
14. Mental Toughness Questionnaire
15. context specific
16. The Sports Mental Toughness Questionnaire
17. Military Training Mental Toughness Inventory

خدایی [۲۰]، پری، نیکلاس، کلاگ و کراست [۳۲] و تا بر [۳۳] همسو با نسخه بلند پرسشنامه پرتاقتی روانی، یافته‌های تحلیل عاملی از ساختار چندبُعدی نسخه ۱۸ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی دفاع کردند، در تعداد دیگری از مطالعات، نتایج روایی عاملی بر ساختار تک‌بُعدی نسخه ۱۸ ماده‌ای این پرسشنامه اصرار ورزیدند [۳۴ و ۳۵]. بر اساس نتایج مطالعات پری و همکاران [۳۲]، تا بر [۳۳]، جکمن و همکاران [۳۵] و با توجه به تکرار چالش مربوط به بُدپذیری یا تک‌بُعدی بودن در برابر چندبُعدی بودن نسخه کوتاه ۱۸ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی، پاپاگنورگیو و همکاران [۳۶] نسخه ۱۰ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی را توسعه دادند. پاپاگنورگیو و همکاران [۳۶] توسعه نسخه ۱۰ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی را با هدف سنجش موجز و جهان‌شمول پرتاقتی روانی در مجموعه‌ای وسیع‌تر از دیگر ابزارهای سنجش، ضروری دانستند. پاپاگنورگیو و همکاران [۳۶] به‌منظور توسعه نسخه کوتاه ۱۰ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی، ابتدا از بین ماده‌های نسخه بلند پرسشنامه پرتاقتی روانی، ۱۲ ماده‌ای را که دارای بیشترین بار عاملی روی چهار بُعد چالش^۱، تعهد^۲، کنترل^۳ و اطمینان^۴ بودند، انتخاب کردند. در ادامه، با توجه به بار عاملی ضعیف ۲ ماده از ۱۲ ماده منتخب، روی عامل کلی پرتاقتی روانی، ۱۰ ماده باقی ماندند.

بر این اساس، پژوهش حاضر نیز همسو با پژوهش پاپاگنورگیو و همکاران [۳۶] با هدف جستجوی راه‌حلی برای چالش بُدپذیری یا تک‌بُعدی بودن در برابر چندبُعدی بودن نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی در بین گروهی از نوجوانان ایرانی انجام شد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع پیمایشی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع اول متوسطه در منطقه ۲ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند. نمونه آماری

پرسشنامه ۴۸ ماده‌ای پرتاقتی روانی [۲۲] و نسخه‌های کوتاه‌شده و منبعث و مستخرج از آن مانند نسخه ۱۸ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی یا نسخه ۱۰ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی، در کانون توجه محققان مختلف بوده است. نتایج مطالعه هارسبورگ، اسپرمر، ویسلکا و ورنن [۲۳] از روایی عاملی نسخه اصلی پرسشنامه پرتاقتی روانی حمایت کرده‌اند. علاوه‌براین، نتایج مطالعات کراست [۲۴]، گریب و همکاران [۲۵] و گریب و همکاران [۲۶] از همسانی درونی و پایایی آزمون-بازآزمون نسخه اصلی پرسشنامه پرتاقتی روانی حمایت کردند. علاوه‌براین، کلاگ و همکاران [۲۲] با تأکید بر روابط معنا دار بین نسخه ۴۸ ماده‌ای پرتاقتی روانی با قلمروهایی مانند خوش‌بینی، رضامندی از زندگی، خودکارآمدی و اضطراب صفتی، شواهد مضاعفی را در دفاع از روایی سازه پرسشنامه پرتاقتی روانی فراهم آورد.

مک‌گیونن، کلیر-تامپسون و پوتوین [۲۷] با تأکید بر واقعیاتی مانند محدودیت زمان سنجش، سنجش پرتاقتی روانی در کنار مجموعه کثیری از دیگر سازه‌های روان‌شناختی و پیشگیری از احساس خستگی احتمالی پاسخ‌دهندگان و همچنین محدودیت‌های شناختی مشارکت‌کنندگان مانند کوتاه‌بودن دامنه توجه آنها یا آسیب‌پذیری بیش از پیش آنها در برابر پرتاندیش‌سازها، بر ضرورت توسعه نسخه کوتاه‌شده پرسشنامه پرتاقتی روانی، اصرار ورزیدند. بر این اساس، نسخه کوتاه‌شده پرسشنامه پرتاقتی روانی، که با استفاده مستقیم ماده‌های نسخه اصلی آن توسعه یافت، با سهولت بیشتری پرتاقتی روانی را می‌سنجد [۲۷]. نتایج مطالعه نیکلاس، مورلی و پری [۲۸] با گزارش ضریب همبستگی برابر با ۰/۸۷ برای نمرات نسخه‌های بلند و کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی، حمایت روان‌سنجی قابل‌قبولی را برای نسخه ۱۸ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی فراهم آورد. ضرایب همسانی درونی نسخه کوتاه ۱۸ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی در پژوهش لانگ، براند، کالدجی، لادیکا، پاسی و گریب [۲۹] برابر با ۰/۷۰، در پژوهش گریب و همکاران [۲۶] برابر با ۰/۷۵، در پژوهش صبوری و همکاران [۳۰] برابر با ۰/۸۰، در پژوهش صادقی بهمنی و همکاران [۳۱] برابر با ۰/۹۲ و در نهایت، در پژوهش داگنال و همکاران [۷] برابر با ۰/۸۲ به دست آمد. در بخش دیگری، اگرچه در تعدادی از مطالعات مانند

1 . challenge
2 . commitment
3 . control
4 . confidence

سرزندگی تحصیلی^۵ با ۱۰ ماده و تاب‌آوری تحصیلی^۶ نیز با ۱۰ ماده اندازه‌گیری می‌شود. در بُعد رفتارهای بازدارنده سلامت تحصیلی، درماندگی آموخته‌شده^۷ با ۱۰ ماده، اجتناب از کمک‌طلبی^۸ با ۹ ماده، پرخاشگری منفعلانه^۹ با ۱۰ ماده، اهمال‌کاری تحصیلی^{۱۰} با ۹ ماده، خودناتوان‌سازی^{۱۱} با ۷ ماده، اجتناب از تلاش^{۱۲} با ۱۱ ماده، فریبکاری تحصیلی^{۱۳} با ۱۰ ماده و درنهایت، کمال‌گرایی غیرانطباقی^{۱۴} با ۱۰ ماده اندازه‌گیری می‌شوند. در پژوهش صالح‌زاده و همکاران [۳۸] ضرایب همسانی درونی ابعاد چندگانه تسهیل‌گرهای سلامت تحصیلی شامل خوش‌بینی تحصیلی، مشغولیت تحصیلی، جهت‌گیری هدف تسلطی، سرزندگی تحصیلی و تاب‌آوری تحصیلی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۹۳، ۰/۹۳، ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۹۳ و ضرایب همسانی درونی رفتارهای بازدارنده سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور شامل درماندگی آموخته‌شده، اجتناب از کمک‌طلبی، اهمال‌کاری تحصیلی، خودناتوان‌سازی، اجتناب از تلاش، فریبکاری تحصیلی، و کمال‌گرایی غیرانطباقی به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۹۵، ۰/۹۶ و ۰/۹۵ به دست آمد. در مطالعه حاضر، ضرایب همسانی درونی تسهیل‌گرهای سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور شامل خوش‌بینی تحصیلی، مشغولیت تحصیلی، هدف‌گزینی تسلطی، سرزندگی تحصیلی و تاب‌آوری تحصیلی به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ و ضرایب همسانی درونی بازدارنده‌های سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور شامل درماندگی آموخته‌شده، کمال‌گرایی غیرانطباقی، خودناتوان‌سازی تحصیلی، اهمال‌کاری تحصیلی، فریبکاری تحصیلی، تلاش‌گریزی، اجتناب از کمک‌طلبی و پرخاشگری منفعلانه به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۴، ۰/۹۲، ۰/۹۳، ۰/۹۵، ۰/۹۴ و ۰/۹۶ به دست آمد.

نیز شامل ۳۰۰ دانش‌آموز، ۱۵۰ پسر (با میانگین سنی ۱۴/۸۲ و انحراف استاندارد ۱/۱۱) و کمینه تا بیشینه سنی ۱۴ تا ۱۶ سال و ۱۵۰ دختر (با میانگین سنی ۱۴/۳۹ و انحراف استاندارد ۱/۲۰) و کمینه تا بیشینه سنی ۱۴ تا ۱۶ سال از پایه‌های مختلف دوره‌های اول متوسطه بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در نمونه منتخب، تعداد ۹۶ دانش‌آموز از پایه هفتم (۳۲ درصد)، تعداد ۱۱۱ دانش‌آموز از پایه هشتم (۳۷ درصد) و تعداد ۹۷ دانش‌آموز از پایه نهم (۳۲/۲ درصد) انتخاب شدند. در پژوهش حاضر، طبق دیدگاه کلاین [۳۷] با تأکید بر منطق تناسب بین تعداد ماده‌های آزمون با تعداد مشارکت‌کنندگان، از آنجاکه نسخه کوتاه پرسشنامه پرباقتی روانی ۱۲ ماده داشت، بر اساس نسبت ۲۵ به ۱، تعداد ۳۰۰ دانش‌آموز انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه رفتارهای سبک زندگی تحصیلی ارتقادهنده و بازدارنده سلامت تحصیلی^۱ صالح‌زاده، شگری و فتح‌آبادی [۳۸] این پرسشنامه را با هدف سنجش متعارف‌ترین اشکال رفتارهای پیشرفت‌مدارانه یادگیرندگان در محیط‌های پیشرفت تحصیلی، طراحی کردند. این پرسشنامه در قالب یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی با قابلیت اجرای فردی و گروهی توسعه یافته است. این ابزار، با استناد به رویکردهای نظری معاصر انگیزش پیشرفت شامل نظریه‌های انتظار-ارزش، کنترل-ارزش، خودکارآمدی، هدف پیشرفت، خودتعیین‌گری، اسناد، خودارزشمندی و امید، توسعه یافته است. این پرسشنامه با شمول ۱۲۴ ماده به تفکیک ۱۳ الگوی رفتاری یادگیرندگان را می‌سنجد. در این پرسشنامه، ۴۸ ماده به رفتارهای ارتقادهنده سلامت تحصیلی و ۷۶ ماده نیز به رفتارهای بازدارنده سلامت تحصیلی مربوط می‌شود. در این پرسشنامه، پاسخ‌دهندگان به هر ماده بر روی طیفی ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) پاسخ می‌دهند. در بُعد رفتارهای تسهیل‌گر سلامت تحصیلی، خوش‌بینی تحصیلی^۲ با ۱۰ ماده، مشغولیت تحصیلی^۳ با ۸ ماده، جهت‌گیری هدف تسلطی^۴ با ۱۰ ماده،

1. Health-oriented Academic life-style
2. academic optimism
3. academic engagement
4. mastery goal orientation

-
5. academic buoyancy
 6. academic resilience
 7. learned helplessness
 8. avoidance of help seeking
 9. passive aggression
 10. academic procrastination
 11. self-handicapping
 12. effort avoidance
 13. academic cheating
 14. maladaptive perfectionism

مشخصه‌های آماری تحلیل عاملی انجام شد. در این پژوهش، با توجه به رعایت مفروضه‌های چندگانه، به‌منظور برآورد مدل به کمک فن تحلیل عامل تأییدی از روش بیشینه درست‌نمایی^۲ استفاده شد. علاوه‌براین، موافق با پیشنهاد میرز، گامست و گارینو [۳۹] برای ارائه یک ارزیابی جامع از برازش الگو از شاخص مجذور خی (χ^۲)، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی (χ^۲/df)، شاخص برازش مقایسه‌ای^۳، شاخص نیکویی برازش^۴، شاخص نیکویی برازش انطباقی^۵ و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۶ استفاده شد. همچنین، در این پژوهش، همسو با نتایج مطالعات پاپاگنورگیو و همکاران [۳۶] و داگنال و همکاران [۷]، مدل اندازه‌گیری تک‌عاملی به‌عنوان الگوی مفروضه ارجح انتخاب و آزمون شد.

نتایج

در این مطالعه، داده‌ها با استفاده از بسته‌های آماری SPSS-18 و AMOS-20 تجزیه و تحلیل شدند. پس از گردآوری داده‌ها و قبل از تحلیل و واریسی تأییدی آنها، پیش‌فرض‌های بهنجاری^۷ و هم‌خطی چندگانه^۸ آزمون شدند. برای این منظور، ابتدا مفروضه‌های بهنجاری و هم‌خطی چندگانه و همچنین، داده‌های غیرعادی (دورافتاده)^۹ واریسی شدند. در این پژوهش، موافق با پیشنهاد تاباچنیک و فیدل [۴۰] داده‌های غیرعادی تک‌متغیری، از طریق نمرات استاندارد Z در بسته آماری SPSS، چک شدند ($Z = \pm 3/29, p < 0/001$). در این بخش، نتایج نشان داد که هیچ داده دورافتاده یا غیرعادی در محدوده داده‌های پیش‌بینی شده وجود نداشت. جدول ۱، اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف استاندارد و آماره‌های چولگی^{۱۰} و کشیدگی^{۱۱} را برای ماده‌های نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه پرتلاقی روانی نشان می‌دهد. انحراف

نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی^۱ پاپاگنورگیو و همکاران [۳۶] پس از واریسی نتایج مطالعات متمرکز بر مشخصه‌های فنی نسخه کوتاه‌شده ۱۸ ماده‌ای پرسشنامه پرتلاقی روانی و اطلاع از چالش بُعدپذیری یا تک‌بُعدی بودن در برابر چندبُعدی بودن آن، به‌منظور سنجش سازه پرتلاقی به‌صورت موجز و با گذار از تعدد یافته‌های معطوف بر بُعدپذیری، نسخه ۱۰ ماده‌ای پرسشنامه پرتلاقی روانی را به‌صورت مستقیم بر اساس نسخه اصلی پرسشنامه پرتلاقی توسعه دادند. نتایج مطالعات پاپاگنورگیو و همکاران [۳۶] و داگنال و همکاران [۷] از ساختار تک‌بُعدی نسخه ۱۰ ماده‌ای پرسشنامه پرتلاقی روانی حمایت کردند. در پژوهش پاپاگنورگیو و همکاران [۳۶] و داگنال و همکاران [۷] ضرایب همسانی درونی نسخه ۱۰ ماده‌ای به‌ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۲ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش، همسو با پیشنهاد پاپاگنورگیو و همکاران [۳۶] و داگنال و همکاران [۷] به‌منظور توسعه نسخه ۱۰ ماده‌ای پرسشنامه پرتلاقی روانی، از بین ماده‌های نسخه اصلی پرسشنامه پرتلاقی روانی، به ازای هر یک از چهار بُعد چالش، اطمینان، تعهد و کنترل، ۳ ماده که دارای بالاترین بار عاملی بودند انتخاب شدند. بر این اساس، در پژوهش حاضر، محققان بر اساس نتایج مطالعه خدایی [۲۰] - که با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی ۱۸ ماده‌ای پرسشنامه پرتلاقی روانی در نوجوانان تیزهوش انجام شد - نسخه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه را برای تحلیل مشخصه‌های روان‌سنجی آن برگزیدند؛ بنابراین، بر اساس نتایج مطالعه خدایی [۲۰] از نسخه فارسی ۱۸ ماده‌ای پرسشنامه پرتلاقی روانی، ماده‌های ۱، ۲ و ۳ برای بُعد چالش، ماده‌های ۶، ۷ و ۸ برای بُعد اعتماد یا اطمینان، ماده‌های ۱۱، ۱۳ و ۱۵ برای بُعد کنترل و درنهایت، از ماده‌های ۱۶، ۱۷ و ۱۸ برای بُعد تعهد استفاده شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

علاوه‌براین، در این پژوهش، تحلیل داده‌ها بر پایه نظریه کلاسیک تست انجام شد. ابقا یا حذف ماده‌های نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی برای نوجوانان ایرانی به اتکای

2. maximum likelihood
3. Comparative Fit Index (CFI)
4. Goodness of Fit Index (GFI)
5. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
6. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
7. normality
8. Multicollinearity
9. outliers
10. skewness
11. kurtosis

1. Mental Toughness Scale for Adolescents

جدول ۱. اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های چولگی و کشیدگی ماده‌های پرسشنامه پرتاقتی روانی

ماده‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
۱. اغلب تلاش برای حل موضوعات چالش‌انگیز، برایم خوشایند است.	۳/۲۲	۰/۷۱	۰/۸۶	۰/۶۶
۲. تلاش برای انجام تکالیف جدید و چالش‌انگیز من را خوشحال می‌کند.	۳/۳۴	۰/۸۴	۰/۷۳	۰/۶۱
۳. چالش‌ها سبب می‌شوند که بتوانم مهم‌ترین قابلیت‌هایم را شکوفا کنم.	۳/۵۱	۰/۷۷	۰/۶۶	۰/۵۹
۴. وقتی در حضور دیگران صحبت می‌کنم به خودم اعتماد دارم.	۳/۲۱	۰/۹۲	۰/۸۱	۰/۳۴
۵. به توانایی‌های خودم اعتقاد دارم.	۳/۴۴	۰/۶۷	۰/۴۸	۰/۶۷
۶. در کل، به توانایی‌های خود اطمینان ندارم.	۳/۷۱	۰/۹۳	۰/۸۸	۰/۸۱
۷. گاهی اوقات هیجانانگیزمانند خشم، ناراحتی و نگرانی من را کنترل می‌کنند.	۳/۴۲	۰/۹۴	۰/۶۶	۰/۷۱
۸. اگر سخت تلاش کنم می‌توانم آینده‌ام را آن‌طور که می‌خواهم بسازم.	۳/۱۷	۰/۹۳	۰/۷۲	۰/۸۰
۹. احساس می‌کنم بر آنچه در زندگی‌ام اتفاق می‌افتد کنترل دارم.	۱/۸۹	۰/۸۵	۰/۲۰	۰/۴۵
۱۰. اگر تحت فشار قرار گیرم تسلیم می‌شوم.	۳/۳۱	۰/۹۰	۰/۵۲	۰/۶۰
۱۱. اغلب کارهایم را قبل از تمام شدن رها می‌کنم.	۳/۳۰	۰/۷۱	۰/۹۱	۰/۴۵
۱۲. هنگام مواجه شدن با مشکلات، اغلب تسلیم می‌شوم.	۳/۵۶	۰/۷۶	۰/۷۲	۰/۷۳

نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی را در نمونه نوجوانان نشان می‌دهد. علاوه بر این، در این مطالعه، با هدف سنجش گرافیکی^۳ مفروضه بهنجاری چندمتغیری^۴ از طریق بسته آماری SPSS، از نمودار مجذور کا در برابر فاصله مهالانوبیس^۵ استفاده شد. طبق دیدگاه آفیرین [۴۲] (۲۰۱۵) در این روش دیداری، در صورتی متغیرها از توزیع نرمال چندمتغیری برخوردارند که نقاط در امتداد یکدیگر قرار گیرند. نتایج این روش دیداری در این مطالعه، نشان داد که متغیرها به صورت خطی متصل نمایش داده شدند و تقریباً در هیچ یک از دو انتهای بالا و پایین توزیع مقادیر، داده‌های غیرعادی وجود نداشتند. بنابراین، محققان نتیجه گرفتند که متغیرها از توزیع بهنجار چندمتغیری برخوردارند.

تحلیل عاملی تأییدی

در این بخش، برای تعیین روایی عاملی نسخه کوتاه

استاندارد ماده‌های ابزار سنجش اعتماد معرفتی در بازه ۰/۶۷ تا ۰/۹۴ به دست آمدند. نتایج مربوط به آماره‌های چولگی ($|0/91| <$) و کشیدگی ($|0/81| <$) نشان داد که هیچ‌یک از ماده‌های پرسشنامه، از نقاط برش پیشنهادی برای آماره‌های چولگی برابر با $|3|$ و کشیدگی برابر با $|8|$ بیشتر نبودند؛ بنابراین، همسو با منطق پیشنهادی کلاین [۳۷] مفروضه بهنجاری تک‌متغیری برای هر یک از ماده‌های نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی رعایت شده است. علاوه بر این، در این پژوهش، به منظور آزمون مفروضه هم خطی چندگانه، از آماره‌های تحمل^۱ و عامل تورم واریانس^۲، استفاده شد. در این بخش، همسو با پیشنهاد هایر، بلک، باین و آندرسون [۴۱] از آنجاکه تمامی مقادیر مربوط به آماره تحمل بزرگ‌تر از ۰/۱۰ و همه مقادیر آماره VIF نیز کوچک‌تر از ۳ بودند؛ بنابراین، مفروضه عدم هم خطی رعایت شد. جدول ۱ اندازه‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار و شاخص‌های چولگی و کشیدگی ماده‌های

3 . graphical assessment

4 . multivariate normality

5 . chi-square versus Mahalanobis distance plot

1 . tolerance

2 . variance inflation factor

اساس، در ادامه، با هدف آزمون مدل‌های اندازه‌گیری رقیب، ساختار چهارعاملی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی، واریسی شد. در این بخش، نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل چهارعاملی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی میرز و همکاران [۳۹] شامل شاخص مجذور خی (χ^2) ، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df) ، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با ۲۲۴/۶۷، ۴/۶۷، ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/۷۶ و ۰/۱۲ به دست آمد که بر برازش ضعیف مدل با داده‌ها دلالت دارد (جدول ۲).

در نهایت، ساختار تک‌بعدهی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی انتخاب و آزمون شد. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل تک‌عاملی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی میرز و همکاران [۳۹] شامل شاخص مجذور خی (χ^2) ، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df) ، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با ۱۰۰/۴۶، ۱/۸۶، ۰/۹۶، ۰/۹۳، ۰/۹۶ و ۰/۰۶ به دست آمد که بر برازش قابل قبول مدل با داده‌ها دلالت دارد (جدول ۲).

شکل ۱ مدل اندازه‌گیری تک‌عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی را در نوجوانان نشان می‌دهد.

جدول ۳ نتایج مربوط به وزن‌های رگرسیونی ساختار تک‌عاملی مدل اندازه‌گیری نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که برای عامل زیربنایی، جمیع وزن‌های رگرسیونی از لحاظ آماری معنادارند ($P < 0/001$). در جدول ۳، ضرایب رگرسیونی برای عامل یادشده بین ۰/۴۸ تا ۰/۹۴ به دست آمد. علاوه بر این، در این بخش، با هدف اطلاع از مشخصه‌های فنی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی با اخذ رویکردی جزئی‌نگر و معطوف بر هر یک از ماده‌ها، ضریب همبستگی هر ماده با نمره کل و ضریب همسانی با فرض حذف هر ماده، برای ساختار تک‌عاملی گزارش شد (جدول ۳). در این پژوهش، مقادیر AVE و CR به ترتیب برابر با ۰/۶۰۱ و ۰/۹۳۴ به دست آمد. در این مطالعه، ضریب پایایی آمگا نیز برابر با ۰/۹۳۵ به دست آمد.

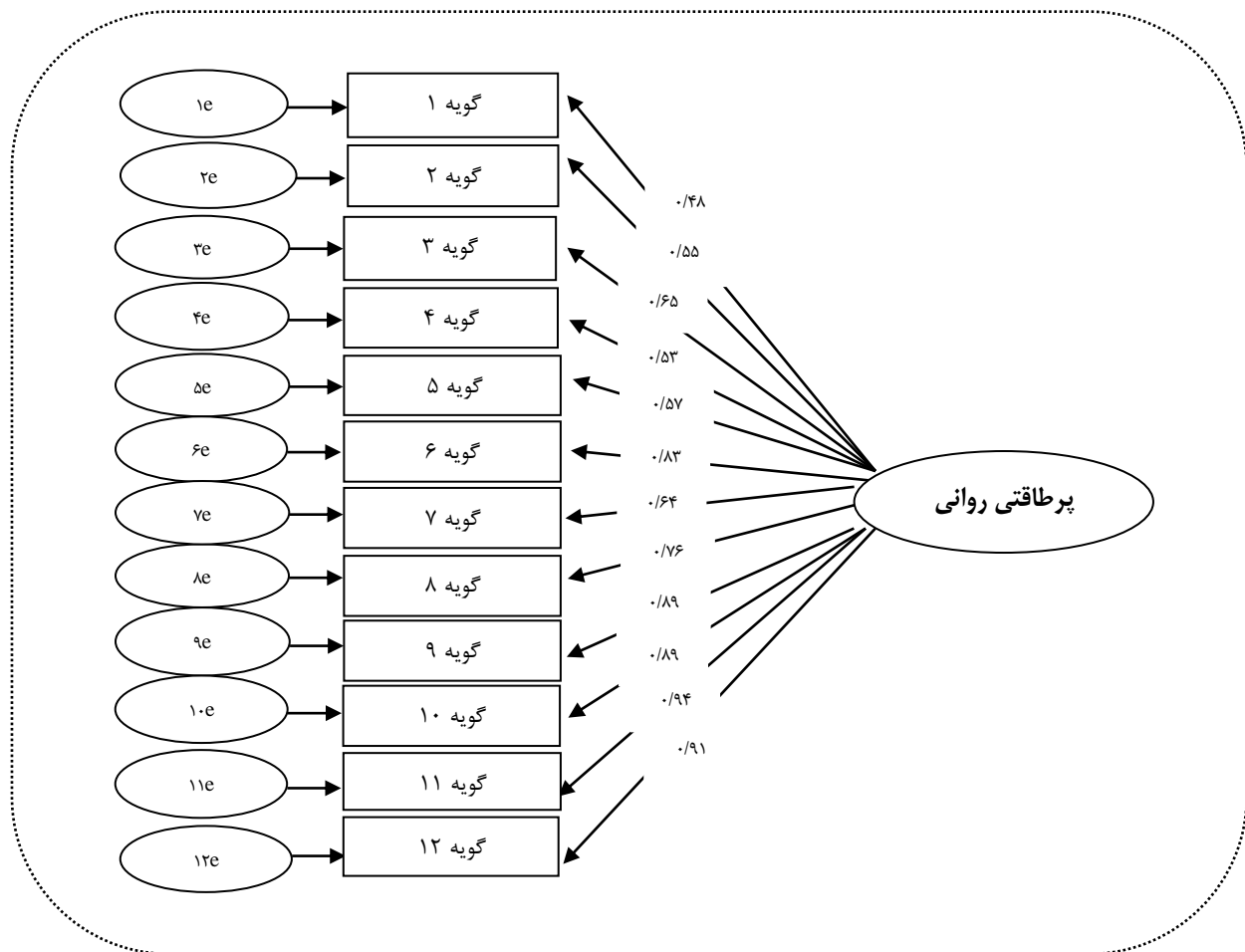
پرسشنامه پرتلاقی روانی از روش آماری تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. به بیان دیگر، به منظور تأیید ماهیت تک‌بعدهی ابزار سنجش، از مدایی معادله ساختاری به کمک تحلیل عاملی تأییدی، استفاده شد. به منظور آزمون فرضیه مربوط به بارهای عاملی عامل‌ها و همبستگی‌های بین‌عاملی، در تحلیل عاملی تأییدی از روش برآورد بیشینه درست‌نمایی^۱، استفاده شد. در این بخش، برای ارزیابی برازندگی مدل، مدل استقلال^۲ با مدل مفروض مقایسه شد. نتایج نشان داد که اندازه‌های نیکویی برازش برای مدل استقلال، که در آن فرض می‌شود همه متغیرها ناهمبسته‌اند، بر برازندگی ضعیفی مدل مزبور با داده‌ها، دلالت داشت ($\chi^2/df = 54/68$ ، $p < 0/001$ ، $\chi^2/df = 3609/39$ ، $N = 66$)، آماردانان تأکید می‌کنند که مقدار ترجیحی^۳ آماره χ^2 باید کوچک و میزان احتمال مربوط به آن از سطح معناداری آماری به دست آمده، بزرگ‌تر باشد. با این وجود، این آماره، به میزان زیادی نسبت به حجم نمونه حساس است. بر این اساس، هر مدل قابل قبولی به دلیل توان بیش از حد بالای این روش آزمون آماری، اغلب اوقات رد می‌شوند [۳۹]؛ بنابراین، موافق با پیشنهاد آماردانان، به منظور اطلاع از برازندگی قابل قبول مدل با داده‌ها، به‌طور جایگزینی از نسبت $\chi^2/df < 5$ یا $\chi^2/df < 3$ استفاده می‌شود [۳۹]. در جدول ۲، با توجه به معناداری آزمون χ^2 برای اطلاع از برازندگی مدل مفروض با داده‌ها، شاخص‌های نیکویی برازش دیگری واریسی شدند. با توجه به عدم اجماع نظر آماردانان درباره اندازه‌های نیکویی برازش ترجیحی [۳۷] و [۳۹]، در این پژوهش، همسو با منطق آریوکی و وسکی [۴۴] بر اندازه‌های نیکویی برازش مختلف، عبارات خطای باقیمانده^۴ و شاخص‌های اصلاح^۵، تأکید شد.

با وجود اطلاع از ساختار تک‌بعدهی زیربنای مفهومی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی، به‌عنوان یک مدل مفهومی ارجح، اما ضرورت مصاف این منطق مفهومی ترجیح داده شده، با دیگر مدل‌های رقیب، فرصت مطمئن تری برای دفاع از ساختار تک‌بعدهی مفروض برای ابزار سنجش پرتلاقی روانی فراهم خواهد کرد. بر این

- 1 . maximum likelihood
- 2 . independence model
- 3 . preferable value
- 4 . residual error terms
- 5 . modification indices

جدول ۲. اندازه‌های نیکویی برازش و مقادیر بارهای عاملی مدل‌های اندازه‌گیری رقیب

loadings	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	χ^2/df	χ^2	مدل‌های رقیب
-	۰/۴۲	۰/۰۰	۰/۰۹	۰/۲۲	۵۴/۶۹	۳۶۰۹/۳۹	مدل استقلال
۰/۴۵ - ۰/۶۹	۰/۱۲	۰/۸۳	۰/۷۶	۰/۸۲	۴/۶۷	۲۲۴/۶۷	مدل چهارعاملی
۰/۴۸ - ۰/۹۴	۰/۰۶	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۶	۱/۸۶	۱۰۰/۴۶	مدل تک‌عاملی



شکل ۱. تحلیل تأییدی ساختار تک‌عاملی پرسشنامه پرتاقتی روانی در نوجوانان

جدول ۳. مقادیر آلفای کرانباخ، وزن‌های رگرسیونی، همبستگی هر گویه با نمره کل و مقدار آلفا با فرض حذف گویه برای مدل تک‌عاملی

Cronbach's Alpha if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	وزن‌های رگرسیونی	ماده‌ها	ردیف
			پرتلاقی روانی $\alpha = 0/94$	
0/93	0/62	0/48		۱
0/93	0/64	0/55		۲
0/93	0/71	0/65		۳
0/93	0/59	0/53		۴
0/93	0/65	0/57		۵
0/93	0/82	0/83		۶
0/93	0/64	0/64		۷
0/93	0/72	0/76		۸
0/93	0/84	0/89		۹
0/93	0/77	0/89		۱۰
0/93	0/86	0/94		۱۱
0/93	0/78	0/91		۱۲

سلامت‌محور شامل درماندگی آموخته‌شده ($p < 0/001$)، $r = -0/45$ ، کمال‌گرایی غیرانطباقی ($r = -0/39$ ، $p < 0/001$)، خودناتوان‌سازی تحصیلی ($r = -0/40$ ، $p < 0/001$)، اهمال‌کاری تحصیلی ($r = -0/54$ ، $p < 0/001$)، فریبکاری تحصیلی ($r = -0/30$ ، $p < 0/001$)، تلاش‌گریزی ($p < 0/001$) و $r = -0/49$ ، اجتناب از کمک‌طلبی ($r = -0/34$ ، $p < 0/001$) و پرخاشگری منفعلانه ($r = -0/41$ ، $p < 0/001$)، منفی و معنادار بود. بر این اساس، نتایج در این بخش با تأکید بر همبستگی مثبت و معنادار پرتلاقی روانی با تسهیل‌گرهای سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور و همبستگی منفی و معنادار پرتلاقی روانی با بازدارنده‌های سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور نشان داد که نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی از روایی ملاکی مطلوبی برخوردار است.

روایی ملاکی

در این بخش، برای تعیین روایی ملاکی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی، موافق با پیشینه نظری و تجربی، پراکندگی مشترک (همبستگی) بین پرتلاقی روانی با رفتارهای بازدارنده/تسهیل‌گر سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور محاسبه شد. در این بخش، نتایج نشان داد که همبستگی بین پرتلاقی روانی با وجوه مختلف رفتارهای تسهیل‌گر سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور شامل خوش‌بینی تحصیلی ($r = 0/58$ ، $p < 0/001$)، تاب‌آوری تحصیلی ($r = 0/61$ ، $p < 0/001$)، سرزندگی تحصیلی ($r = 0/51$ ، $p < 0/001$) و مشغولیت تحصیلی ($p < 0/001$)، مثبت و معنادار و همبستگی بین پرتلاقی روانی با ابعاد مختلف رفتارهای بازدارنده سبک زندگی تحصیلی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی در گروهی از نوجوانان انجام شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار تک‌عاملی نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی در مقایسه با ساختار چندبُعدی برازش بهتری با داده‌ها نشان داد. علاوه‌براین، نتایج مربوط به همبستگی بین نمره کلی پرتاقتی روانی با تسهیل‌گرها و بازدارنده‌های سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور، شواهد متقنی را در دفاع از روایی ملاکی نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی فراهم آورد. ضریب همسانی درونی نمره کلی نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی ۰/۹۴ به دست آمد که مطلوب بود.

در بخش نخست، نتایج مربوط به روایی عاملی نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی همسو با یافته‌های مطالعات پاپاگئورگیو و همکاران [۳۶] و داگنال و همکاران [۷] از ساختار تک‌عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی حمایت کرد. در این بخش، تکرار ساختار تک‌عاملی نسخه کوتاه ۱۲ ماده‌ای پرسشنامه پرتاقتی روانی در گروه نوجوانان ایرانی، در تأمین دغدغه سنجش پرتاقتی روانی با رجوع به رویکردی ایجازی و با سهولت هر چه بیشتر مؤثر بود. بنابراین، نتایج مطالعاتی از این دست همسو با یافته‌های مطالعات کلاگ و همکاران [۲۲]، ریزی و همکاران [۳۴] و جکمن و همکاران [۳۵] ضمن تدارک پاسخی متقن به چالش معطوف بر بُعدپذیری پرتاقتی روانی و تأکید بر تقدم تک‌بُعدی بودن بر چندبُعدی بودن، سهولت در سنجش پرتاقتی روانی را در متن رویارویی با واقعیاتی مانند محدودیت زمان سنجش و محدودیت در منابع شناختی پاسخ‌دهندگان ممکن می‌کند. علاوه‌براین، نتایج پژوهش حاضر درباره مشابهت روایی عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی با یافته‌های مطالعات پاپاگئورگیو و همکاران [۳۶] و داگنال و همکاران [۷] نشان داد که ساختار زیربنایی اصلی و سازوکارهای علی تبیین‌کننده «خودباوری تزلزل‌ناپذیر»، «توانایی بازگشت پس از شکست‌ها»، «مقاومت و پرهیز از اجتناب»، «مواجهه مؤثر با تجارب رنجاننده و فشارها» و «حفظ تمرکز در رویارویی با بسیاری از پرت‌اندیش‌سازهای احتمالی»، در

گروه‌های نمونه مختلف، از اصول کلی متشابه‌ای پیروی می‌کند. به بیان دیگر، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعات پاپاگئورگیو و همکاران [۳۶] و داگنال و همکاران [۷]، کلاگ و همکاران [۲۲]، ریزی و همکاران [۳۴] و جکمن و همکاران [۳۵] تأکید می‌کند که از لحاظ ساختاری، الگوی عاملی مفروض و پیشنهادی برای توصیف و تبیین توانایی روانی فرد با هدف استقامت در برابر ناملایمات با هدف دستیابی به یک هدف معین، از توان مکفی، برخوردار است.

در بخش دیگری، نتایج پژوهش حاضر، با تأکید بر همبستگی مثبت و معنادار پرتاقتی روانی با رفتارهای تسهیل‌گر سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور و همبستگی منفی و معنادار پرتاقتی روانی با رفتارهای بازدارنده سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور، همسو با یافته‌های مطالعات عطایی و همکاران [۱۱]، حقیقی و گریب [۹]، کراگر [۱۳]، پاپاگئورگیو و همکاران [۳۶]، استامپ، کراست و سوان [۴۵] و استکلایر - تامپسون و همکاران [۴۶] از نقش تبیینی پرتاقتی روانی در موقعیت‌های آکادمیک به‌طور تجربی حمایت می‌کند. در این بخش، نتایج مربوط به روایی ملاکی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتاقتی روانی نشان می‌دهد که سازه پرتاقتی روانی به‌مثابه یک کیفیت روانی مثبت در بستر تدارک تفاسیر خودتوانمندساز^۱ در مقایسه با تفاسیر خودناتوان ساز^۲، در بطن رویارویی با تجارب چالش‌زا، امکان رجوع به اشکال سازگاران پاسخ به مطالبات تحصیلی را ممکن می‌کند؛ بنابراین، پرتاقتی روانی به‌مثابه یک رگه شخصیتی، از طریق تقویت ارزیابی‌های شناختی چالشی در مقایسه با ارزیابی‌های شناختی تهدیدمحور، ضمن تسهیل رجوع به رویه‌های مقابله‌ای سازگاران، از رجوع به اشکال رفتاری خودمراقبت‌گری مانند اهمال‌کاری تحصیلی، خودناتوان‌سازی تحصیلی، تلاش‌گریزی، اجتناب از کمک‌طلبی و استنادارگزینی‌های رفتاری غیرواقع‌نگر جلوگیری به عمل می‌آورد. در مقابل، پرتاقتی روانی از طریق کمک به تغذیه خزانه مهارتی یادگیرندگان و پروراندن گستره گنجینه رفتاری آنها در رویارویی با تجارب پیرامونی، فرصت رجوع به اشکال رفتاری سازگاران‌ای مانند خوش‌بینی تحصیلی، سرزندگی تحصیلی، تاب‌آوری تحصیلی

1. empowering interpretations
2. disempowering interpretations

شواهد روان‌سنجی مضاعفی را برای نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی فراهم آورد و از ایده استفاده از نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی در نمونه نوجوان ایرانی حمایت کرد.

منابع

- 1- Denovan A, Dagnall N, Drinkwater K. Examining what mental toughness, ego resiliency, self-efficacy, and grit measure: An exploratory structural equation modelling bifactor approach. *Current Psychology*, 2022; 15:1-16.
- 2- Kawabata M, Pavey TG, Coulter TJ. Evolving the validity of a mental toughness measure: Refined versions of the Mental Toughness Questionnaire 48. *Stress and Health*, 2021; 37(26):378-391.
- 3- Vaughan R, Hanna D, Breslin G. Psychometric properties of the mental toughness questionnaire 48 (MTQ48) in elite, amateur and nonathletes. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 2018; 7(2):128-140.
- 4- Gucciardi DF. Mental toughness: Progress and prospects. *Current Opinion in Psychology*, 2017; 16:17-23.
- 5- Li C, Zhang CQ, Zhang L. Further examination of the psychometric properties of the mental toughness inventory: Evidence from Chinese athletes and university students. *Current Psychology*, 2019; 38:1328- 1334.
- 6- Rusk RD, Waters LE. Tracing the size, reach, impact, and breadth of positive psychology. *Journal of Positive Psychology*, 2013; 8:207-221.
- 7- Dagnall N, Denovan A, Papageorgiou KA, Clough PJ, Parker A, Drinkwater KG. Psychometric assessment of shortened Mental Toughness Questionnaires (MTQ): Factor structure of the MTQ-18 and the MTQ-10. *Frontiers in Psychology*, 2019; 10:1-12.
- 8- Meggs J, Chen MA, Hoehn S. Relationships between flow, mental toughness and subjective performance perception in various triathletes. *Perceptual and Motor Skills*, 2018; 126:241-252.

و هدف‌گزینی‌های تسلطی‌نگر را سبب می‌شود گاسیاردی [۸]؛ نیومن، استریکلیرب، آبرینک، لوید و لینچ [۴۷]؛ ترومپتر و همکاران [۴۸]. علاوه‌براین، پرتلاقی روانی با شمول ظرفیت‌های تفسیری خودباوری و خودکارآمدی ادراک‌شده در افراد، منطق‌گزینش‌های رفتاری آنها برای رویارویی با تجارب چالشی فراروی را تغییر می‌دهد و سبب می‌شود که در بستر اطلاعاتی راهبردهای سازگارانه نظم‌بخشی شناختی همچنان مانند بازاریابی شناختی، باز تمرکز مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر مسئله، قبل از رجوع به اشکال غیرانطباقی رفتارهای سبک زندگی تحصیلی، رجوع به اشکال انطباقی رفتارهای سبک زندگی تحصیلی سلامت‌محور را فراهم آورد [۴۹].

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

در این بخش، برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر مرور می‌شوند. نخست، اگر در این پژوهش، عدم آزمون هم‌ارزی جنسی ساختارعاملی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی برای نوجوانان، به‌عنوان یک محدودیت، فرصت اطلاع از تغییرناپذیری مدل اندازه‌گیری نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی برای نوجوانان را فراهم نمی‌آورد، تحلیل هم‌ارزی جنسی ساختارعاملی این ابزار، به‌طور اکید به محققان بعدی توصیه می‌شود. دوم، با توجه به آنکه نمونه پژوهش حاضر فقط از بین دانش‌آموزان متوسطه اول یکی از مناطق آموزش و پرورش شهر تهران انتخاب شدند، بنابراین، تعمیم‌پذیری یافته‌های مستخرج از این پژوهش به دیگر گروه‌های نوجوان بالینی و غیربالینی، باید با احتیاط کافی انجام شود. سوم، اگرچه در این پژوهش محقق کوشید با استفاده از روش‌هایی مانند روایی عاملی و روایی ملاکی از مشخصه روایی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی برای نوجوانان اطلاع حاصل کند، اما، برای اطلاع از ویژگی فنی پایایی، فقط به ضرایب همسانی درونی بسنده کرد. بنابراین، استفاده از دیگر طرق اطلاع از مشخصه پایایی و حتی روایی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی برای نوجوانان نیز پیشنهاد می‌شود.

در مجموع، در این پژوهش، تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسشنامه پرتلاقی روانی نشان داد که این پرسشنامه، ابزار سنجشی روا و پایا برای موقعیت‌های پژوهشی، محسوب می‌شود. در مجموع، نتایج این مطالعه

- 18-Sheard M, Golby J, Van Wersch A. Progress toward construct validation of the sports mental toughness questionnaire (SMTQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 2009; 25:186-193.
- 19-Arthur CA, Fitzwater J, Hardy L, Beattie S, Bell J. Development and validation of a military training mental toughness inventory. *Military Psychology*, 2015; 27:232-241.
- ۲۰- خدایی علی. (زیر چاپ). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس پرتلاقی روانی برای نوجوانان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی.
- 21-Gucciardi DF, Zhang CQ, Ponnusamy V, Si G, Stenling A. Cross-cultural invariance of the mental toughness inventory among Australian, Chinese, and Malaysian athletes: A Bayesian estimation approach. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 2016; 38(2):187-202.
- 22-Clough P, Earle K, Sewell D. Mental toughness: The concept and its measurement. In I.M. Cockerill (Ed.), *Solutions in sport psychology*, Longon, England: Thompson. 2002:32-43.
- 23-Horsburgh VA, Schermer JA, Veselka L, Vernon PA. A behavioural genetic study of mental toughness and personality. *Personality and Individual Differences*, 2009; 46:100-105.
- 24-Crust L. The relationship between mental toughness and affect intensity. *Personality and Individual Differences*, 2009; 47:959-963.
- 25-Gerber M, Lang C, Feldmeth AK, Elliot C, Brand S, Holsboer-Trachsler E, et al. Burnout and mental health in Swiss vocational students: the moderating role of physical activity. *Journal of Research on Adolescence*, 2015; 25:63-74.
- 26-Gerber M, Best S, Meerstetter F, Walter M, Ludyga S, Brand S, et al. Effects of stress and mental toughness on burnout and depressive symptoms: a prospective study with young elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2018; 21:1200-1205.
- 9- Haghghi M, Gerber M. Does mental toughness buffer the relationship between perceived stress, depression, burnout, anxiety and sleep? *International Journal of Stress Management*, 2018; 26:297-305.
- 10-StClair-Thompson H, Bugler M, Robinson J, Clough P, McGeown SP, Perry J. Mental toughness in education: Exploring relationships with attainment, attendance, behavior and peer relationships. *Educational Psychology*, 2015; 35(7):886-907.
- ۱۱- عطایی فاطمه، شکری امید، پاکدامن شهلا. (زیر چاپ). رابطه پرتلاقی روانی و رفتارهای سبک زندگی تحصیلی در نوجوانان تیزهوش: نقش واسطه‌ای هیجانات پیشرفت و راهبردهای مقابله‌ای. پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت.
- 12-Marchant DC, Polman RC, Clough P J, Jackson JG, Levy AR, Nicholls AR. Mental toughness: Managerial and age differences. *Journal of Management Psychology*, 2009; 24:428-437.
- 13-Kruger E. Mental toughness is a predictor of suicidality in university students. *Education for Health*, 2018; 36:42-47.
- 14-Gucciardi DF. Commentary: mental toughness and individual difference in learning, educational and work performance, psychological well-being, and personality: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 2018; 8:1-12.
- 15-Gucciardi DF, Hanton S, Gordon S, Mallett CJ, Temby P. The concept of mental toughness: Tests of dimensionality, nomological network, and traitness. *Journal of Personality*, 2015; 83:26-44.
- 16-Gucciardi DF, Hanton S, Mallett CJ. Progressing measurement in mental toughness: a case example of the mental toughness questionnaire 48. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 2012; 1:194-214.
- 17-Tiwari S, Sharma J. Development and Validation of Mental Toughness Questionnaire for Volleyball Players. Master thesis, Annamali University, India. 2007.

- 36-Papageorgiou KA, Malanchini M, Denovan A, Clough PJ, Shakeshaft N, Schofield K, et al. Longitudinal associations between narcissism, mental toughness and school achievement. *Personality and Individual Differences*, 2018; 131:105-110.
- 37-Kline RB. Principles and practices of Structural Equation Modeling (2nd Eds.). New York: Guilford. 2005.
- 38- صالح‌زاده پروین، شکری امید، فتح‌آبادی جلیل. (۱۳۹۶). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده و بازدارنده سلامت تحصیلی: چشم‌اندازی بر نظریه‌های معاصر انگیزش پیشرفت. فصلنامه اندازه‌گیری، تربیتی، ۱۳۹۶؛ ۸ (۳۰): ۱۰۵-۶۱.
- 39-Meyers LS, Gamest G, Goarin AJ. *Applied multivariate research, design and interpretation*. Thousand oaks. London. New Deihi, Sage publication. 2016.
- 40-Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. Boston, MA: Allyn & Bacon. 2007; 934-940.
- 41-Hair JF, Black WC, Babin, B. J., & Anderson, R. E. *Multivariate data analysis* (7th ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. 2010; 125-857.
- 42-Arifin. WN. The graphical assessment of multivariate normality using SPSS. *Education in Medicine Journal*, 2015; 7(2):70-75.
- 43-Taylor S, Todd PA. Understanding information technology usage: A test of competing models. *Information Systems Research*, 1995; 6(2):144-176.
- 44-Arbuckle JL, Wothke W. *Amos 4.0 user's guide: SPSS*. Chicago: Small Waters Corporation. 1999; 240-260.
- 45-Stamp E, Crust L, Swann C. Mental toughness and dietary behaviors in undergraduate university Students. *Appetite*, 2019; 142:104389.
- 27-McGeown S, Clair-Thompson HS, Putwain W. The development and validation of a Mental Toughness Scale for Adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 2018; 36(2):148-161.
- 28-Nicholls AR, Morley D, Perry JL. Mentally tough athletes are more aware of unsupportive coaching behaviours: perceptions of coach behaviour, motivational climate, and mental toughness in sport. *Int. International Journal of Sports Science & Coaching*, 2016; 11:172-181.
- 29-Lang C, Brand S, Colledge F, Ludyga S, Pühse U, Gerber M. Adolescents personal beliefs about sufficient physical activity are more closely related to sleep and psychological functioning than self-reported physical activity: a prospective study. *Journal of Sport and Health Science*, 2019; 8:280-288.
- 30-Sabouri S, Gerber M, Bahmani DS, Lemola S, Clough PJ, Kalak N, et al. Examining dark triad traits in relation to mental toughness and physical activity in young adults. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2016; 12:229-235.
- 31-Sadeghi Bahmani D, Hatzinger M, Gerber M, Lemola S, Clough PJ, Perren S, et al. The origins of mental toughness-prosocial behavior and low internalizing and externalizing problems at age 5 predict higher mental toughness scores at age 14. *Frontiers in Psychology*, 2016; 7:1221-1230.
- 32-Perry JL, Nicholls AR, Clough PJ, Crust L. Assessing model fit: caveats and recommendations for confirmatory factor analysis and exploratory structural equation modeling. *Meas. Physical Education and Exercise Science*, 2015; 19:12-21.
- 33-Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 2018; 48:1273-1296.
- 34-Reise SP, Moore TM, Haviland MG. Bifactor models and rotations: exploring the extent to which multidimensional data yield univocal scale scores. *Journal of Personality Assessment*, 2010; 92:544-559.
- 35-Jackman PC, Swann C, Crust L. Exploring athletes' perceptions of the relationship between mental toughness and dispositional flow in sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 2016; 27:56-65.

- 48-Trompetter H, Kleine E, Bohlmeijer ET. Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 2017; 41(3):459-468.
- 49-Bucich M, MacCann C. Emotional intelligence and Day-To-Day emotion regulation processes: examining motives for social sharing. *Personality and individual differences*, 2019; 137(1):22-26.
- 46-StClair-Thompson H, Bugler M, Robinson J, Clough P, McGeown SP, Perry J. Mental toughness in education: Exploring relationships with attainment, attendance, behaviour and peer relationships. *Educational Psychology*, 2015; 35(7):886-907.
- 47-Newmana NB, Stricklerb JG, O'Brienc C, Luid, Lynche M. Deconstructing perfectionism in college students: Patterns of behavior, emotion, and cognition. *Personality and Individual Differences*, 2019; 145(1):106-111.

Research Article

Factorial Structure, Reliability and Predictive Validity of the shortened Mental Toughness Questionnaire (MTQ-12)

Authors

Reza Rahimi¹, Ali Khodaei^{2*}

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
R_rahimi@pnu.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
22/11/2022

Accept Date:
15/05/2023



Introduction: There is an increasing research interest in the concept and measurement of mental toughness. Thus, this study seeks to evaluate the psychometric properties of the shortened Mental Toughness Questionnaire (MTQ-12) for adolescents.

Method: In this survey study, 300 adolescents who were selected using the convenience sampling method, were answered the shortened Mental Toughness Questionnaire (MTQ-12) and the Health-oriented Academic life-style Questionnaire (Salehzadeh, Shokri & Fathabadi, 2017).

Result: The confirmatory factor analysis proved the same unidimensional solution, as in the previous study on adolescents. The unidimensional structure of the shortened Mental Toughness Questionnaire (MTQ-12) was confirmed. All the items had significant path estimates (.65 to .94). Cronbach's alpha for the shortened Mental Toughness Questionnaire was .94. Criterion evidence for the mental toughness factor scores was demonstrated through significant correlations with health-oriented academic life-style behaviors.

Discussion and conclusion: Results show preliminary psychometric support for the MTQ-12 as a valid and reliable assessment tool to be used in research contexts. On the other hand, these findings provide further psychometric evidence for the MTQ-12 and support the utility of the questionnaire in Iran.

Keywords

Mental Toughness, Psychometric Validation, Shortened Mental Toughness Questionnaire (MTQ-12), Adolescence.

Corresponding Author's E-mail

alikhodaei@pnu.ac.ir

Research Article

Predicting Nurses' Quality of Life Based on Coronavirus-Induced Anxiety and Cognitive Flexibility

Authors

Mahin Veismoradi¹, Ahmad Borjali^{2*}, Zohreh Rafezi³

1. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. mwaismoradi@gmail.com

2. Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical and General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

3. Assistant Professor, Department of Clinical and general Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. rafezi.zohreh13@gmail.com

Abstract

Receive Date:
03/11/2022

Accept Date:
09/04/2023



Introduction: A study of the conducted research shows that with the spread of corona disease, nurses, as one of the main groups dealing with the disease, are facing an increase in psychological issues and a decrease in the quality of life, therefore, the current research aims to predict the quality of nurses' life based on chronic anxiety and cognitive flexibility.

Method: The design of the present study was descriptive-correlational. The study population included all nurses employed in hospitals in the province of Kermanshah in 1400, 360 of whom answered the survey questions by available sampling method and online. Quality of Life Questionnaire (SF-36), coronavirus-induced anxiety Alipour et al. (CDAS), and Dennis and Vanderwall cognitive flexibility inventory (CFI) questionnaires were used for research and data collection.

Result: The results of this study indicated that the quality of life of nurses has a significant negative relationship with the coronavirus-induced anxiety variables and its subscales ($P < 0.001$) and a significant positive relation to cognitive flexibility and its sub-scales ($P < 0.001$). Furthermore, the analysis of the regression results demonstrated that the coronavirus-induced anxiety and cognitive flexibility variables can collectively account for 20.8% of changes in the quality of life variable.

Discussion and conclusion: Considering that the matter of the quality of life of nurses is important for both themselves and the health of society, and The results of this study demonstrated that an acceptable percent of this variable can be explained by coronavirus-induced anxiety and cognitive flexibility, Programs in the field of anxiety management, familiarity with cognitive flexibility and its promotion by a psychologist can be implemented online or in person.

Keywords

Anxiety, Corona Virus, Cognitive flexibility, Nurse, Quality of life

Corresponding Author's E-mail

borjali@atu.ac.ir

Research Article

Comparison of the Effectiveness of Positive Psychology and Motivational Interviewing on Lifestyle and Psychological Capital in People with Type 2 Diabetes

Authors

Seyed Hamid Hosseini Tavan¹, Mahboobe Taher^{2*}, Shahnaz Nouhi³, Asadullah Rajab⁴

1. Ph.D in psychology, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. s.h.hosseinitavan@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. (Corresponding Author)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran Assistant Professor, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. psynut.sh@gmail.com

4. President of the Iranian Diabetes Association, Tehran. Iran. mcra1985@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
23/10/2022

Accept Date:
07/05/2023



Introduction: Diabetes is a chronic disease that requires long-term treatment, care, and lifestyle modification. In addition to biological mechanisms, psychological factors can play a role in diabetes. Positive psychological therapy and motivational interviewing seem to help. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of training based on positive psychology and motivational interview on psychological capital, lifestyle, and emotional distress in people with type 2 diabetes.

Method: his quasi-experimental research project is a pretest-posttest with a control group. The statistical population included 45 type 2 diabetes patients in 2019 in Tehran, referring to the Endocrinology and Metabolism Research Institute who were randomly selected and divided into two experimental groups and one control group. Both under-treatment groups were evaluated before and after the treatment using Walker's lifestyle questionnaire (1997) and psychological Capital Lotanz (2007) questionnaire, Subjects were randomly divided into three groups of 15 people (two experimental groups and one control group). The first group received a positive psychology approach (Seligman, 2006), for 8 sessions of 60 minutes. The second group received a motivational interview therapy approach (Miller, 1983), for 10 sessions of 45 minutes. But the control group did not receive any treatment.

Result: The results showed that there was a significant difference between the effectiveness of positive psychology training and motivational interviewing training on psychological capital and lifestyle ($p < 0/05$). Also, motivational interview training is more effective in lifestyle subscales (nutrition, exercise, health responsibility, stress management, and self-actualization) in people with type 2 diabetes than in the positive psychology method. But in the interpersonal support subscale, there was no significant difference between the two training methods. In addition, the positive psychology training is significantly more effective than the motivational interview training on the subscales of psychological capital (self-efficacy, hope, resilience, and optimism) in people with type 2 diabetes ($p < 0/05$).

Discussion and conclusion: The results showed both methods of positive psychology training and motivational interviewing training have a positive effect on the lifestyle and psychological capital of people with type 2 diabetes. So, it is suggested to be used in counseling centers and clinics for people with type 2 diabetes as a therapeutic approach.

Keywords

psychological capital, life style, emotional distress, positive psychological, motivational interview, type 2 diabetes patients.

Corresponding Author's E-mail

Mahboobe.Taher@yahoo.com

Research Article

The Effectiveness of Modular Cognitive-Behavioral Therapy (MCBT) on Emotion Self-Regulation and Ineffective Self-Evaluation Attitudes

Authors

Vajiheh Zohoorparvande^{1*}, Samaneh Hatefi Kyvanlo²

1. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payamnoor, University (PNU), P.O. Box 19395-4697, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. MA., Department of educational sciences, Payamnoor university, (PNU), P.O. Box 19395-4697, Tehran, Iran. s.hatefi@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
22/11/2022

Accept Date:
22/05/2023



Introduction: This research aims to study the Effectiveness of cognitive-behavioral therapy (MCBT) on emotional self-regulation and ineffective self-evaluation attitudes of secondary school managers.

Method: The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test with a control group. The research community was composed of all managers of the first secondary school in Mashhad in the year 2021-2022. In this research, 30 managers were selected by multi-stage cluster sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (15 managers in the experimental group and 15 managers in the control group). The research tools included the ineffective attitude questionnaires of Weisman and Beck (1997) and the emotion self-regulation (ACS) of Williams et al. (1997). The procedure was: first, both groups responded to the research instruments and then the experimental group was treated for 16 sessions (8 weeks, 2 sessions per week, and each session 90 minutes) and the control group did not receive any intervention. In the end, both groups responded to the research instruments again (post-test). The collected data were analyzed by SPSS-22 software and inferential statistics of covariance analysis was used.

Result: The results of the analysis of covariance showed that by eliminating the effect of pre-test scores on self-control of emotions and Dysfunctional Attitudes as a scattering variable, the main effect of cognitive-behavioral therapy (MCBT) on emotion self-regulation and ineffective self-evaluation attitudes ($p < 0.05$).

Discussion and conclusion: Cognitive Behavioral Therapy can be used as an effective method for emotion self-regulation and ineffective self-evaluation attitudes with secondary school managers.

Keywords

Modular Cognitive-Behavioral Therapy, Emotion Self-Regulation and Ineffective Self-Evaluation Attitudes.

Corresponding Author's E-mail

vzohoorparvande@pnu.ac.ir

Research Article

Difference Between Integrative Self-Knowledge, Self-Compassion, and Emotion Regulation in Individuals with Covid-19 Based on the Levels of Self-Concept Clarity

Authors

Mojtaba Dehghan¹, Fatemeh Ebadikhah^{2*}

1. Department of Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. dehghan.mo@iums.ac.ir

2. M. A. Student in General Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
02/12/2022

Accept Date:
17/05/2023



Introduction: Adjustment of patients with the challenges and tensions of Covid-19 using integrative self-knowledge, self-compassion, and emotion regulation can be associated with the level of Self-concept clarity. Therefore, the integrative self-knowledge, self-compassion, and emotion regulation of patients were compared based on the levels of Self-concept Clarity.

Method: The present study had a Single-factor design. The population of the study was patients with Covid-19 and a sample included 162 participants. Based on the levels of self-concept clarity (low, middle, and high), three groups were defined, each consisting of 35 people. Data were collected using the self-concept clarity, integrative self-knowledge scale, emotion regulation questionnaire, and self-compassion scale. Data were analyzed using the MANOVA test and Bonferroni's post hoc test.

Result: According to the results, the mean integrative self-knowledge and self-compassion in the high Self-concept clarity group were significantly more than the other two groups, and in the middle group more than the low group. There was no significant difference between the groups in terms of reappraisal. The mean of suppression in the high self-concept clarity group was higher than the low self-concept clarity group.

Discussion and conclusion: These findings imply that the higher levels of Self-concept Clarity can help to promote integrative self-knowledge and self-compassion and reduce suppression in the patients with Covid-19 that facilitates adjustment with the disease.

Keywords

Covid-19, Emotion regulation, Integrative self-knowledge, Self-Compassion, Self-Concept Clarity.

Corresponding Author's E-mail

fa_ebadikhah@yahoo.com

Research Article

Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapy on Improving Mindfulness Components of Mothers with Children with Autism

Authors

Maryam Soraki Aliabad¹, Azita Delfan Azari^{2*}, Kamian Khazaei Koochpar³

1. Postgraduate Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Chalous Branch, Chalous, Iran. maryam-soraki@gmail.com

2. Instructor, Department of Nursing, Islamic Azad University, Chalous Branch, Chalous, Iran. (Corresponding Author)

3. Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Chalous Branch, Chalous, Iran. khazaeikam@gmail.com

Abstract

Receive Date:
17/11/2022

Accept Date:
15/04/2023



Introduction: Mothers with autistic children suffer from high levels of stress and mindfulness, consisting of several components, is effective in reducing their stress; therefore efforts to improve the components of mindfulness are essential. Therefore, trying to improve the components of mindfulness is essential. Therefore, this study aimed to study the effectiveness of mindfulness-based stress reduction group therapy in improving the components of mindfulness in mothers with children with autism.

Method: The present study is a semi-experimental type of research (pre-test-post-test design with a control group) and the statistical population consisted of all the mothers of students in Tehran's second education district in 2020 who were diagnosed with autism. The samples were first selected purposefully, then they were divided into two equal experimental and control groups by a simple random method. To collect data, Baer's mindfulness questionnaire was used before and after the 8-session treatment period. Finally, the data were interpreted through multivariate covariance analysis.

Result: The findings showed that the intervention was effective with the coefficient of 0.41, 0.43, and 0.61, respectively, effective in improving the components of mindfulness, including "observation, action with consciousness and description".

Discussion and conclusion: Accordingly, it is possible to use the mindfulness-based stress reduction therapy group as a suitable method to improve the mindfulness of mothers with autistic children, which is not only because mothers enjoy the benefits of improving the mind. Awareness reduces the stress caused by raising a child with autism disorder, but it can also have other effects of improving the components of mindfulness (such as reducing anxiety, consequences and psychological complications caused by raising a child with autism disorder).

Keywords

Mindfulness, Components of Mindfulness, Group Therapy, Stress Reduction Based on Mindfulness.

Corresponding Author's E-mail

azitadelfan@yahoo.com

Research Article

Developing and Testing the Adolescents' Self-Esteem Causal Model Based on the Parent-Child Relationship and Basic Psychological Needs: With Mediating Role of Self-Concept

Authors

Elham Emami Meybodi¹, Batool Ahadi^{2*}, Azam Farah Bijari³

1. M. A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. emamimeybodi@yahoo.com

2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. a.f.bidjari@alzahra.ac.ir

Abstract

Receive Date:
19/12/2022

Accept Date:
14/05/2023



Introduction: This research aims to develop and test the adolescents' self-esteem causal model based on the parent-child relationship and basic psychological needs with the mediating role of self-concept.

Method: The descriptive-correlation research was of the structural equation type. The statistical population consisted of all the second-year high school students of Meibod City in 2019-2020, and 461 people from the target population were selected as the sample size using the available sampling method and participated in the research virtually. The data was collected using Coopersmith's self-esteem, parent-child relationship by Fine et al., Rogers's basic psychological needs and self-concept questionnaires. Finally, the data of 398 participants, which were analyzable, was collected in order to investigate the research hypotheses using the structural equation modeling method and SPSS25 and AMOS24 software.

Result: The results of structural equation modeling confirmed the fit of the hypothetical research model. Also, the results obtained from the path coefficients in the structural model showed that the parent-child relationship and basic psychological needs have a positive and significant effect, and self-concept has a negative and significant effect on the self-esteem of adolescents. In addition, self-concept mediates the relationship between the parent-child relationship and basic psychological needs with self-esteem in adolescents. The variables of the parent-child relationship, basic psychological needs, and self-concept explain a total of 62% of the variance of self-esteem in adolescents.

Discussion and conclusion: Therefore, considering the role of improving the parent-child relationship, and satisfying the basic psychological needs and self-concept in the formation of self-esteem of adolescents, it is necessary to inform parents and adolescents about the characteristics of adolescence and its effects in the later stages of life.

Keywords

Self-Concept, Parent-Child Relationship, Self-Esteem, Adolescent, Basic Psychological Needs.

Corresponding Author's E-mail

B.ahadi@alzahra.ac.ir

Research Article

Modeling Suicide Ideation Based on Initial Maladaptive Schemas with Mediating Role of Emotional Regulatory in Adults with a History of Childhood (Physical and Sexual)

Authors

Goli Ebrahimi¹, Ahmad Ghazanfari^{2*}, Shahram Mashhadizadeh³, Saeed Rahimi⁴

1. Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. goliebi2@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. (Corresponding Author)

3. Assistant Professor of Neurophysiology, Department of basic medicine sciences Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Psm21@yahoo.com

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. saeed55@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
27/08/2022

Accept Date:
13/03/2023



Introduction: Childhood traumas can have a profound effect on the psychological characteristics of people throughout their lives. The present study was conducted to model suicidal ideation based on primary maladaptive schemas with the mediating role of emotional regulation in people with a history of childhood adversity (physical and sexual).

Method: This research is a type of correlational study. The statistical population of the current study consists of all adults in Tehran who have a history of physical and sexual adversity in childhood. The sample included 300 people with a history of childhood adversities who were selected by purposeful sampling. To measure research variables were used childhood trauma questionnaires (CTQ), Beck Suicidal Thoughts Questionnaire (BSSI), the Inconsistent Schemas Questionnaire (YSQ-SF), and Gratz Emotion Regulation Questionnaire (DERS).

Result: Analysis of the research data showed that the proposed research model has a goodness of fit. The fit indices of the model showed goodness of fit (IFI, CFI, GFI, NFI<0.9). Therefore, the results of path analysis showed that emotion regulation plays a mediating role in the relationship between maladaptive schemas and suicidal ideation in adults with childhood trauma ($p < 0.05$).

Discussion and conclusion: Since the defect in the process of emotional regulation is an important factor in the maintenance and emergence of mental disorders, the difficulty in emotional regulation can be an important mediating factor in relation to many important variables in the pathology of mental disorders, such as maladaptive schemas and symptoms of mental disorders such as suicidal thoughts, therefore, special attention should be paid to the role of emotion regulation in pathology and treatment.

Keywords

Suicidal Ideation, Maladaptive Schemas, Emotional Regulation, Childhood Trauma.

Corresponding Author's E-mail

Aghazan5@yahoo.com

Research Article

Prediction of Covid-19 Anxiety Based on Life Orientation and Cognitive Flexibility Among Women in Baneh in 2021

Authors

Tahereh Abdolmaleki¹, Galavizh Alizadeh^{2*}

1. Master of Clinical Psychology, Baneh Branch, Islamic Azad University, Baneh, Iran.
abdolmaleki@gmail.com

2. Ph.D. in Educational Psychology, Boukan Branch, Islamic Azad University, Boukan, Iran.
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
08/07/2022

Accept Date:
13/12/2022



Introduction: Considering the emergence of covid-19 disease and the importance of the anxiety of this disease in the mental health of women, the aim of this research was to predict Covid-19 anxiety based on life orientation and cognitive flexibility among the women of Baneh City.

Method: This research is a correlational study, which was conducted cross-sectionally. The statistical population included all women in Baneh city, from which 250 people were selected using available random sampling and answered the questionnaires on Covid-19 anxiety, life orientation, and cognitive flexibility. The collected data were analyzed using the Pearson correlation coefficient and multivariate regression analysis with enter model SPSS-18 software.

Result: The results showed that there is a negative and significant relationship between optimistic orientation and Covid-19 anxiety and its dimensions. There is a positive and significant relationship between the physical dimension of Covid-19 anxiety and pessimistic orientation. Also, there is a negative and significant relationship between cognitive flexibility and Covid-19 anxiety and the results of multiple regression analysis revealed that 7 % and 7.3% of the variance of Covid-19 anxiety is explained by optimistic orientation, Control, and Alternatives subscales.

Discussion and conclusion: The findings showed that life orientation and cognitive flexibility play an important role in women's covid-19 anxiety. Therefore, targeting such topics in people's psychological intervention programs can be useful in reducing their covid-19 anxiety.

Keywords

Covid-19 Anxiety, Life Orientation, Cognitive Flexibility

Corresponding Author's E-mail

Galavizh.Alizade@gmx.com

Research Article

Investigating the Effect of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Self-efficacy of Women with Multiple Sclerosis

Authors

Leila Masoudi Marghmaleki¹, Vahid Shaygan Nejad^{2*}, Reyhaneh Rahimi³

1. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najaf Abad Branch, Iran.
masoudi_lili@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medical Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

3. Ph.D in Educational Measurement, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
reyhanerahimi1367@gmail.com

Abstract

Receive Date:
23/10/2022

Accept Date:
12/03/2023



Introduction: Introduction: This study aims to determine the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and self-efficacy in females with MS.

Method: To carry out this research, 30 women at Kashani Hospital in Isfahan who were diagnosed with MS were selected. In two stages pre-test and post-test, they were measured through the cognitive flexibility inventory (CFI) and Sherer & Maddux general self-efficacy scale (GSSSES) in 1 group of treatment and 1 control group. The experimental group was treated for 8 sessions based on compassion-focused acceptance and commitment therapy, but the control group did not receive any treatment. Research data were analyzed using multivariate analysis of covariance and one-way analysis of covariance and SPSS software were used.

Result: The results showed that the treatment increased psychological flexibility and self-efficacy in the post-test compared to the pre-test. But this change was not observed in the control group.

Discussion and conclusion: using compassion-focused acceptance and commitment therapy is effective in increasing psychological flexibility and self-efficacy of women with multiple sclerosis.

Keywords

Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Flexibility, Self-Efficacy, Multiple Sclerosis.

Corresponding Author's E-mail

shaygannejad@med.mui.ac.ir

Research Article

Developing and Evaluating a Structural Model of the Relationship Between Attachment Styles and Emotional Schemas Related to the Desire for Marriage Regarding the Mediating Variable of Emotion Regulation and Cognitive Flexibility

Authors

Rasoul Roshan Chesli^{1*}, Hojjat Allah Farahani², Maryam Morvaridi³

1. Professor, Department of Clinical Psychology Shahed University, Tehran.
(Corresponding Author)

2. Assistant Professor of Psychometrics, Department of Psychology, Tarbiat Modares University. h.farahani@modares.ac.ir

3. Ph.D. Candidate, Department of Clinical Psychology Shahed University, Tehran.
mm.morvaridi88@gmail.com

Abstract

Receive Date:
24/06/2022

Accept Date:
07/01/2023



Introduction: Attachment styles are related to the ability to regulate emotions and cognitive flexibility; Therefore, there is this hypothesis that people's desire to marry is influenced by secure, avoidant, and ambivalent attachment styles, and positive emotional schemas; Also, emotional regulation and flexibility can be important in this case. In this way, the present research sought to investigate these relationships.

Method: This study is a type of correlation design based on the analysis of structural relationships (structural equation modeling). The statistical sample in this study was 500 students of Shahed University of Tehran and Ferdowsi University of Mashhad in 2020-2021. The tools used in this study include the following questionnaires: Por-Etemad et al.'s Marriage Desire Scale, which was created in 2012, Gross's Emotional Regulation Questionnaire was created in 2003, Leahy's Emotional Schemas Questionnaire was created in 2012, and the Flexibility Questionnaire. The recognition was developed by Dennis et al., 2010, and the Besharat adult attachment scale was developed in 2016. Questionnaires were completed through sharing in virtual space. In analyzing the findings of this study, descriptive statistics methods were used using SPSS software, and path coefficients between model variables in Lisrel software and other fit indices were used.

Result: The findings showed that all kinds of attachment styles can affect the desire to marry. Also, attachment styles had significant relationships with cognitive reappraisal, emotion suppression, and cognitive flexibility. Among the emotional schemas, only the emotion controllability schema was able to significantly predict the desire to marry. In the investigation of indirect relationships, we saw that the effect of attachment styles and control schema on willingness to marry decreased with the inclusion of mediator variables. And the biggest effect was related to cognitive flexibility variable.

Discussion and conclusion: The findings of the research showed the effect of attachment styles and emotional schemas on the degree of people's willingness to marry, relying on the methods of evaluation and management of emotions and their cognitive flexibility. Therefore, these variables can be taken into consideration in the scope of interpersonal communication and psychological problems in creating and maintaining effective relationships and increasing willingness to marry.

Keywords

Attachment Styles, Emotional Schemas, Emotional Regulation, Cognitive Flexibility, Desire to Marry.

Corresponding Author's E-mail

Rasolroshan@yahoo.com

Research Article

The Role of Personality Traits, Alexithymia, and Cognitive Avoidance in Predicting Positive and Negative Emotions

Authors

Loghman Ebrahimi^{1*}, Majid Almasi²

1. Associate Professor Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran. (Corresponding Author)

2. Master Student, General Psychology, Faculty of Humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran. majid.almasi75@gmail.com

Abstract

Receive Date:
31/08/2022

Accept Date:
25/01/2023



Introduction: This study aims to study the role of personality traits, Alexithymia, and cognitive avoidance on positive and negative emotions.

Method: The method of this research was descriptive and correlational. The statistical population includes all Bachelor students of Zanjan University aged 18-25 in the academic year 2018-2019. 220 people were selected as a statistical sample by the available sampling method. Using the Big Five Factors Questionnaire (McCreey and Costa, 1985), Toronto Emotional Dysfunction Scale (Bagby, Parker Taylor, 1994), Cognitive Avoidance Scale (Sexton and Dagas Ria, 2004), and positive and negative emotion scales (Watson, Clark and Telgen, 1989) were collected. Findings were analyzed using Pearson correlation and stepwise regression.

Result: Result: The results showed that neuroticism, difficulty in identifying feelings, difficulty in describing feelings, suppression of thought, substitution of thought, distraction, avoidance, and transformation of thought into thought have a positive and meaningful relationship. Extroversion, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness have a negative and significant relationship with negative emotion. In addition, extroversion, agreeableness, conscientiousness, and avoidance have a positive and meaningful relationship. Also, there is neuroticism, difficulty in identifying the feeling, and difficulty in describing the feeling of negative and meaningful relationship with positive emotion.

Discussion and conclusion: The results showed that personality traits, alexithymia, and cognitive avoidance are effective in positive and negative emotions. Based on the findings, it can be said that different personalities and people with alexithymia and cognitive avoidance experience different emotions to an unequal degree.

Keywords

Personality Traits, Alexithymia, Cognitive Avoidance, Positive and Negative Emotion.

Corresponding Author's E-mail

L.ebrahimi@znu.ac.ir

Research Article

The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship between Borderline Personality Traits and Non-suicidal Self-injury in Students

Authors

Saeed Shahani¹, Ahmad Mansouri^{2*}

1. *M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. saeid.sh97@gmail.com*

2. *Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. (Corresponding Author)*

Abstract

Receive Date:
04/12/2022

Accept Date:
28/02/2023



Introduction: Although the relationship between borderline personality traits and students' non-suicidal self-injury has been confirmed, little attention has been paid to its mediating factors. Therefore, the aim of this study was to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between borderline personality traits and non-suicidal self-injury in students.

Method: This was a descriptive correlational study. The statistical population included 202 students of Azad Islamic University of Neyshabur, Iran. The participants were selected by convenience sampling method. Data were collected by borderline personality scale (STB), cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), and deliberate self-harm inventory (DSHI). Data were analyzed using SPSS software, LISREL software, Pearson correlation, and structural equation modeling.

Result: The findings showed that maladaptive cognitive emotion regulation strategies (self-blame, rumination, catastrophizing, other-blame) mediated the relationship between borderline personality traits and non-suicidal self-injury in students.

Discussion and conclusion: Discussion and conclusion: According to the results of the present study, people with borderline personality traits experience non-suicidal self-injury through maladaptive cognitive emotion regulation strategies. Therefore, clinical interventions related to emotion regulation can play an important role in preventing non-suicidal self-injury.

Keywords

Borderline Personality, Cognitive Emotion Regulation, Non-suicidal Self-injury.

Corresponding Author's E-mail

mansoury_am@yahoo.com

Research Article

The Effectiveness of Resilience Training Integrated with Self-Compassion on Self-Talk and Psychological Distress in Mothers of Mentally Retarded Students

Authors

Saeede FooladiArdakani¹, Azadeh Choobforoushzadeh^{2*}

1. Master student in School Counseling Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. s.fuladi74@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
31/07/2022

Accept Date:
12/02/2023



Introduction: The birth of a child in any family can create a turning point in the life of any individual and lead to many changes. But births become problematic when they are born with a disability. The aim of this study was to evaluate The effectiveness of self-compassionate resilience training on self-talk and psychological distress in parents of mentally retarded students.

Method: This study was conducted with a quantitative approach and a quasi-experimental method using a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the study consisted of all mothers of mentally retarded children in Ardakan. Using the available sampling method, 30 people were selected as a sample and randomly assigned to two groups of 15 people (experimental and control). Participants answered Kessler et al.'s (2002) Psychological Distress Questionnaire and Brin Tapet et al.'s (2008) Self-talk Questionnaire (STS). Compassionate integration training was also taught to mothers of mentally retarded children in Ardakan during 8 sessions of 1.5 hours. But the control group did not receive any intervention during the experiment. Finally, the research data were analyzed using analysis of covariance and at a significance level of 0.05.

Result: The results showed that resilience training combined with self-compassion had a significant effect on self-talk and psychological distress of parents of students with mental disabilities ($P < 0.001$).

Discussion and conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that resilience education integrated with compassion can be a good option to improve the psychological status and mental health of mothers of students with intellectual disabilities.

Keywords

Self-Compassion, Self-Talk, Psychological Distress, Intellectual Disabilities.

Corresponding Author's E-mail

azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

Research Article

Preliminary Evaluation of the Transdiagnostic Educational Package based on the Schema Therapy, Self-Compassion and Emotion Regulation Model in Cardiac Health-Related Behaviors

Authors

Ahmad Amiri Pijakelai¹, Mehdi Akbari^{2*}, Shahram Mohammadkhani³, Jafar Hasani⁴

1. Ph.D. Candidate in Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran. amiri.mo17@yahoo.com
2. Associate Professor in clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
3. Associate Professor in clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran. sh.mohamadkhani@gmail.com
4. Professor in psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran. hasanimehr57@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
14/02/2023

Accept Date:
23/05/2023



Introduction: Few studies have examined integrative models in the context of chronic diseases including cardiovascular disease. In this context, the aim of the present study was the preliminary evaluation of the transdiagnostic educational package based on the schema therapy model, self-compassion model, and emotion regulation model in cardiac health-related behaviors.

Method: 3 people were selected in a single-case pilot study and received an intervention package based on the research model during 15 sessions. Participants responded to the cardiac health behavior scale (Song et al., 2018), Self-Compassion Questionnaire (Neff, 2003), Young's Early Maladaptive Schemas Questionnaire (YSQ-S3), and Emotion Regulation Scale (Gross and John, 2003). The data were analyzed by visual analysis of graphs analysis, indicators of recovery percentage, reduction percentage, and Cohen's effect size.

Result: The findings showed that the recovery percentage of the first, second, and third participants in the reappraisal respectively was 40, 38, and 43 percent, suppression was 46, 46, and 45 percent, self-compassion was 41, 34, and 41 percent and cardiac health-related behaviors were 32, 33 and 35 percent.

also, the reduction percentage of the first, second, and third participants in reappraisal respectively was 67, 62, and 76 percent, suppression was 32, 32, and 31 percent, self-compassion was 68, 51, and 69 percent, and cardiac health-related behaviors were 47, 50 and 54 percent.

The effect size of the reappraisal for the first, second, and third participants was -0.91, -0.79 and -0.80 respectively, suppression was 0.83, 0.91, and 0.93, self-compassion was -0.78, -0.86 and -0.90 and cardiac health related-behaviors were -0.83, -0.75 and -0.87.

Discussion and conclusion: According to the findings supporting the proposed model, the transdiagnostic educational package based on schema therapy, emotion regulation, and self-compassion model can be used to improve cardiac health-related behaviors.

Keywords

Cardiac Health-Related Behaviors, Early Maladaptive Schemas, Emotion Regulation, Self-Compassion.

Corresponding Author's E-mail

m. akbari@khu.ac.ir

Contents

Preliminary Evaluation of the Transdiagnostic Educational Package based on the Schema Therapy, Self-Compassion and Emotion Regulation Model in Cardiac Health-Related Behaviors

Amiri Pijakelai, A., Akbari, M., Mohammadkhani, Sh. and Hasani, J...... ۲۰۹ / 1

.....

The Effectiveness of Resilience Training Integrated with Self-Compassion on Self-Talk and Psychological Distress in Mothers of Mentally Retarded Students

FooladiArdakani, S. and Choobforoushzadeh, A. ۲۰۸ / 2

.....

The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship between Borderline Personality Traits and Non-suicidal Self-injury in Students

Shahani, S. and Mansouri, A. ۲۰۷ / 3

.....

The Role of Personality Traits, Alexithymia, and Cognitive Avoidance in Predicting Positive and Negative Emotions

Ebrahimi, L. and Almasi, M. ۲۰۶ / 4

.....

Developing and Evaluating a Structural Model of the Relationship Between Attachment Styles and Emotional Schemas Related to the Desire for Marriage Regarding the Mediating Variable of Emotion Regulation and Cognitive Flexibility

Roshan Chesli, R., Farahani, H. and Morvaridi, M. ۲۰۵ / 5

.....

Investigating the Effect of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Self-efficacy of Women with Multiple Sclerosis

Masoudi Marghmaleki, L., Shaygan Nejad, V. and Rahimi, R...... ۲۰۴ / 6

.....

Prediction of Covid-19 Anxiety Based on Life Orientation and Cognitive Flexibility Among Women in Baneh in 2021

Abdolmaleki, T. and Alizadeh, G. ۲۰۳ / 7

.....

Modeling Suicide Ideation Based on Initial Maladaptive Schemes with Mediating Role of Emotional Regulatory in Adults with a History of Childhood (Physical and Sexual)

Ebrahimi, G., Ghazanfari, A., Mashhadizadeh, Sh. and Rahimi, S. ۲۰۲ / 8

Contents

Developing and Testing the Adolescents' Self-Esteem Causal Model Based on the Parent-Child Relationship and Basic Psychological Needs: With Mediating Role of Self-Concept

Emami Meybodi, E., Ahadi, B. and Farah Bijari, A. ۲۰۱ / 9

.....

Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapy on Improving Mindfulness Components of Mothers with Children with Autism

Soraki Aliabad, M., Delfan Azari, A. and Khazaei Koohpar, K. ۲۰۰ / 10

.....

Difference Between Integrative Self-Knowledge, Self-Compassion, and Emotion Regulation in Individuals with Covid-19 Based on the Levels of Self-Concept Clarity

Dehghan, M. and Ebadikhah, F. ۱۹۹ / 11

.....

The Effectiveness of Modular Cognitive-Behavioral Therapy (MCBT) on Emotion Self-Regulation and Ineffective Self-Evaluation Attitudes

Zohoorparvande, V. and Hatefi Kyvanlo, S. ۱۹۸ / 12

.....

Comparison of the Effectiveness of Positive Psychology and Motivational Interviewing on Lifestyle and Psychological Capital in People with Type 2 Diabetes

Hosseini Tavan, S.H., Taher, M., Nouhi, Sh. and Rajab, A..... ۱۹۷ / 13

.....

Predicting Nurses' Quality of Life Based on Coronavirus-Induced Anxiety and Cognitive Flexibility

Veismoradi, M., Borjali, A. and Rafezi, Z. ۱۹۶ / 14

.....

Factorial Structure, Reliability and Predictive Validity of the shortened Mental Toughness Questionnaire (MTQ-12)

Rahimi, R. and Khodaei, A. ۱۹۵ / 15

.....

In The Name Of God

Journal of Clinical Psychology & Personality

Vol. 21, No. 1, Serial 40, spring & summer 2023

License Holder: Shahed University

Chairman: Rasol Roshan Chesli

Editor-in-Chief: Rasol Roshan Chesli

Administrative Assistant: Laila Hashemi

Literary Editor (English): Mila Malekolkalami

P-ISSN: 2345-2188

E-ISSN: 2345-4784

Editorial Board

<i>Mohammadali Asghari Moghaddam</i>	<i>Professor of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran</i>
<i>Gholamali Afrooz</i>	<i>Professor of Psychology Tehran University, Tehran, Iran</i>
<i>Ali Delavar</i>	<i>Professor of Statistics & Research Methods Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran</i>
<i>Rasol Roshan Chesli</i>	<i>Professor of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran</i>
<i>Firouzeh Sepehrian Azar</i>	<i>Professor of Psychology Urmia University, Urmia, Iran</i>
<i>Faramarz Sohrabi Asmaroud</i>	<i>Professor of Clinical Psychology Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran</i>
<i>Mohammadreza Shairi</i>	<i>Associate Professor of Psychology Shahed University, Tehran, Iran</i>
<i>Hossein Shokrkon</i>	<i>Professor of Psychology Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran</i>
<i>Mahnaz Aliakbari Dehkordi</i>	<i>Professor of Psychology Payame Noor University (South Tehran Branch), Tehran, Iran</i>
<i>Abolghasem Isamorad Roodbaneh</i>	<i>Associate Professor of Psychology Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran</i>
<i>Ali Fathi Ashtiani</i>	<i>Professor of Psychology Baghyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran</i>
<i>Abolghasem Yaghoobi</i>	<i>Professor, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran</i>

Layout Designer: Omolbanin Khazaei

Address:

Shahed University, Opposite to Holy Shrine of Imam Khomeini, Tehran-Qom Freeway, Tehran, Iran

P.O. Box: 3319118651

Tel: +98-21-51215126 Fax: +98-21-51215124

E-mail: cpap@shahed.ac.ir

cpap.shahed.ac.ir