



دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

دوره ۲۱، شماره ۲، پیاپی ۴۱، پاییز و زمستان ۱۴۰۲

ویراستار ادبی (انگلیسی): میلا ملک‌الکلامی

صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد

شاپای چاپی: ۲۳۴۵-۲۱۸۸

مدیر مسئول: رسول روشن چسلی

شاپای الکترونیکی: ۲۳۴۵-۴۷۸۴

سرمدبیر: رسول روشن چسلی

مدیر اجرائی: لیلا هاشمی

این نشریه براساس مصوبه کمیسیون نشریات علمی کشور (وزارت علوم، تحقیقات و فناوری) از تاریخ ۱ خرداد ۱۳۸۰ دارای اعتبار علمی پژوهشی است.

مجوز انتشار این نشریه با عنوان «روانشناسی بالینی و شخصیت» (عنوان سابق: دانشور رفتار) مورد موافقت هیئت نظارت بر مطبوعات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی قرار گرفته است.

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 عیسی مراد 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

۱	مهرنوش سادات سیدی و محبوبه داستانی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی
۱۳	پیش‌بینی نیرومندی من و ویژگی‌های آن بر اساس سبک‌های دل‌بستگی یاور توپچی، رسول روشن چسلی و مسعود جان‌بزرگی یاور توپچی، رسول روشن چسلی و مسعود جان‌بزرگی
۲۷	مقایسه علائم اختلال وسواسی جبری و اعتیاد به اینترنت در افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و افراد عادی مارال ذکری، و فریده نرگسی مارال ذکری، و فریده نرگسی
۳۹	اثربخشی مشاوره سیستمی بوئن بر قلدری و فرصت‌های رفتاری در خانواده‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی راثن عبداللهی، ابوالقاسم عیسی مراد و ایما عبدی راثن عبداللهی، ابوالقاسم عیسی مراد و ایما عبدی
۴۹	تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی: مطالعه کیفی اسما آزادی، سعیده سنجرانی و علیرضا بخشایش اسما آزادی، سعیده سنجرانی و علیرضا بخشایش
۵۹	نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ناشی از خیانت همسر در بروز اختلال استرس حاد پس از افشای خیانت خدیجه سادات باقرزاده، خدابخش احمدی و شکوه نوابی‌نژاد خدیجه سادات باقرزاده، خدابخش احمدی و شکوه نوابی‌نژاد
۷۳	نقش صفات شخصیت در پیش‌بینی سندرم روده تحریک‌پذیر با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی عزت‌اله احمدی، حسن بافنده و محمد محکی عزت‌اله احمدی، حسن بافنده و محمد محکی
۸۷	رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و شفقت به خود با کیفیت خواب: نقش میانجی تنظیم هیجان مریم دلدار گوهردانی، منصوره ستوده، کسری بیک محمدی و امید امانی مریم دلدار گوهردانی، منصوره ستوده، کسری بیک محمدی و امید امانی
۱۰۵	اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشخوار خشم افراد مبتلا به اضطراب ناشی از بیماری کرونا راضیه اعتصامی‌پور و خدیجه رمضان‌زاده مقدم راضیه اعتصامی‌پور و خدیجه رمضان‌زاده مقدم
۱۱۷	رابطه خودتفسیری و آشفتگی شخصی با همدلی سید مهدی موسویان، فروغ اسرافیلیان و حجت‌اله فراهانی سید مهدی موسویان، فروغ اسرافیلیان و حجت‌اله فراهانی
۱۲۹	رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیرخودکشی و رفتارهای خودکشی نوجوانان: نقش میانجی تنظیم هیجان سیده ملیحه انواری و احمد منصوری سیده ملیحه انواری و احمد منصوری
۱۳۹	تجربه زیسته فرزندان افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر: یک بررسی کیفی مرضیه هاشمی مرضیه هاشمی
۱۴۹	اعتباریابی و رواسازی شاخص واکنش‌پذیری عاطفی (ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر) سمیه زارع‌نژاد و سکینه سلطانی کوهبنانی سمیه زارع‌نژاد و سکینه سلطانی کوهبنانی
۱۶۵	طراحی و اعتباریابی الگوی ارتقاء بهزیستی سالمندان بر مبنای تجارب زیسته و بررسی اثربخشی آن بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مهدی وفانوش، کیومرث فرحبخش، حسین سلیمی بجستانی و نورعلی فرخی مهدی وفانوش، کیومرث فرحبخش، حسین سلیمی بجستانی و نورعلی فرخی
۱۹۳	تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری رفتارهای خودآسیب‌زنی در نوجوانان تیزهوش مریم ولی‌محمدی، امید شکری، مهرانگیز شعاع‌کاظمی و محسن احمدی طهور سلطانی مریم ولی‌محمدی، امید شکری، مهرانگیز شعاع‌کاظمی و محسن احمدی طهور سلطانی
۲۰۵	فرا ترکیب و فرا تحلیل در عمل همراه با کاربست R حجت‌اله فراهانی، لیلیا موثوق، عباسعلی الهیاری، رسول روشن چسلی و فاطمه دهقانی آرانی حجت‌اله فراهانی، لیلیا موثوق، عباسعلی الهیاری، رسول روشن چسلی و فاطمه دهقانی آرانی
۲۲۲-۲۳۷	چکیده انگلیسی چکیده انگلیسی

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی

نویسندگان

مه‌رنوش سادات سیدی^۱، محبوبه داستانی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهاب دانش قم، ایران. mehrnoosh.seidi2021@gmail.com

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهاب دانش، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود استرس‌زا است و به‌طور خاص مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی از سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و سلامت روانی ضعیف‌تری نسبت به والدین کودکان عادی برخوردار هستند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی است.

روش: تحقیق از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش اجرا آزمایشی با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه به همراه پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی مراجعه‌کننده به مدارس استثنایی و مؤسسات توان‌بخشی شهر قم بود. از بین آن‌ها ۲۶ نفر که دارای معیارهای ورود بودند، به شیوه تصادفی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و در دو گروه ۱۳ نفری آزمایش و گواه جای‌گذاری شدند. گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری را در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. طی این مدت گروه گواه در لیست انتظار قرار داشت و مداخله‌ای دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از فهرست تجدیدنظرشده علائم روانی (SCL90-R) «دراگوتیس» و همکاران (۱۹۸۴) و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (PCQ) لوتانس و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره صورت گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه در نمرات متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). بدین معنا که درمان شناختی - رفتاری منجر به بهبود سلامت روان و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی در گروه آزمایش شد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر این اساس درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به‌عنوان الگویی مناسب، مطمئن و اثربخش در پیشگیری مشکلات روانی و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی به کار گرفته شود.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۴/۱۷



کلیدواژه‌ها

شناخت درمانی رفتاری، سرمایه‌های روان‌شناختی، سلامت روان، ناتوان ذهنی

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

mdastani63@yahoo.com

مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مه‌رنوش سادات سیدی با عنوان «مقایسه تأثیر درمان شناختی - رفتاری و واقعیت درمانی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی» است که در سال ۱۴۰۱ در دانشکده صنایع، مدیریت و حسابداری دانشگاه غیردولتی - غیرانتفاعی شهاب دانش انجام شد. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

مقدمه

در دنیای امروز علی‌رغم تمام پیشرفت‌ها، کم‌توانی ذهنی^۱ یک ناراحتی و وضعیت مادام‌العمر است. حدود ۳ درصد از جمعیت جهان دارای ضریب هوشی کمتر از ۶۸ می‌باشند و عملکرد ۸۰ تا ۹۰ درصد از آن‌ها در دامنه‌های کندذهنی خفیف یا آموزش‌پذیر قرار دارند و مشکلات همراه با این کودکان یکی از عوامل بحران‌ساز برای آن‌ها و خانواده‌هایشان است [۱]. مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود استرس‌زا است و به‌طور خاص مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی از سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و سلامت روانی^۲ ضعیف‌تری نسبت به والدین کودکان عادی برخوردار هستند [۲]. عدم برخورداری از سلامت روانی مناسب موجب می‌گردد افراد احساس کنند که قادر به انجام فعالیت‌های روزمره خود از جمله مراقبت از خود، آموزش، اشتغال و مشارکت در زندگی اجتماعی نیستند [۳]. لذا سرمایه‌گذاری در زمینه سلامت روان مادران این کودکان برای پایداری سیاست‌های سلامتی، اقتصادی و اجتماعی ضروری است.

پژوهشگران حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر معتقدند سرمایه روان‌شناختی با افزایش قدرت سازگاری فرد هنگام رویارویی با مشکلات مزمن و طولانی‌مدت می‌تواند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و تداوم سلامت جسمانی و روانی داشته باشد [۴]. سرمایه روان‌شناختی یک وضعیت روان‌شناختی مثبت است و عمدتاً با ابعاد مختلفی چون امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری مشخص می‌شود [۵]. نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که مادران دارای کودکان عقب‌مانده ذهنی از سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند [۶]. در مقابل والدینی که دارای شاخص تاب‌آوری هستند بهتر می‌توانند مشکلات مربوط به مراقبت از کودکان عقب‌مانده ذهنی را مدیریت کنند [۷]. به اعتقاد سربلند (۱۳۹۸) سرمایه روان‌شناختی متفاوت از صفات پایداری همچون هوش است و می‌توان آن را با آموزش اصلاح یا ایجاد کرد [۸]. این امر ضرورت ارائه راهکارهایی برای توانمندسازی روان‌شناختی این مادران را آشکار می‌سازد.

یافته‌های تجربی نشان می‌دهد از میان درمان‌های روان‌شناختی موجود، مداخله مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری کارآمدی بالاتری برای ارتقاء سلامت روان دارد [۹]. در این درمان فرد می‌آموزد که افکار و عقاید خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرد که باید اعتبار آن‌ها آزموده شود [۱۰]. بر اساس این رویکرد، افکار، هیجانات، رفتارها و فیزیولوژی بخشی از یک سیستم یکپارچه هستند. تغییر در هر یک از اجزاء، تغییر در سایر اجزاء را به دنبال خواهد داشت. افکار می‌توانند هیجانات و رفتار را رهبری کنند. اختلالات هیجانی ریشه در سوگیری منفی دارند؛ بنابراین افراد مبتلا به اختلالات هیجانی می‌توانند با تغییر الگوهای فکری سلامت روانی خود را بهبود بخشند [۱۱]. مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش سلامت روان مادران دارای فرزند با اختلال درخودماندگی [۱۲-۱۳] مؤثر است. همچنین اثرات مثبت این درمان بر بهبود سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است [۱۴-۱۵]. درعین حال تقریباً یک سوم از افرادی که از درمان شناختی-رفتاری بهره می‌گیرند، در خطر عود مجدد قرار دارند [۱۶]. از این رو اثرات پیشگیرانه این درمان مورد تردید واقع می‌شود و نیاز به انجام مطالعات بیشتر را در گروه‌های جمعیتی مختلف آشکار می‌سازد.

در این میان آنچه بدان پرداخته نشده، میزان اثربخشی این رویکرد درمانی در مادران دارای فرزندان ناتوان ذهنی است. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی انجام شد. در این پژوهش فرضیه زیر مطرح شد که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود سلامت روان و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان ناتوان ذهنی تأثیر مثبت دارد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش اجرا آزمایشی با یک گروه آزمایش و گواه به همراه پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی بود که فرزندان‌شان به مدارس استثنایی و مؤسسات توان بخشی شهر قم در سال ۱۴۰۱

1 . intellectually disabled children (ID)
2 . Mental Health

محققان مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است [۱۹-۲۰]. در ایران نیز در پژوهش ضیاء‌الدینی (۱۳۹۷) میزان پایایی به روش بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۵۱ و روایی آن از طریق همسانی درونی ۰/۷۸ به دست آمد [۲۱]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد. یک نمونه از سؤالات پرسشنامه: «با اعتماد یک مسئله طولانی را بررسی می‌کنم تا یک راه حل بیابم».

فهرست تجدیدنظر شده علائم روان: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط دراگوتیس و همکاران ساخته شد و شامل ۹۰ سؤال پنج‌درجه‌ای (هیچ، کمی تا حدی، زیاد و خیلی زیاد) است که به هیچ، امتیاز صفر؛ کمی، امتیاز یک؛ تا حدی، امتیاز دو؛ زیاد امتیاز سه و خیلی زیاد امتیاز چهار تعلق می‌گیرد.

این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجد که عبارت‌اند از: شکایت جسمانی؛ وسواس اجبار؛ بعد حساسیت در روابط بین فردی؛ افسردگی؛ اضطراب؛ پرخاشگری؛ ترس مرضی؛ افکار پارانوئیدی و بعد روان‌پریشی. هنجاریابی اصلی آزمون، بالاترین آلفای کرونباخ مربوط به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن مربوط به روان‌پریشی (۰/۷۷) بود. بررسی پایایی به شیوه بازآزمایی نیز ضرایب ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ را نشان داد [۲۲]. در ایران انیسی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی جهت بررسی پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند و ضریب آلفای کرونباخ بالایی را هم برای زیر مقیاس‌های آزمون (۰/۷۵ تا ۰/۹۲) و هم برای شاخص کلی علائم مرضی (۰/۹۸) نشان دادند [۲۳]. در پژوهش حاضر پایایی شاخص کلی علائم مرضی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. یک نمونه از سؤالات پرسشنامه: «آیا در هفته گذشته یا امروز سردردهایی داشته‌اید؟»

شیوه انجام پژوهش

جلسات مداخله شناختی - رفتاری بر اساس راهنمای عملی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری فری (۱۳۹۷) [۲۴] تدوین شد. روایی محتوایی این بسته با استفاده از نظرخواهی از سه نفر از متخصصین روان‌شناسی بالینی در ارتباط با اهداف و محتوای هر یک از جلسات تأیید شد. جلسات مداخله شامل ۸ نشست ۶۰ دقیقه‌ای بود که با توالی هر هفته یک جلسه به صورت گروهی توسط متخصص

مراجعه می‌کردند. بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی [۱۷]، ۲۶ مادر واجد شرایط، برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. انتخاب نمونه‌ها به صورت تصادفی و از میان کسانی صورت گرفت که در فراخوان عمومی جهت شرکت در پژوهش (فراخوان عمومی از طریق مدیران و مسئولان مدارس استثنایی و مؤسسات توان بخشی شهر قم (۹ مدرسه و ۳۵ مؤسسه توان بخشی در مناطق چهارگانه قم) صورت گرفت) اعلام آمادگی کرده بودند و با توجه به معیارهای پژوهش غربال شدند. در نهایت نمونه‌ها بر اساس تخصیص بلوک تصادفی به یک گروه مداخله (درمان شناختی - رفتاری) و یک گروه گواه تقسیم شدند که هر گروه شامل ۱۳ نفر بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل: برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال و دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی کمتر از ۱۰ سال بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در طول دوره درمان، مصرف داروهای روان‌پزشکی، دریافت مداخلات روان‌شناختی در یک سال گذشته، سابقه سوءمصرف مواد بود.

اعضای گروه‌ها قبل از شروع جلسات آموزشی پرسشنامه‌های پژوهش را برای پیش‌آزمون و بعد از پایان مراحل درمانی (پس آزمون) تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۸ هفته در جلسات مشاوره گروهی شناختی - رفتاری شرکت کرد. زمان هر جلسه ۶۰ دقیقه و با توالی یک‌بار در هفته برگزار شد. در این اثنا گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد و به آن‌ها گفته شد که در فهرست انتظار هستند و پس از سه ماه وارد فرایند درمان خواهند شد.

ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارها و برنامه آموزشی زیر استفاده شد:

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی^۱: این پرسشنامه توسط لوتانس و همکاران در سال ۲۰۰۷ طراحی شد. پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی دارای ۲۴ گویه و چهار مؤلفه (خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری) است. آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۶)) پاسخ می‌دهد [۱۸]. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط برخی از

1. psychological capital questionnaire (PCQ)

روان‌شناسی بالینی با تجربه کار با کودکان ناتوان ذهنی و خانواده‌های آن‌ها و متخصص در زمینه برنامه آموزشی پژوهش حاضر اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه برنامه درمانی ارائه شده است. پس از اتمام پژوهش، برنامه آموزشی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات مداخله شناختی - رفتاری

جلسات	محتوای جلسات	زمان اجرا
جلسه ۱	معرفی اعضا، رهبر، قواعد و مقررات گروه، ساختار جلسات (هر جلسه شامل یک بخش آموزش مباحث شناختی و بخش دوم آموزش فنون رفتاری) و آشنایی با اهداف گروه	۶۰ دقیقه
جلسه ۲	آشنا نمودن گروه با هیجانات و شناسایی افکار خود آیند است. با اعضا درباره موضوع مطرح شده گفت‌وگو و به‌عنوان تکلیف جلسه بعد از آنان خواسته شد در مورد موضوع مطرح شده بیندیشند و مطالبی را مکتوب نمایند.	۶۰ دقیقه
جلسه ۳	آشنایی با نحوه عمل شناختی درمانی (مثال چمدان) و آشنایی با مدل A-B-C	۶۰ دقیقه
جلسه ۴	شناخت انواع خطاهای شناختی و لایه‌های شناخت	۶۰ دقیقه
جلسه ۵	آموزش بخشی از فنون بازسازی شناختی (تکنیک بررسی مفاهیم کلی، بررسی شواهد تأییدکننده، تکنیک بررسی سود و زیان افکار و قواعد زندگی، تکنیک مثال نقض یا شواهد رد کننده)	۶۰ دقیقه
جلسه ۶	آموزش برخی دیگر از فنون بازسازی شناختی (تکرار فن بررسی سود و زیان و تکنیک مهم انفکاک) و فن پیکان رو به بالا	۶۰ دقیقه
جلسه ۷	مشغول نگه داشتن ذهن و تهیه فهرستی از فعالیت‌ها، غذاها و مکان‌های موردعلاقه در دوران کودکی و اکنون	۶۰ دقیقه
جلسه ۸	آموزش شیوه حل مسئله؛ دریافت بازخورد اثرات آموزش‌ها در نحوه زندگی اعضا و اجرای پس‌آزمون	۶۰ دقیقه

شیوه تحلیل داده‌ها

در نهایت تحلیل داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS25 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. سطح معناداری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ لحاظ گردید.

نتایج

در این پژوهش ۲۶ مادر دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی

شرکت داشتند که به دو گروه ۱۳ نفره مداخله و گواه تقسیم شدند. شرکت‌کنندگان از لحاظ برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی که ممکن بود در مطالعه اثر مداخله‌گری داشته باشند مانند سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان با عقب‌ماندگی ذهنی و ... همسان‌سازی شدند. یافته‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش به تفکیک گروه در زیر آورده شده است:

جدول ۲. یافته‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	طبقات	گروه آزمایش		متغیر	طبقات	گروه گواه	
		درصد	فراوانی			درصد	فراوانی
سن	۲۵-۳۰ سال	۲	۱۵/۴	تحصیلات	دیپلم	۲	۱۵/۴
	۳۱-۳۵ سال	۵	۳۸/۵		فوق دیپلم	۶	۴۶/۲
	۳۶-۴۰ سال	۶	۴۶/۲		لیسانس	۵	۳۸/۵
معنی‌داری تفاوت‌ها		P-Value=۰/۸۵				P-Value=۰/۷۸	

عقب‌ماندگی ذهنی بودند.
میانگین و انحراف معیار سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان در دو دوره اجرا به تفکیک برای هر دو گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

علاوه بر این در گروه آزمایش فرزندان در سنین ۳ تا ۷ سال (میانگین $1/35 \pm 4/84$) قرار داشتند. در گروه گواه نیز میانگین سنی فرزندان $1/31 \pm 4/79$ سال بود. با توجه به سطح آماری به دست آمده تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد. تمام مادران دارای یک فرزند مبتلا به

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان به تفکیک دو گروه و دو مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	درمان شناختی - رفتاری	۲۹/۳۸	۴/۳۶	۲۹/۹۲	۴/۰۹
	گواه	۲۹/۳۸	۳/۶۸	۲۹/۲۳	۴/۰۰
امیدواری	درمان شناختی - رفتاری	۲۷/۸۴	۵/۶۹	۲۸/۸۴	۴/۹۸
	گواه	۲۷/۶۱	۵/۵۰	۲۷/۵۳	۵/۶۰
تاب‌آوری	درمان شناختی - رفتاری	۲۳/۶۹	۳/۹۰	۲۳/۶۹	۳/۹۰
	گواه	۲۷/۰۰	۴/۳۷	۲۶/۷۶	۴/۵۶
خوش‌بینی	درمان شناختی - رفتاری	۲۶/۱۵	۱/۸۱	۲۸/۳۸	۲/۰۲
	گواه	۲۶/۳۰	۳/۴۷	۲۵/۸۴	۳/۶۲
سرمایه‌های روان‌شناختی	درمان شناختی - رفتاری	۱۰۷/۰۷	۱۰/۷۷	۱۱۲	۱۰/۱۲
	گواه	۱۱۰/۳۰	۱۳/۵۳	۱۰۹/۳۸	۱۳/۹۴
شکایت جسمانی	درمان شناختی - رفتاری	۲/۰۱	۰/۱۹	۱/۷۷	۱/۶۰
	گواه	۲/۱۶	۰/۲۰	۲/۳۷	۰/۱۸
وسواس - اجبار	درمان شناختی - رفتاری	۲/۵۶	۰/۲۰	۱/۹۹	۰/۲۳
	گواه	۲/۴۸	۰/۲۹	۲/۵۳	۰/۲۵
حساسیت در روابط بین فردی	درمان شناختی - رفتاری	۲/۳۳	۰/۲۸	۲/۱۱	۰/۲۱
	گواه	۲/۳۷	۰/۳۰	۲/۴۸	۰/۲۸
افسردگی	درمان شناختی - رفتاری	۲/۳۳	۰/۲۴	۱/۹۱	۰/۲۷
	گواه	۲/۳۴	۰/۲۷	۲/۴۳	۰/۲۵
اضطراب	درمان شناختی - رفتاری	۱/۶۳	۰/۲۵	۱/۶۰	۰/۲۳
	گواه	۱/۸۶	۰/۲۲	۲/۰۱	۰/۱۹
پرخاشگری	درمان شناختی - رفتاری	۱/۱۰	۰/۲۴	۱/۰۷	۰/۳۰
	گواه	۱/۲۹	۰/۳۹	۱/۴۲	۰/۳۰
ترس مرضی	درمان شناختی - رفتاری	۱/۵۱	۰/۲۵	۱/۰۷	۰/۲۷
	گواه	۱/۴۲	۰/۳۰	۱/۵۸	۰/۲۸
افکار پارانوییدی	درمان شناختی - رفتاری	۲/۰۶	۰/۲۸	۱/۸۷	۰/۳۰
	گواه	۲/۲۵	۰/۴۱	۲/۲۹	۰/۳۲
روان‌پریشی	درمان شناختی - رفتاری	۰/۹۶	۰/۲۳	۰/۷۶	۰/۱۴
	گواه	۱/۳۱	۰/۱۵	۱/۳۰	۰/۱۵

در ادامه، ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس شامل همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون «شاپیرو - ویلک» در قسمت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد توزیع متغیرها بهنجار است ($p > 0/05$). همگنی واریانس متغیرها با آزمون «لون» بررسی شد که غیر معنادار بود ($p > 0/05$)؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. بررسی شرط برابری شیب‌های

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند؛ ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش با گروه گواه متفاوت است؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش و میانگین نمرات سلامت روان کاهش داشته است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان

متغیر	منبع اثر	مجموع مجدورات	F	مقدار p	مجدور اتا
شکایت جسمانی	پیش‌آزمون	۰/۷۵	۱۶۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۰/۸۰	۱۷۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	خطا	۰/۱۰			
وسواس اجبار	پیش‌آزمون	۱/۳۱	۱۴۷/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	گروه	۰/۳۹	۴۴/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	خطا	۰/۲۰			
حساسیت در روابط	پیش‌آزمون	۰/۸۳	۲۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	گروه	۳/۵۷	۲۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۰/۹۵			
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۸۲	۴۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	گروه	۱/۹۹	۹۹/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۰/۴۶			
اضطراب	پیش‌آزمون	۰/۵۱	۱۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	گروه	۲/۳۳	۸۸/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۰/۶۰			
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۰/۸۵	۱۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	گروه	۰/۸۵	۲۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۲/۹۴			
ترس مرضی	پیش‌آزمون	۱/۵	۱۶/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	گروه	۳/۵۱	۵۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	خطا	۱/۴۶			
افکار پارانوئیدی	پیش‌آزمون	۱/۷۲	۵۸/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	گروه	۰/۳۹	۱۳/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	خطا	۰/۶۷			
روان‌پریشی	پیش‌آزمون	۰/۲۵	۱۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	گروه	۱/۶۵	۹۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۰/۳۸			

کوواریانس تک متغیره برای هر یک از متغیرهای وابسته در زیر آمده است.

نتایج به دست آمده در جدول (۴) نشان داد پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، نمره پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گواه برای تمامی ابعاد سلامت روان معنادار بود ($p < 0/001$)؛ بنابراین با توجه به نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری مؤثر بوده و موجب بهبود سلامت روان در تمامی ابعاد آن شد. با توجه به اندازه اثر، بیشترین اثرگذاری درمان شناختی رفتاری بر شکایت جسمانی (۸۸ درصد) و روان‌پریشی و افسردگی (۸۱ درصد) بوده است.

رگرسیون نشان داد که توازی شیب‌های رگرسیون برای تحلیل کوواریانس فراهم است. مقدار F تعامل برای سرمایه روان‌شناختی برابر با ۰/۸۴ و برای سلامت روان برابر با ۰/۶۲ بود که به لحاظ آماری معنادار نبود ($p > 0/05$). نتایج آزمون پیش‌فرض کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان گروه‌های آزمایش و گواه (اثر پیلای) نشان داد در ترکیب خطی متغیرهای سرمایه روان‌شناختی ($\eta^2 = 0/71$), $p < 0/001$ و سلامت روان ($F = 10/50$) با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F = 5/66$) با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد به منظور بررسی دقیق‌تر فرضیه‌ها، نتایج آزمون تحلیل

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	F	مقدار p	مجذور اتا
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۲۴۸/۵۹	۱۳۳/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	گروه	۴۰/۳۶	۲۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	خطا	۴۲/۷۸			
امیدواری	پیش‌آزمون	۵۹۹/۳۴	۴۷۸/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵
	گروه	۳۱/۹۷	۲۵/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	خطا	۲۸/۸۰			
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۳۱۸/۷۲	۲۱۳/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	گروه	۴۱/۵۹	۲۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۳۴/۳۴			
خوش‌بینی	پیش‌آزمون	۳۵۲/۵۸	۲۱۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	گروه	۲۸/۶۶	۱۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	خطا	۳۷/۴۱			
سرمایه‌های روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۳۷۹۲/۴۳	۳۶۰/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۹۴
	گروه	۵۳۸/۷۹	۵۱/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۶۹
	خطا	۲۴۱/۸۷			

کودکان عقب‌مانده ذهنی اغلب از نقاط قوت خود آگاه نیستند و خود را در این زمینه‌ها انعطاف‌پذیر نمی‌دانند. به همین دلیل پژوهشگر «نقاط قوت پنهان» را در تجربیات معمول روزمره آن‌ها جستجو کرد و آن‌ها را به مادران نشان داد؛ به‌عنوان مثال مادری که علی‌رغم منابع اقتصادی محدود از فرزند عقب‌مانده ذهنی خود مراقبت می‌کند، ممکن است وجود سرمایه‌های روان‌شناختی را در خود تشخیص ندهد. درحالی‌که نیازهای مالی خود را تأمین می‌کند، خلاقانه با کمترین مواد آشپزی می‌کند و به جای فعالیت‌های پرهزینه اوقات فراغت خود را با بازی و گردش در پارک‌ها به همراه فرزند خود به صورت رایگان سپری می‌کند.

دوم، نقاط قوت موجود برای ساخت یک مدل شخصی تاب‌آوری، خودکارآمدی، امیدواری و خوش‌بینی استفاده شد.

سوم، درمانگر از مادران درخواست کرد که از مدل‌های شخصی ایجاد شده برای طراحی برنامه‌ای برای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در حوزه‌ای از زندگی که در حال حاضر درگیر آن هستند استفاده کنند. زمانی که مدل شخصی ساخته شد، از مادران درخواست شد تا در نظر بگیرند که چگونه می‌توانند به حفظ خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری در موقعیت‌های دشوار کمک کنند. چالش‌های رایج در موقعیت‌های دشوار در نظر گرفته و یادداشت شد. تمرکز این بحث‌ها بر مقاومت در برابر مشکلات است تا موفقیت در حل یا غلبه بر آن‌ها. این تغییر در تمرکز اغلب برای مادران بسیار هیجان‌انگیز بود. آن‌ها گزارش کردند که اگر مجبور نباشند مشکلی را حل کنند، بلکه در مقابل آن ایستاده باشند، احساس ناامیدی کمتری می‌کنند [۲۵].

چهارم، مادران خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی را از طریق آزمایش‌های رفتاری تمرین کردند؛ به‌عنوان مثال مادران به جای پیش‌بینی بار روانی تحمیل شده ناشی از نگهداری فرزند عقب‌مانده ذهنی، در مورد امیدواری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری خود پیش‌بینی‌هایی کردند؟ چگونه می‌توانند در برابر انتقادهای افراد و آشنایان مقاوم بمانند؟ امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی چگونه به نظر می‌رسد و چه احساسی دارد؟ در حقیقت مدل شخصی، مادران را تشویق کرد تا از

نتایج به‌دست‌آمده در جدول (۵) نشان داد پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، نمره پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گواه برای تمامی ابعاد سرمایه روان‌شناختی معنادار بود ($p < 0.001$)؛ بنابراین با توجه به نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری مؤثر بوده و موجب بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی در تمامی ابعاد آن شد. با توجه به اندازه اثر، بیشترین اثرگذاری درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری (۵۴ درصد) و امیدواری (۵۲ درصد) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد درمان شناختی - رفتاری اثرگذار بوده و موجب شده در گروه آزمایش تغییرات معناداری در شاخص کل سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه به وجود آید.

این یافته با نتایج حاصل از مطالعات [۱۲-۱۴] مبنی بر اثربخشی درمان شناختی بر بهبود سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی همسو و هماهنگ است. همچنین در بررسی‌هایی که صورت گرفت، پژوهشی ناهمسو با این یافته یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان شناختی - رفتاری رویکردی برای کمک به افراد در ایجاد ویژگی‌های مثبت است. در این رویکرد چنین تصور می‌شود که راه‌های زیادی برای کسب ویژگی‌های مثبت وجود دارد و هر فرد می‌تواند با تکیه بر نقاط قوت خود، یک مدل شخصی برای ایجاد ویژگی‌های مثبت، بسازد [۲۵]. به این صورت که در اولین قدم جست‌وجوی نقاط قوت پنهان در تجربیات روزمره مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش داده شد. در بیشتر موارد آموزش مهارت‌ها، افکار یا واکنش‌های هیجانی جدید به درمان‌جویان ضروری نیست، بلکه می‌تواند به مراجع کمک کرد تا نقاط قوتی را که در حال حاضر دارا است شناسایی کرده، مدلی از سرمایه‌های روان‌شناختی را از این نقاط قوت موجود بسازد [۲۵]. به‌عنوان مثال برخی از افراد مهارت‌های حل مسئله خوبی همراه با حس شوخ‌طبعی انعطاف‌پذیر دارند و این نقاط قوت ممکن است پایه‌ای برای بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی باشد. باین حال اکثر مادران

مواجهه درمانی از دیگر فنون درمانی شناختی - رفتاری است که در جلسات گروهی به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش داده شد. در بیشتر موارد صحبت کردن درباره موقعیت‌های استرس‌زا چندان مفید نیست و ممکن است لازم باشد مادران یاد بگیرند از طریق مواجهه درمانی با ترس‌های خود به شیوه‌ای روشمند و ساختاریافته روبه‌رو شوند. علاوه بر این آموزش ادراک از خود، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی در این جلسات آموزش داده شد که پیامد این مهارت‌ها بهبود سلامت روان بود. در مجموع با توجه به اثربخشی مثبت درمان شناختی رفتاری بر بهبود تمامی ابعاد سلامت روان (شکایت جسمانی، وسواس اجبار، حساسیت در روابط، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی) و سرمایه‌های روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) مادران کودکان ناتوان ذهنی، بر این اساس درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به عنوان الگویی مناسب، مطمئن و اثربخش در پیشگیری مشکلات روانی و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی به کار گرفته شود.

این پژوهش با محدودیت زیر روبه‌رو بود: تمرکز این مطالعه بر مادران (در بازه سنی ۲۵-۴۰ سال) دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی در دامنه سنی کمتر از ۱۰ سال مراجعه‌کننده به مدارس استثنایی و مؤسسات توان‌بخشی قم بود؛ بنابراین لازم است در تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه جوانب احتیاط رعایت شود. در همین رابطه انجام پژوهش‌های مشابه در سایر جوامع با انواع ناتوانی و با دوره‌های پیگیری در فواصل زمانی طولانی مدت توصیه می‌شود که می‌تواند میزان کارایی و اثربخشی این رویکرد درمانی را آشکار سازد.

پیشنهادها

بر اساس نتایج مطالعه پیشنهادهای کاربردی زیر قابل ارائه است:

با افزایش مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌توان آنان را در برابر مشکلات

مشکلات زندگی برای تمرین امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی استفاده کنند. هنگامی که مادران تجربه استفاده از مدل شخصی را در آزمایش‌های برنامه‌ریزی شده داشته باشند، درمان به سمت جست‌وجوی فرصت‌های خود به خودی برای تمرین امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی در موقعیت‌های روزمره تغییر می‌کند و مادران تشویق می‌شوند تا از رویدادهای منفی زندگی به‌عنوان فرصتی برای تمرین تاب‌آوری و امیدواری استقبال کنند. در پایان درمان برخی از مادران اظهار داشتند که این دیدگاه، زندگی را به یک تجربه «برد - برد» تغییر داده است؛ به‌طوری‌که اگر همه چیز خوب پیش برود، آن‌ها برنده می‌شوند؛ اگر همه چیز خوب پیش نرود، آن‌ها شانس دیگری برای «برنده شدن» با سرمایه‌های روان‌شناختی خود دارند. این دیدگاه اغلب مادران را قادر ساخت تا چالش‌های نگهداری از فرزند عقب‌مانده ذهنی خود را بپذیرند و به آن‌ها در غلبه بر اجتناب کمک کرد؛ بنابراین بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی نه تنها به آن‌ها کمک کرد مشکلات زندگی را مدیریت کنند، بلکه تعداد رویدادهای زندگی را که به‌عنوان تجربه بد تلقی می‌کردند، به حداقل رساند [۲۵].

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌توان ادعان داشت، راه‌های مفید و غیرمفیدی برای واکنش به یک موقعیت وجود دارد که اغلب بر اساس طرز فکر افراد در مورد آن‌ها تعیین می‌شود؛ به‌عنوان مثال داشتن یک کودک عقب‌مانده ذهنی می‌تواند مشکلات خانوادگی، سرخوردگی‌ها، آرزوها و رؤیاهای بریادرفته، تحمل صحبت‌های دیگران، احساس خجالت و پنهان کردن کودک، محدودیت فعالیت‌های خانواده، مسائل مالی و... را موجب گردد [۲۶]. این می‌تواند منجر به احساس ناامیدی، تنهایی، افسردگی و ... در خانواده‌ها و به ویژه مادران این کودکان شود و آن‌ها را در یک چرخه منفی گرفتار کند. در جلسات درمانی شناختی - رفتاری به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش داده شد به جای پذیرش این تفکر، می‌توانند بپذیرند که بسیاری از مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی هستند. علاوه بر این به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا کودکان خود را به‌عنوان افرادی با مهارت‌های خودیاری پایین بپذیرند. این امر موجب می‌گردد مادران محیط اجتماعی خود را پذیرنده‌تر در نظر بگیرند و نسبت به آینده خوش‌بین‌تر شوند.

- 5- Harms, PD. Krasikova, DV. Luthans, F. Not me, but reflects me: Validating a simple implicit measure of psychological capital. *Journal of Personality Assessment*, 2018; 100 (5), 551-62.
- 6- Pastor-Cerezuela, G. Fernández-Andrés, M. I. Pérez-Molina, D. & Tijeras-Iborra, A. Parental stress and resilience in autism spectrum disorder and Down syndrome. *Journal of Family Issues*, 2021; 42(1), 3-26.
- 7- Zhao, M. Fu, W. The resilience of parents who have children with autism spectrum disorder in China: a social culture perspective. *International Journal of Developmental Disabilities*, 2022; 68(2), 207-218.

۸- سربلند، خیرالله. تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر دلبستگی کاری با نقش واسطه‌ای توانمندسازی روان‌شناختی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳۹۸؛ ۲۰ (۳)، ۶۵-۷۶.

۹- آریاناکیا، المیرا؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد. اثربخشی درمان ترکیبی فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری. *مجله روان‌شناسی*، ۱۳۹۵؛ ۷۸ (۲)، ۱۴۰-۱۵۶.

۱۰- شوشتری، آزاده؛ رضایی، علی محمد؛ طاهری، الهام. اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳۹۵؛ ۱۸ (۶).

11-Curwen. B. Palmer, S. Ruddell, P. Brief cognitive behavioral therapy. London: Sage. 2000.

ناشی از نگهداری فرزند کم‌توان مقاوم‌تر نمود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز نگهداری و آموزشی کودکان عقب مانده ذهنی و همچنین مراکز مشاوره و روان‌درمانی برای بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی این مادران از رویکرد درمانی شناختی - رفتاری استفاده شود. سلامت روان ضعیف در مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی احساس انزوا و محدودیت‌های مشارکت اجتماعی را باعث شده و در یک کلام کاهش بیشتر سرمایه اجتماعی فرد، خانواده و جامعه را باعث می‌شود؛ بر این اساس پیشنهاد می‌شود در مراکز نگهداری و آموزشی کودکان عقب‌مانده ذهنی و همچنین مراکز مشاوره و روان‌درمانی جهت بهبود سلامت روان این مادران از رویکرد درمانی شناختی - رفتاری استفاده شود.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمامی مادران مشارکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- ۱- فرامرزی، سالار؛ کریمی‌منش، ولی الهه؛ محمودی، مرتضی؛ فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر سلامت روانی خانواده کودکان با نقص ذهنی (۱۳۹۰-۱۳۹۱). *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۱۳۹۲؛ ۱۳ (۴).
- 2- Kerenhappachu, M. S, and G. Sridevi. Care giver's burden and perceived social support in mothers of children with mental retardation. *International journal of scientific and research publications*, 2014; 4 (4), 1-7.
- 3- World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Geneva: *World Health Organization*; 2016 Fact sheet 220; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>, accessed 19 August 2017.
- 4- Ursua. M. P, Echegoyen. I. Self-Forgiveness, Self-Acceptance or intrapersonal Restoration? Open issues in the Psychology of Forgiveness. *Papeles Del Psicologo*, 2015; 36(3), 230-237.

- 18-Luthans, F. Youssef-Morgan, C. Avolio, B. J. Psychological capital: Developing the human competitive edge. New York: Oxford University Press, 2007.
- 19-Karatepe, OM, Karadas, G. The effect of psychological capital on conflicts in the work=family interface, turnover and absence intentions. *International Journal of Hospitality Management*, 2014; 43, 132-43.
- 20-Karatepe, OM, Karadas, G. Do psychological capital and work engagement foster frontline employees' satisfaction? A study in the hotel industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 2015; 27(6), 1254-78.
- ۲۱- ضیاء‌الدینی، موحده. اثربخشی آموزش سرمایه روان‌شناختی بر انگیزش پیشرفت تحصیلی و توانمندسازی شناختی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید باهنر کرمان T 1397.
- 22-Derogatis, L.R. Rickels, K. Rock, A. The scl – 90 and the MMPI a step in the validation of a new self – report scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1984, 128,280- 289.
- ۲۳- انیسی، جعفر؛ اسکندی، محسن؛ بهمن‌آبادی، سمیه؛ نوحی، سیما؛ تولایی، عباس... هنجاریابی چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-۹۰-R) در کارکنان یک واحد نظامی. *مجله روان‌شناسی نظامی*، ۱۳۹۳، ۱۷.
- ۲۴- فری، مایکل. راهنمای عملی شناختی درمانی گروهی. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام. تهران: رشد، ۱۳۹۷.
- ۱۲- دهقانی، یوسف. بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۳۹۵؛ ۲۶ (۱۳۵)، ۸۷-۹۷.
- ۱۳- معتمدی‌نیا، رضا. اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به درخودماندگی. سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران، مؤسسه آموزش عالی نیکان، ۱۳۹۵.
- ۱۴- رئیس، زهره؛ قاسم‌نژاد، سیده‌مدینه. اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی زنان نابارور. چهارمین کنفرانس سراسری دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روان‌شناسی ایران، تهران، ۱۳۹۷.
- ۱۵- نصیری تاکامی، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ طالع‌پسند، سیاوش. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری گروهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان با علائم افسردگی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۱۳۹۹؛ ۶ (۲)، ۷۹-۹۸.
- ۱۶- ملیانی، مهدیه؛ اللهیاری، عباسعلی؛ آزاد فلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی؛ طالولی، آزاده. اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری در واکنش‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از خود در زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده. *مجله روان‌شناسی*، ۱۳۹۳؛ ۷۲ (۴)، ۳۹۳-۴۰۷.
- 17- Quinn, GP, Keough, M. Experimental Design and Data Analysis For Biologists. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

26-Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellect Disability Res*, 2003; 47(5), 385-399.

25-Padesky, C. A. & Mooney, K. A. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2012, 19(4), 283-290.

پیش‌بینی نیرومندی من و ویژگی‌های آن بر اساس سبک‌های دل‌بستگی

نویسندگان

یاور توپچی^۱، رسول روشن چسلی^{۲*}، مسعود جان‌بزرگی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. toopchi.yavar@gmail.com

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

۳. استاد گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. psychjan@gmail.com

چکیده

مقدمه: با توجه به نقش مهم دوران ابتدایی تحول در شکل‌گیری نیرومندی من، پژوهش حاضر با هدف شناسایی نقش سبک‌های دل‌بستگی در پیش‌بینی نیرومندی من و خرده‌مقیاس‌های آن (امید، اراده، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد) انجام شد.

روش: روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. شرکت‌کنندگان شامل ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران و شاهد که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سبک دل‌بستگی کولینز و رید و پرسشنامه نیرومندی من مارکستروم استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج حاصل همبستگی نشان می‌دهد که بین متغیرهای سبک‌های دل‌بستگی و نیرومندی من، همبستگی معنادار وجود دارد و رگرسیون چندگانه هم نشان می‌دهد که این مدل رگرسیونی ۳۳/۳ درصد از تغییرات واریانس نیرومندی من را پیش‌بینی کند. نتایج پیش‌بینی خرده‌مقیاس‌ها و درصد واریانس تغییر به ترتیب عبارت‌اند از امید: ۳۰/۷، اراده: ۲۳/۹، هدف: ۳۱، شایستگی: ۲۵/۳، وفاداری: ۱۳/۹، عشق: ۳، مراقبت: ۹، خرد: ۲۶/۵ است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که سبک دل‌بستگی ایمن، نیرومندی من و خرده‌مقیاس‌های آن را با جهت مثبت و سبک دل‌بستگی اجتنابی و اضطرابی نیرومندی من و خرده‌مقیاس‌های آن را با جهت منفی پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها، اهمیت بحث دل‌بستگی سالم در پیش‌بینی نیرومندی من را نشان می‌دهد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۰۹/۲۴

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۲/۱۳



کلیدواژه‌ها

سبک‌های دل‌بستگی، دل‌بستگی ایمن، دل‌بستگی اجتنابی، دل‌بستگی اضطرابی، نیرومندی من.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

rasolroshan@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

نیرومندی من را با بحث هویت نشان می‌دهد [۱۰]. آنتیس در پژوهش خود نشان داد که نیرومندی من با هویت شغلی رابطه دارد [۱۱]. هویت ساختاری درونی و پویاست که متشکل از اهداف، ارزش‌ها و باورهای شخصی که بر اساس فرایندهای شناختی-اجتماعی به وجود می‌آید [۹].

لذا می‌توان گفت که نیرومندی من و هویت در بحث شخصیت انسان و همچنین سلامت روان نقش مهم و مؤثری دارد. نیرومندی من از ۸ ویژگی ساخته شده است؛ این هشت ویژگی از مراحل تحول روانی-اجتماعی به وجود می‌آید. نظریه تحولی اریکسون بر این پایه استوار است که در هر مرحله، فرد با یک تعارض روانی اجتماعی دچار چالش می‌شود و اگر بتواند از این مرحله سالم عبور کند در این صورت یک سازه روانی ایجاد می‌شود [۱۲]. در هر مرحله نیروی اضدادی نیز وجود دارد. برای مثال امید در مقابل کناره‌گیری است و در برابر اعتماد یک بی‌اعتمادی وجود دارد [۱]. این هشت ویژگی عبارت‌اند از ۱- امید: امید ضروری‌ترین و پایدارترین نیرو و ویژگی من است [۲] و یک سازه اساسی برای زندگی اجتماعی افراد به حساب می‌آید [۱]. امید را می‌توان اولین نیروی مهم تشکیل هویت دانست [۱۳]. در تشکیل امید، نقش مادر و مراقبان کودک و اینکه چگونه نیازهای کودک را ارضا می‌کنند اهمیت دارد، و همین موضوع سبب شکل‌گیری اعتماد در کودک می‌شود [۳]؛ اینکه مادر چگونه نیازهای وی را پاسخ داده و ترس‌های کودکی او را تسکین داده است [۱۳] نیروی ضد امید، کناره‌گیری است [۱]. امید به کودک این امکان را می‌دهد که با چالش‌های جدید، به سمت دنیای بیرون حرکت کنند [۱۴]. ۲- اراده: این نیرو برای یکپارچگی من و شخصیت اهمیت زیادی دارد. اراده به معنای توانایی انتخاب آزادانه و مهارگری است [۲]. منبع تشکیل نیروی اراده بلوغ فیزیولوژیکی است که کودک در آن توانایی کنش‌های مستقلانه را پیدا می‌کند [۱۴]. در دیدگاه اریکسون دستشویی رفتن نقش مهمی در این موضوع دارد [۳]. این ویژگی من با عدالت در فرزندپروری، تصورات فرامن، کنترل تکانه و خودکنترلی مرتبط است [۲]. اجبار و تکانشگری ضد این ویژگی است [۱]. ۳- هدف: هدف به معنای شجاعت برای دنبال کردن هدف‌های بارزش، بدون ترس از شکست خیال‌پردازی‌های کودکان و ترس از مجازات است [۱]. هدف در دوره‌ای از تحول شخصیت به وجود می‌آید که فرد

نیرومندی من از ویژگی‌های مهم شخصیتی در رویکرد تحول روانی-اجتماعی اریکسون است. نیرومندی من به معنای داشتن صفات خاص انسانی است که این صفات در مراحل تحول زندگی به ما نیرو می‌دهد. نیرومندی من یعنی داشتن ۸ ویژگی که طی مراحل رشد روانی-اجتماعی محقق می‌شود؛ این ویژگی‌ها عبارت‌اند از امید، اراده، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد [۱]، [۲]. بر اساس نیرومندی من، هویت من نیز شکل می‌گیرد که نوعی احساس یا آگاهی از خود است که در خلال تعاملات اجتماعی به وجود می‌آیند و روی رفتارها و باورهای فرد تأثیر می‌گذارد [۳].

نیرومندی من اهمیت زیادی در سلامت روان و تشکیل شخصیت افراد دارد؛ چراکه نیرومندی من با متغیرهای مختلفی ارتباط دارد. حرمت خود، تحول شناختی اجتماعی من، منبع کنترل، سبک‌های مقابله‌ای، نگرانی همدلانه، عاطفه مثبت، پریشانی شخصی، حمایت اجتماعی، سازگاری تحصیلی، برون‌سازی و درون‌سازی که از شاخص‌های بلوغ و سازگاری روانی-اجتماعی است، با نیرومندی من ارتباط دارند [۴]. نیرومندی من بهزیستی روانی افراد را افزایش می‌دهد [۵]. نیرومندی من رابطه معنادار و مثبت (۰/۴۰۲) با نظم‌جویی هیجان دارد [۶]. اگر نیرومندی من مسیر تحولی درستی را طی نکند احتمال جدا شدن فرد از خانه و خشونت در کودکان را افزایش می‌دهد [۷].

از جهت دیگر، یکی از بحث‌های مهم در حوزه شخصیت بحث تشکیل هویت است. در رویکرد اریکسون، بحث هویت یکی از بحث‌های مهم است [۲]. هویت بعد مهمی از تحول و شخصیت انسان است که باعث احساس هدفمندی در فرد می‌شود و همین امر سبب می‌شود فرد با شرایط زندگی مقابله کند [۸]. عدم شکل‌گیری هویت در فرد، مشکلات شخصیتی و رفتاری مانند روان‌رنجوری، مشکلات تحصیلی و ارتباطی، افسردگی و حرمت‌نفس پایین، اختلال‌های خوردن و اختلال بزهکاری در جوانان افزایش می‌دهد [۹]. هویت رشدیافته با نیرومندی من رابطه مثبت معنادار دارد [۲]. وفاداری یکی از سازه‌های نیرومندی من، با هویت شخصی و هویت شغلی رابطه مثبت و با ناراحتی هویت، رابطه عکس دارد [۴]. پژوهش مارکستروم و کالمانیر هم ارتباط

تشکر از دانش و تجربه انباشته‌شده زندگی است. خرد نوعی از ایمان است که در واقع آخرین شکل امید است. ضد عقل، خواری است [۱]. خرد توجه آگاهانه و جدا از خود زندگی در مقابل مواجهه با مرگ است [۱۳].

همان‌طور که اشاره شد، نیرومندی من به‌عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی محسوب می‌شود [۱۵]. شروع هویت و تشکیل نیرومندی من در دیدگاه اریکسون، از نخستین ارتباط‌های مادر با بچه ایجاد می‌شود که دو شخص همدیگر را لمس و تشخیص می‌دهند [۱۶]. یکی از نظریه‌های نزدیک به این بحث، نظریه دل‌بستگی بالبی است؛ زیرا هر دو را می‌توان رویکرد روانی-اجتماعی و فرهنگی در نظر گرفت [۱۷]. در رویکردهای روابط موضوعی و نظریه دل‌بستگی ویژگی‌های شخصیتی تحت تأثیر دل‌بستگی که تحت مراقبت یک مراقب ایجاد می‌شود، به وجود آید [۱۸]. البته که تلفیق نظری این دو رویکرد و استفاده آن دو در تبیین شخصیت، می‌تواند مؤثر باشد [۱۹] اما برخی پژوهش‌های تجربی هم به ارتباط این دو رویکرد پرداخته‌اند [۲۰]. بحث امنیت ناشی از دل‌بستگی که بر تعاملات فرد با جهان اثرگذار است، نقش مؤثری در تشکیل هویت و نیرومندی من در دیدگاه اریکسون دارد [۲۱]؛ زیرا دل‌بستگی ایمن سبب داشتن حس خوب از خود و هویت می‌شود [۲۲]. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افرادی که دل‌بستگی ایمن دارند، هویت کسب‌شده بیشتری دارند [۲۳] [۲۴]. همچنین هویت پراکنده اجتنابی ارتباط مثبت با اضطراب دل‌بستگی و اجتناب نشان می‌دهد [۲۵] [۲۶]. دل‌بستگی با تعهد هویتی در رویکرد اریکسون ارتباط مثبت وجود دارد [۲۷]. در پژوهش دیگری بین سبک دل‌بستگی اجتنابی رابطه منفی مستقیم با تعهد هویتی دارد [۲۶]. می‌توان گفت رویکرد اریکسون و رویکرد دل‌بستگی هر دو یک رویکرد روانی-اجتماعی است چراکه هر دو تحول به یک اندازه در زمینه روابط، تکامل پیدا می‌کند [۲۱]. پیتمن و همکاران با توجه به این نکته اریکسون که رشد در دوران اولیه کودکان را تأثیرگذار در تشکیل هویت می‌داند، پیشنهاد می‌کند که دل‌بستگی می‌تواند چگونگی هویت را تبیین کند [۲۸]. دل‌بستگی یکی از مفاهیم مهم در بحث تحول هیجانی افراد است؛ این مفهوم با توجه به نظریه‌های روان‌تحلیل‌گرانی مانند فروید و نظریه‌پردازان روابط

برای زندگی می‌ترسد [۱۳]. هدف شجاعت تلاش کردن برای رویاها و دنبال کردن هدف‌های باارزش است که با گناه یا ممنوعیت تضعیف نمی‌شود [۱۴]. بازی و افزایش روابط اجتماعی می‌تواند در هدف مؤثر باشد [۳]. ضد این نیرو، بازداری است [۱]. ۴- شایستگی: شایستگی به معنای توانایی آزادانه فرد در استفاده از توانمندی‌ها و هوش در تمام‌کردن تکالیف بدون نگرانی از شکست، است. شایستگی‌ای که در سال‌های مدرسه به وجود می‌آید. شایستگی در بزرگسالی تبدیل به مهارت [۱] و فرد را در معرض مسئولیت‌ها قرار می‌دهد [۲]. نیروی ضد شایستگی سکون و عدم عمل است [۱]. ۵- وفاداری: وفاداری به معنای توانایی حفظ آزادانه وفاداری است، حتی در صورت تعارض‌های اجتناب‌ناپذیری در نظام‌های ارزشی. از بین خصوصیت‌های من، وفاداری ویژگی‌ای است که اریکسون بیشتر روی آن تأکید کرده است. دو مؤلفه مهم وفاداری، تعهد و صداقت است [۱]. وفاداری از طریق تعهد به نهادهای ایدئولوژیک خودش را نشان می‌دهد [۲]. جامعه وظیفه دارد نهادهای ایدئولوژیک را تقویت کند تا هویت افراد شکل بگیرد. نیروی ضد این ویژگی، انکار نقش و سردرگمی هویت است [۱] وفاداری با تعهد درونی فرد نسبت به صادق بودن با خود و دیگران نشان داده می‌شود. مفاهیمی مانند اصالت و انصاف در مورد وفاداری صدق می‌کند. [۲] وفاداری باعث ایجاد احساس یکپارچگی و انسجام در فرد می‌شود که این احساس تا آخر عمر پایدار است [۳]. ۶- عشق: اگر وفاداری تعهد فرد نسبت به منابع ایدئولوژیک را حفظ می‌کند، عشق نوعی تعهد به روابط متقابل و معنادار میان افراد است. نیروی ضد این ویژگی، انحصار است [۱]. ۷- مراقبت: مراقبت ادامه عشق است اما نوعی عشق گسترش‌یافته است که افراد، محصولات و ایده‌ها را شامل می‌شود. وفاداری، عشق و مراقبت هر سه شکلی از تعهد هستند؛ وفاداری تعهد به آرمان‌ها و نهادهایی است که نظام ارزشی آن برای افراد اهمیت دارد. عشق تعهد به افراد مهمی است که به آنها علاقه دارد. مراقبت تعهد گسترده‌تری را شامل می‌شود که فرد نسبت به آنچه برایش مهم است، متعهد می‌شود [۲]. مراقبت شامل مراقبت از فرزندان و نسل بعد، ایده‌ها و خلاقیت است [۱۳]. نیروی ضد این موضوع، طردشدن است [۱]. ۸- خرد: خرد خصوصیت نهایی، من است که از انسجام فرد به وجود می‌آید و نوعی

کردند: ایمن، اجتنابی، دوسوگرا، سرگردان [۳۵].
حال با توجه به نقش دوران اول تحول انسان در تشکیل نیرومندی من و هویت در رویکرد اریکسون و علی‌الخصوص اهمیت این دوره در تشکیل دل‌بستگی و اهمیت روابط هیجانی و دل‌بستگی در بحث نیرومندی من و هویت در دیدگاه اریکسون، سؤال اساسی این است که آیا سبک‌های دل‌بستگی که در دوره اول تحول شکل می‌گیرد می‌تواند نیرومندی من و زیرمقیاس‌های آن را پیش‌بینی بکند؟ فرضیه‌های این پژوهش به‌صورت زیر است:

- دل‌بستگی ایمنی نیرومندی من و زیرمقیاس‌های آن را به‌صورت مثبت پیش‌بینی می‌کند؛
- دل‌بستگی اجتنابی و اضطرابی، نیرومندی من و زیرمقیاس‌های آن را به‌صورت منفی پیش‌بینی می‌کند.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع طرح‌های همبستگی و مبتنی بر همبستگی و رگرسیون است. جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان دانشگاه‌های تهران و شاهد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ است. روش نمونه‌گیری به‌خاطر شرایط موجود در دوران همه‌گیری ویروس کرونا، روش نمونه‌گیری دردسترس است. نمونه از جامعه تمام دانشجویان مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری این دو دانشگاه است. برای حجم نمونه، پیشنهاد جیمز استیونس در تحلیل رگرسیون چندگانه، ۱۵ مورد برای هر متغیر است [۳۶]. با توجه به این مطالب حجم نمونه، ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران و شاهد، بعد از ریزش آزمون‌های ناقص برای تحلیل در نظر گرفته شد. افراد برای ورود به این پژوهش باید دارای شرایط زیر بودند: دانشجوی بودن و رضایت به شرکت در پژوهش.

ابزار سنجش

پرسشنامه نیرومندی من: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط مارکاستروم و همکاران ساخته شد. این آزمون دارای ۳۲ گویه است. نحوه نمره‌گذاری این آزمون به شیوه لیکرتی ۵ گزینه‌ای از ۵ (کاملاً موافقم) تا ۱ (کاملاً مخالفم) است. این پرسشنامه، ۸ زیرمقیاس دارد که عبارت‌اند از امید: ۲۹ (سوالات ۲۴ و ۲۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند)؛ اختیار: ۲۹ (سوالاتی که این زیرمقیاس را می‌سنجند

موضوعی شکل گرفته است. جان بالبی^۱ با توجه به نظریه فروید، روابط موضوعی و همچنین زیست‌شناسی تکاملی، اخلاق و روان‌شناسی رشد و علوم‌شناختی بحث دل‌بستگی را تبیین کرد [۲۹]. بالبی دل‌بستگی را به‌عنوان پیوندی قوی تعریف کرده است که میان والد و کودک برقرار می‌شود و بعداً این حالت به روابط فرد با دیگران هم منتقل می‌شود [۳۰]. نظریه دل‌بستگی معتقد هست که تعامل میان افراد و مراقبشان در دوران کودکی بر نحوه رفتار افراد در مواجهه با فشار، تهدید و جدایی تأثیرگذار است که می‌تواند در سلامت روان وی نیز اثرگذار باشد [۳۱]. این دل‌بستگی می‌تواند از روابط گرم، صمیمی و پایدار بین والدین و نوزاد سرچشمه بگیرد [۳۲]. به اعتقاد بالبی، دل‌بستگی بر تحول اجتماعی و عملکرد روان‌شناختی او نیز تأثیرگذار است [۲۹]. پژوهش‌های بالبی نشان داده است که روابط افراد در بزرگسالی به‌نوعی بازنمایی سبک دل‌بستگی آنها در دوران کودکی است [۳۳].

یکی از مباحث مطرح‌شده در بحث دل‌بستگی، بحث سبک‌های دل‌بستگی است. در فرهنگ‌نامه انجمن روان‌شناسی آمریکا این‌طور تعریف شده است که سبک‌های دل‌بستگی، راه و روش مشخص افراد در ارتباط با دیگران در متن روابط صمیمی که به‌شدت تحت تأثیر حرمت خود و اعتماد میان فردی است. این سبک‌ها به‌صورت مستقیم به ارتباط فرد در دوران کودکی مربوط است. نخستین بار توسط اینثورث این سبک‌ها مطرح شد و پژوهش‌های زیادی در مورد آنها انجام شده است [۳۴].

برای معرفی سبک‌های مختلف دل‌بستگی می‌توان دو مدل کلی را معرفی کرد؛ در یک مدل دل‌بستگی به سه سبک تقسیم می‌شود: دل‌بستگی ایمن، دل‌بستگی اضطرابی/دوسوگرا و دل‌بستگی اجتنابی. در مدل دیگر دل‌بستگی به چهار سبک تقسیم می‌شود: ایمن، اخراج‌کننده، پریشان و پرمشغله، ترسناک و هراسان [۳۱].

برای توضیح مدل اول باید بگوییم که اینثورث^۲ در راستای نظریه دل‌بستگی بالبی، یک آزمایشی را طراحی کرد به نام موقعیت ناآشنا و کودکان را در آن موقعیت آزمایشی قرار می‌دادند و به نسبت پاسخی که کودکان به آن موقعیت ارائه دادند، چهار نوع سبک دل‌بستگی را طراحی

1. John bowlby
2. Ainsworth

در سال ۱۹۹۰ توسط کولینز و رید ساخته شده است. این آزمون ۱۸ گویه دارد. نحوه نمره‌گذاری ۵ گزینه‌ای لیکرتی است که از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس، از سه زیرمقیاس تشکیل شده است: زیرمقیاس نزدیک‌بودن (A) که سبک دل‌بستگی اضطرابی/دوسوگرا را می‌سنجد. سؤالاتی که این زیرمقیاس را سنجش می‌کنند عبارت‌اند از ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵؛ زیرمقیاس وابستگی (D) که معکوس سبک دل‌بستگی اجتنابی را می‌سنجد. سؤالاتی که این زیرمقیاس را سنجش می‌کنند عبارت‌اند از ۲، ۵، ۷، ۱۴، ۱۶، ۱۸. البته سؤالات ۵، ۱۶ و ۱۸ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و زیرمقیاس نزدیک‌بودن (C) که سبک دل‌بستگی ایمن را می‌سنجد. سؤالاتی که این زیرمقیاس را سنجش می‌کنند عبارت‌اند از ۱، ۶، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۷. البته سؤالات ۶، ۸ و ۱۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کولینز و رید آلفای کرونباخ مقیاس C ۰/۶۹، مقیاس D ۰/۷۵ و مقیاس A ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. پاک‌دامن از کولینز و رید نقل می‌کند که در فاصله زمانی ۲ و ۸ ماه ثابت می‌ماند و آلفای کرونباخ آنها بالای ۰/۸ است که نشان از اعتبار بالاست. در ایران نیز پاک‌دامن با استفاده از روش به‌صورت همبستگی بین دو اجرا، نمونه با حجم ۱۰۰ نفر را بررسی کرد و تفاوت میان دو اجرا را معنادار ندانست و این آزمون در ۰/۹۵ قابل اعتماد است [۴۰]. تیموری هم در پژوهش خودش پایایی زیرمقیاس‌های C: ۰/۷۳، D: ۰/۶۸ و A: ۰/۷۴ را گزارش کرده است [۴۱]. همچنین زیباکردار در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی زیر را گزارش کرده است: آلفای کرونباخ با ۰/۷۱۸ برابر است. اعتبار سازه پرسشنامه را با تحلیل عاملی بررسی کرده است. مقدار کفایت نمونه‌برداری با ۰/۷۴۸ برابر است. نتایج تحلیل عاملی با چرخش واریماکس منجر به استخراج سه عامل شد که روی هم ۳۷/۶۹۵ از واریانس کل را تبیین می‌کند، که ۱۵/۶۰ از واریانس کل مربوط به عامل اول و ۱۲/۱۴ از واریانس کل مربوط به عامل دوم و ۹/۹۵ از واریانس کل مربوط به عامل سوم است [۴۲].

شیوه تحلیل داده

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده، علاوه‌بر استفاده از شیوه تحلیل ضرایب همبستگی از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شده است و همچنین معناداری این

عبارت‌اند از ۱، ۱۲، ۱۵ و ۳۲ (سؤالات ۱ و ۱۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند)؛ هدف: سؤالاتی که این زیرمقیاس را می‌سنجد عبارت‌اند از ۹، ۱۶، ۲۲ و ۳۱ (سؤالات ۹ و ۲۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند)؛ کارایی: سؤالاتی که این زیرمقیاس را می‌سنجد عبارت‌اند از ۵، ۶، ۱۷ و ۱۹ (سؤالات ۵ و ۱۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند)؛ پایبندی: سؤالاتی که این زیرمقیاس را می‌سنجد عبارت‌اند از ۱۱، ۱۳، ۲۳ و ۲۶ (سؤالات ۲۳ و ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند)؛ عشق: سؤالاتی که این زیرمقیاس را می‌سنجد عبارت‌اند از ۳، ۷، ۲۰ و ۳۰ (سؤالات ۷ و ۲۰ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند)؛ مراقبت: سؤالاتی که این زیرمقیاس را می‌سنجد عبارت‌اند از ۴، ۱۰، ۱۸ و ۲۸ (سؤالات ۱۸ و ۲۸ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند) و خرد: سؤالاتی که این زیرمقیاس را می‌سنجد عبارت‌اند از ۲، ۱۴، ۲۵ و ۲۷ (سؤالات ۱۴ و ۲۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند). این آزمون نمره کل دارد که از مجموع نمرات همه ۸ مقیاس به دست می‌آید. اعتبار صوری و محتوایی این پرسشنامه توسط چند تن از شاگردان اریکسون تأیید شده است. اعتبار هم‌زمان این مقیاس نیز با مقیاس‌های مختلف نشان از اعتبار و اعتبار بالای این مقیاس دارد. مارکستروم اعتبار آن با روش ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۶۸ گزارش کرده است. آلفای کرونباخ گزارش شده برای زیرمقیاس‌های این آزمون بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. آلفای کرونباخ کل مقیاس هم ۰/۹۳ به دست آمده است. اعتبار هم‌زمان آن نیز با ارزیابی پیشرفت هویت، عزت‌نفس، هدف در زندگی، منبع کنترل درونی و نقش‌های جنسی نشان داده شده است. اعتبار افتراقی آن نیز با همبستگی منفی بین نیرومندی من و ناامیدی، اغتشاش هویت و درماندگی شخصی مشخص شده است [۱] [۲] [۳۷]. در ایران نیز الطافی و حیدری‌نسب روی نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دو نیمه‌سازی مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند [۳۸]. فرم ۳۲ سؤالی نیز از اعتبار و اعتبار مناسبی برخوردار است؛ مارکستروم آلفای ۰/۹۱ را گزارش کرده است. در ایران نیز در پژوهش حقیقت آلفای ۰/۸۶ گزارش شده است [۳۷]. همچنین رسول‌زاده طباطبایی و همکاران آلفای کرونباخ فرم ۳۲ سؤالی را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند [۳۹].

پرسشنامه سبک دل‌بستگی کولینز و رید: این مقیاس

۰/۰۵۲، شایستگی ۰/۰۶، وفاداری ۰/۰۴، عشق ۰/۰۱، مراقبت ۰/۰۵۵، خرد ۰/۰۴ و نمره کل نیرومندی من ۰/۴۱.

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که همبستگی‌ها در بیشتر متغیرهای پژوهش حاضر، معنادار هستند. در این جدول جهت همبستگی بین متغیرها هم بر اساس فرضیات پژوهش است به این صورت که دل‌بستگی ایمن و دل‌بستگی اجتنابی با تمام ویژگی‌های نیرومندی من و نمره کل آن، رابطه مثبت معنادار دارد. البته توجه به این نکته ضروری است که نمرات دل‌بستگی اجتنابی عکس دل‌بستگی اجتنابی را نشان می‌دهد و رابطه مثبت آن نشان‌دهنده رابطه عکس دل‌بستگی اجتنابی است، و دل‌بستگی اضطرابی هم رابطه منفی و معنادار است.

شیوه ANOVA استفاده شده است. تمام این تجزیه و تحلیل‌ها در نرم‌افزار SPSS26 انجام شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۴/۵۸ و ۵/۰۱ است. ۵۶ درصد جمعیت شرکت‌کننده زن و ۴۴ درصد مرد بودند. قبل از بررسی فرضیه‌های تحقیق مفروضه نرمال‌بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. با توجه به عدم معناداری مقدار آزمون کولموگراف، می‌توان توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای تحقیق را نرمال فرض کرد. مقدار متغیرهای آماره آزمون کولموگروف-اسمیرنوف عبارت است از دل‌بستگی ایمن ۰/۲، دل‌بستگی اجتنابی ۰/۱، دل‌بستگی اضطرابی ۰/۱۵، امید ۰/۱، اراده ۰/۰۵۵، هدف

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. دل‌بستگی ایمنی	۱۲/۶۵	۲/۸۱	—											
۲. دل‌بستگی اضطرابی	۹/۳۸	۵/۵۹	-.۰/۳۳**	—										
۳. دل‌بستگی اجتنابی	۱۲/۹۷	۲/۶۱	۰/۰۴	-.۰/۲۳**	—									
۴. امید	۱۳/۸	۳/۷۴	۰/۳۴**	-.۰/۵۱**	۰/۲۳**	—								
۵. اراده	۱۳/۴۱	۳/۲	۰/۲۴**	-.۰/۴۸**	۰/۰۹	۰/۰۶**	—							
۶. هدف	۱۴/۱۸	۳/۵۷	۰/۳**	-.۰/۵۴**	۰/۱۸**	۰/۶۷**	۰/۶۹**	—						
۷. شایستگی	۱۴/۳۸	۳/۲۲	۰/۲۹**	-.۰/۴۸**	۰/۱۷**	۰/۶۴**	۰/۶۶**	۰/۷۷**	—					
۸. وفاداری	۱۵/۱۵	۳/۰۲	۰/۱۸**	-.۰/۳۴**	۰/۲**	۰/۵**	۰/۵**	۰/۵۷**	۰/۵۲**	—				
۹. عشق	۱۴/۸۲	۳/۰۵	۰/۱	-.۰/۱۱	۰/۱۴*	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۳۶**	۰/۳۲**	۰/۳۷**	—			
۱۰. مراقبت	۱۵/۱۱	۲/۸۲	۰/۱۷**	-.۰/۱۱	۰/۲۵**	۰/۲۵**	۰/۲۶**	۰/۳۹**	۰/۲۸**	۰/۴۴**	۰/۴۰**	—		
۱۱. خرد	۱۲/۴۷	۳/۵۹	۰/۲**	-.۰/۵۱**	۰/۱۴*	۰/۶۶**	۰/۵۸**	۰/۶۳**	۰/۵۹**	۰/۴۵**	۰/۱۶*	۰/۱۹**	—	
۱۲. نیرومندی من	۱۱۳/۳۲	۱۹/۲	۰/۳۲**	-.۰/۵۴**	۰/۲۴**	۰/۸**	۰/۷۸**	۰/۸۷**	۰/۸۲**	۰/۷۴**	۰/۵**	۰/۵۳**	۰/۷۵**	—

N=250 *p<0/01 *p< 0/05

من بر اساس سبک‌های دل‌بستگی است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که سبک‌های دل‌بستگی ۳۳/۳ درصد از تغییرات واریانس نیرومندی من را تبیین می‌کند. همچنین به خاطر آماره دوربین- واتسون، فرضیه عدم وجود خودهمبستگی بین خطاها تأیید می‌شود؛ چراکه مقدار آن بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد. اطلاعات تکمیلی در جدول ۲ ارائه شده است.

برای بررسی هدف پژوهش یعنی پیش‌بینی نیرومندی من و ویژگی‌های آن بر اساس سبک‌های دل‌بستگی، از روش رگرسیون استفاده شد. ابتدا نتایج رگرسیون نمره کل نیرومندی من تحلیل و در مرحله بعدی، گزارش نتایج رگرسیون ویژگی‌ها و خرده‌مقیاس‌های نیرومندی من ارائه شده است. البته مفروضه عدم وجود خودهمبستگی بین خطاها هم توسط آزمون دوربین- واتسون بررسی شد. جدول ۲، خلاصه نتایج رگرسیون و پیش‌بینی نیرومندی

جدول ۲. خلاصه نتایج رگرسیون نیرومندی من

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	Adjusted R ²	F	Sig	آماره دوربین- واتسون
نیرومندی من	دل‌بستگی ایمن، دل‌بستگی اجتنابی، دل‌بستگی اضطرابی	۰/۵۷	۰/۳۳	۰/۳۲	۴۰/۸۷	۰/۰۰	۱/۸۹۸

اجتنابی (نمره آن معکوس دل‌بستگی اجتنابی است)، در جهت فرضیه پژوهش یعنی پیش‌بینی مثبت از نیرومندی من دارند و سبک دل‌بستگی اضطرابی، در جهت فرضیه پژوهش یعنی پیش‌بینی منفی از نیرومندی من دارد؛ بنابراین سؤال اساسی پژوهش در مورد نمره کل نیرومندی من، این‌گونه پاسخ داده می‌شود که دل‌بستگی می‌تواند نیرومندی من را پیش‌بینی کند.

جدول شماره ۳ ضریب تأثیر متغیرهای پیش‌بین گزارش شده است. با توجه به نتایج این جدول می‌بینیم که ضرایب استاندارد تأثیر متغیر دل‌بستگی ایمن بر نیرومندی من، ۰/۱۶ و معنادار است. ضریب تأثیر متغیر دل‌بستگی اجتنابی بر نیرومندی من، ۰/۱۲ و معنادار است. ضریب تأثیر دل‌بستگی اضطرابی، ۰/۴۶- و معنادار است با توجه به این اطلاعات مشخص می‌شود که سبک دل‌بستگی و سبک

جدول ۳. ضرایب رگرسیون مدل پیش‌بینی نیرومندی من

متغیر ملاک	متغیرها	ضرایب استاندارد نشده		T	sig
		B	خطای استاندارد		
نیرومندی من	ضریب ثابت	۱۰۲/۲۸	۸/۰۳	۱۲/۷۳	۰/۰۰
	دل‌بستگی ایمن	۱/۱۱	۰/۳۷	۲/۹۶	۰/۰۰۳
	دل‌بستگی اجتنابی	۰/۹۱	۰/۳۹	۲/۳۱	۰/۰۲
	دل‌بستگی اضطرابی	-۱/۵۸	۰/۱۹	-۸/۱۵	۰/۰۰

واریانس تغییرات وفاداری، ۳/۲ درصد واریانس تغییرات عشق، ۹ درصد واریانس تغییرات مراقبت، ۲۶/۵ درصد واریانس تغییرات خرد را تبیین می‌کند. با توجه به مقدار آماره دوربین-واتسون رگرسیون تمام زیرمقیاس‌ها، فرضیه عدم وجود خودهمبستگی بین خطاها در همه زیرمقیاس‌ها تأیید می‌شود، چون مقدار آن بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد. اطلاعات تکمیلی در جدول ۴ ارائه شده است. بر این اساس سؤال اساسی پژوهش در مورد امکان پیش‌بینی ویژگی‌های نیرومندی من بر اساس سبک‌های دل‌بستگی پاسخ داده می‌شود و بر اساس این یافته‌ها، سبک‌های دل‌بستگی می‌توانند ویژگی‌های نیرومندی من را پیش‌بینی کنند.

بعد از ارائه گزارش در مورد رگرسیون نمره کل، برای هشت ویژگی نیرومندی من رگرسیون را آزمایش می‌کنیم. به عبارتی هر هشت ویژگی‌ها را بر اساس سبک‌های دل‌بستگی در رگرسیون وارد می‌کنیم و سپس داده‌های مربوط به پیش‌بینی ویژگی‌ها و زیرمقیاس‌های نیرومندی من بر اساس تحلیل رگرسیون را گزارش می‌کنیم. با توجه به جدول ۴، نتایج رگرسیون زیرمقیاس‌ها نشان می‌دهد که پیش‌بینی تمام زیرمقیاس‌ها بر اساس سبک‌های دل‌بستگی معنادار بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که سبک‌های دل‌بستگی ۳۰/۷ درصد از واریانس امید، ۲۳/۹ درصد واریانس تغییرات اراده، ۳۱ درصد واریانس تغییرات هدف، ۲۵/۳ درصد واریانس تغییرات شایستگی، ۱۳/۹ درصد

جدول ۴. خلاصه نتایج رگرسیون زیرمقیاس‌های نیرومندی من

متغیر ملاک	مدل	R	R ²	Adjusted R	F	Sig	آماره دوربین-واتسون
امید	سبک‌های دل‌بستگی	۰/۵۵	۰/۳۰	۰/۲۹	۳۶/۳۷	۰/۰۰	۲/۱
اراده	سبک‌های دل‌بستگی	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۲	۲۵/۷۱	۰/۰۰	۱/۹
هدف	سبک‌های دل‌بستگی	۰/۵۵	۰/۳۳	۰/۳۰	۳۶/۹۱	۰/۰۰	۱/۸۱
شایستگی	سبک‌های دل‌بستگی	۰/۵	۰/۲۵	۰/۲۴	۲۷/۷۵	۰/۰۰	۱/۹۹
وفاداری	سبک‌های دل‌بستگی	۰/۳۷	۰/۱۳	۰/۱۲	۱۳/۲۴	۰/۰۰	۱/۷۵
عشق	سبک‌های دل‌بستگی	۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۰۲	۲/۶۹	۰/۰۴	۱/۸۶
مراقبت	سبک‌های دل‌بستگی	۰/۳	۰/۰۹	۰/۰۷	۸/۱۵	۰/۰۰	۱/۶۸
خرد	سبک‌های دل‌بستگی	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۲۶	۲۹/۵	۰/۰۰	۲/۱۲

معنادار و در جهت فرضیه پژوهش یعنی مثبت بوده است و برای بقیه خرده‌مقیاس‌ها غیرمعنادار بوده است. متغیر دل‌بستگی اضطرابی برای خرده‌مقیاس‌های امید، اراده، هدف، شایستگی، وفاداری و خرد، معنادار و در جهت فرضیه پژوهش منفی است و برای خرده‌مقیاس‌های عشق و مراقبت، منفی و غیرمعنادار است. اطلاعات کامل سبک‌های دل‌بستگی در مورد خرده‌مقیاس‌های نیرومندی من در جدول ۵ ذکر شده است. با توجه به این یافته‌ها، می‌توان گفت هر دو فرضیه در مورد نمره کل نیرومندی من، اثبات می‌شود و در بیشتر خرده‌مقیاس‌ها هم این مفروضه‌ها در اصل مدل رگرسیون اثبات و در خرده‌مقیاس‌ها در بیشتر موارد اثبات شده است.

همچنین با توجه به نتایج به‌دست آمده در جدول ۵، ضریب تأثیر خرده‌مقیاس‌های سبک‌های دل‌بستگی بر تک‌تک زیرمقیاس‌های نیرومندی من را نشان می‌دهد. در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود که در برخی از زیرمقیاس‌ها، خرده‌مقیاس‌های سبک‌های دل‌بستگی معنادار و جهت آنها هم در جهت فرضیه تحقیق بوده است. البته بیان جزئیات در جدول شماره ۵ ذکر شده است. با توجه به این جدول پیش‌بینی متغیر دل‌بستگی ایمن برای امید، هدف، شایستگی، مراقبت معنادار و در جهت فرضیه یعنی مثبت بوده است و برای خرده‌مقیاس‌های اراده، وفاداری، عشق و خرد مثبت ولی معنادار نبوده است. متغیر دل‌بستگی اجتنابی برای خرده‌مقیاس‌های امید، وفاداری و مراقبت

جدول ۵. جدول ضرایب رگرسیون مدل پیش‌بینی خرده‌مقیاس‌های نیرومندی من

sig	T	ضرایب استاندارد نشده		متغیرها	متغیر ملاک
		Beta	خطای استاندارد		
۰/۰۰	۶/۷۱		۱/۵۹	۱۰/۷	ضریب ثابت
۰/۰۰۱	۳/۴۹	۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۲۶	دل‌بستگی ایمن
۰/۰۱	۲/۳۶	۰/۱۲	۰/۰۷	۰/۱۸	دل‌بستگی اجتنابی
۰/۰۰	-۷/۱۷	-۰/۴۱	۰/۰۳	-۰/۲۷	دل‌بستگی اضطرابی
۰/۰۰	۱۰/۴۴		۱/۴۳	۱۴/۹۸	ضریب ثابت
۰/۱۳	۱/۴۹	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۱	دل‌بستگی ایمن
۰/۶۷	-۰/۴۱	-۰/۲۴	۰/۰۷	-۰/۲۹	دل‌بستگی اجتنابی
۰/۰۰	-۷/۵۸	-۰/۴۵	۰/۰۳	-۰/۲۶	دل‌بستگی اضطرابی
۰/۰۰	۸/۹۶		۱/۵۱	۱۳/۶۱	ضریب ثابت
۰/۰۰۹	۲/۶۲	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۱۸	دل‌بستگی ایمن
۰/۲۸	۱/۰۸	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۰۸	دل‌بستگی اجتنابی
۰/۰۰	-۸/۲۵	-۰/۴۷	۰/۰۳	-۰/۳	دل‌بستگی اضطرابی
۰/۰۰	۹/۳		۱/۴۲	۱۳/۲۷	ضریب ثابت
۰/۰۰۸	۲/۶۷	۰/۱۵	۰/۰۶	۰/۱۷	دل‌بستگی ایمن
۰/۲۳	۱/۱۸	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۸	دل‌بستگی اجتنابی
۰/۰۰	-۶/۸۵	-۰/۴۱	۰/۰۳	-۰/۲۳	دل‌بستگی اضطرابی
۰/۰۰	۹/۳۶		۱/۴۳	۱۳/۴۳	ضریب ثابت
۰/۱۸	۱/۳۳	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۸	دل‌بستگی ایمن
۰/۰۲	۲/۲۱	۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۱۵	دل‌بستگی اجتنابی
۰/۰۰	-۴/۳۹	-۰/۲۸	۰/۰۳	-۰/۱۵	دل‌بستگی اضطرابی
۰/۰۰	۷/۹		۱/۵۴	۱۲/۱۶	ضریب ثابت
۰/۲۲	۱/۲	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۸	دل‌بستگی ایمن
۰/۰۶	۱/۸۹	۰/۱۲	۰/۰۷	۰/۱۴	دل‌بستگی اجتنابی
۰/۳۹	-۰/۸۴	-۰/۰۵	۰/۰۳	-۰/۰۳	دل‌بستگی اضطرابی
۰/۰۰	۷/۰۲		۱/۳۷	۹/۶۷	ضریب ثابت
۰/۰۱	۲/۴۹	۰/۱۶	۰/۰۶	۰/۱۶	دل‌بستگی ایمن
۰/۰۰	۳/۹۱	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۲۶	دل‌بستگی اجتنابی
۰/۹۳	-۰/۰۸	-۰/۰۰۶	۰/۰۳	-۰/۰۳	دل‌بستگی اضطرابی
۰/۰۰	۹/۱۴		۱/۵۷	۱۴/۴۲	ضریب ثابت
۰/۴۹	۰/۶۸	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۵	دل‌بستگی ایمن
۰/۶۹	۰/۳۸	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۰۳	دل‌بستگی اجتنابی
۰/۰۰	-۸/۳۲	-۰/۴۹	۰/۰۳	-۰/۳۱	دل‌بستگی اضطرابی

بحث

هدف مطالعه حاضر پیش‌بینی نیرومندی من و خرده‌مقیاس‌های آن (امید، اراده، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد) بر اساس سبک‌های دل‌بستگی است. یافته‌های پژوهش نشان داد که پیش‌بینی نیرومندی من و تمام خرده‌مقیاس‌های آن معنادار است و در نمره کل نیرومندی من و بیشتر این خرده‌مقیاس‌های نیرومندی من جهت خرده‌مقیاس‌های سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی در جهت فرضیه پژوهش بوده است. یعنی دل‌بستگی ایمن و معکوس دل‌بستگی اجتنابی جهت مثبت با نیرومندی من و خرده‌مقیاس‌های آن و سبک دل‌بستگی اضطرابی جهت منفی با خرده‌مقیاس‌های آن دارند.

نتایج حاصل از این پژوهش، همسو با پژوهش‌های [۱۵]، [۱۷]، [۱۹]، [۲۰]، [۲۲]، [۲۳]، [۲۴]، [۲۵]، [۲۶]، [۲۷]، [۲۸] و [۴۴] است. در تبیین این یافته‌ها باید گفت که رویکرد دل‌بستگی و رشد روانی-اجتماعی اریکسون، هر دو مبتنی بر مسائل روانی-اجتماعی است که تحول را در فضای روابط فرد تبیین می‌کند [۲۱] و شاید به همین خاطر اریکسون و بالبی هر دو به‌نوعی و در فضای فکری خودشان به رابطه کودک و مراقب پرداخته‌اند [۲۲]؛ و از جهت دیگر هر دو رویکرد به‌نوعی رویکردی مبتنی بر مسائل فرهنگی به حساب می‌آیند [۲۲]. لذا می‌توان گفت که هویت در رویکرد اریکسون همانند دل‌بستگی تحت تأثیر رابطه اولیه کودک با مادر است [۱۶]. بنابراین برخی از پژوهشگران نزدیک‌بودن این دو تئوری را بیان کرده‌اند؛ در نظریه اریکسون هم مفهوم دل‌بستگی نادیده گرفته نشده است و فقط تأکید بیشتر روی هویت بوده است و بحث اعتماد در برابر بی‌اعتمادی در نظریه اریکسون بسیار شبیه مفهوم دل‌بستگی در نظریه بالبی است [۲۲]. بر این اساس این دو با وجود تفاوت‌های نظری، شباهت‌های زیادی به همدیگر دارند که این شباهت‌ها، یافته‌های این پژوهش را تبیین می‌کند؛ چراکه ایمنی در دل‌بستگی راه را برای عبور از مراحل رشدی و تحولی اریکسون هموارتر می‌کند [۲۲]. اریکسون نیز شکست در اعتمادکردن در سنین ابتدایی را نوعی از دست‌دادن پایه برای تشکیل شخصیت سالم در سنین بعدی تحول می‌داند [۴۳]. اعتماد در رویکرد اریکسون شبیه به مفهوم دل‌بستگی است لذا اگر دل‌بستگی

ایمن نباشد، پایه‌ای برای تشکیل شخصیت سالم وجود ندارد. مراحل تحول اریکسون تحت تأثیر رابطه فرد با دیگران از اصول مهم زندگی است و رابطه با پدر و مادر که در دل‌بستگی ایمن مشخص می‌شود، جزء مهم‌ترین افراد این رابطه است [۱۹]. بنابراین مراحل تحولی اریکسون و بالتبع نیرومندی من، تحت تأثیر نحوه تعامل با والدین است [۱]؛ زیرا دل‌بستگی هم روی روابط اجتماعی فرد اثرگذار است [۱۹] و هم دل‌بستگی توسط مراقب ایجاد می‌شود و افرادی که مراقب مطمئن داشته‌اند، مراحل تحولی را سالم طی می‌کنند و می‌توانند نیازهای تحولی خود را تأمین و یک من مستحکم و قوی در خود ایجاد کنند [۱۸] و رابطه خوب با مراقب اصلی (دل‌بستگی) باعث ایجاد حس خوب از خود و نیرومندی من می‌شود [۲۲]. در دل‌بستگی، مفهوم امنیت و ناامنی عاطفی نقش کلیدی دارد که فرد در رابطه با مراقب اصلی امنیت عاطفی یا ناامنی عاطفی را شکل می‌دهد. این بحث تطابق زیادی با بحث اعتماد در برابر بی‌اعتمادی در رویکرد اریکسون دارد که نقش اساسی را در نیرومندی من ایفا می‌کند [۲۱]؛ لذا دل‌بستگی به خاطر نقش دوران اول تحول در رویکرد اریکسون و تشکیل هویت، می‌تواند نیرومندی من را پیش‌بینی کند [۲۸]. به عبارتی می‌توان گفت که دل‌بستگی می‌تواند پایه و ستونی باشد که ساختمان هویت در رویکرد اریکسون و مراحل رشدی بر روی آن ساخته می‌شود. [۱۹] علت این موضوع را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که برای بحث هویت و طی مراحل تحول اریکسون و تشکیل یک من نیرومند، امنیت در رابطه و امنیت در دل‌بستگی نقش اساسی دارد چراکه امن‌بودن دل‌بستگی، اجازه اکتشاف را به فرد می‌دهد و این برای هویت ضروری است [۲۱]. به عبارتی وجه مشترک بین دل‌بستگی و رویکرد اریکسون، ثبات در رابطه امن و پیداکردن پایگاه امن است [۱۹]. دو مدل را در رویکرد دل‌بستگی می‌توان بررسی کرد؛ مدل مربوط به خود که دل‌بستگی اضطرابی را تولید می‌کند و مدل مربوط به دیگران که دل‌بستگی اجتنابی را نشان می‌دهد و ترکیب این دو، خود (اضطراب کم) و دیگران (اجتناب کم) سبب دل‌بستگی ایمن می‌شود. این دو مدل نقش مؤثری می‌تواند در رویکرد اریکسون ایفا کند چراکه سبب اعتماد و شایستگی به خود و جهان و دیگران است که در نیرومندی من نقش مهمی دارد؛ زیرا نیرومندی من و هویت یک

هویت و نیرومندی من در رویکرد اریکسون و الگوهای منفی یا به‌عبارتی داشتن پایگاه ناامن در دل‌بستگی پیش‌بینی‌کننده منفی آن باشد.

در پایان این نکته ضروری است بیان شود که این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود که می‌تواند در تعمیم نتایج مشکلاتی ایجاد کند. از جمله این محدودیت‌ها، مقطعی و از نوع همبستگی‌بودن طرح پژوهش، نمونه غیربالینی و دانشجویی، اجرای آزمون به‌صورت آنالین، اجرای آزمون‌ها به‌صورت خودگزارشی که می‌تواند با بی‌دقتی همراه باشد، اجرای آزمون در شرایط پاندمی کرونا و بررسی‌نکردن زیرمقیاس‌های برخی از متغیرها باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که نمونه این پژوهش در گروه‌های بالینی، افرادی که درمان چندبعدی معنوی را دریافت کرده‌اند، در نمونه بزرگ‌تر این پژوهش نیز تکرار شود.

منابع

- 1- Markstrom C.A., Sabino V, Turner B, Herman R. (1997). The Psychosocial Inventory of Ego Strengths: Development and Validation of a New Eriksonian Measure. *Journal of Youth and Adolescence*, 705-732.
- 2- Markstrom C. A, Marshal S.K. (2007). The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of Adolescence* 30, 63-79.
- 3- Kesavelu D, Sheela K, Abraham P. (2021) Stages of Psychological Development of Child-An Overview, *International Journal of Current Research and Review* 13, 74 -78
- 4- Gfeller, B. M. (2016). EGO STRENGTHS, RACIAL/ETHNIC IDENTITY, AND WELL-BEING AMONG NORTH AMERICAN INDIAN/FIRST NATIONS ADOLESCENTS. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 87-116
- 5- Ataei M ; Farhadi M; Rashid Kh. (2021). Developing a structural model for explaining psychological well-being based on ego strength and negative dimensions of time attitude. *Fundamentals of Mental Health*, 191-199.

کاوش مخاطره‌آمیز به حساب می‌آیند که تحت تأثیر دو مدل خود و دیگران هستند و الگوی منفی از خود و دیگران که سبب دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی می‌شود، می‌تواند سبب تشکیل هویت نادرست و نیرومندی من ضعیف شود و الگوی مثبت که سبب دل‌بستگی ایمن است می‌تواند سبب تشکیل هویت درست و نیرومندی من قوی شود [۲۱]. به همین خاطر می‌توان گفت داشتن دل‌بستگی ایمن، می‌تواند هر کدام از هشت ویژگی نیرومندی من که مبتنی بر مراحل تحول اریکسون هست را پیش‌بینی کند. در هر مرحله از مراحل اریکسون، دوگانه‌ای وجود دارد که داشتن دل‌بستگی ایمن، سبب عبور سالم از آن دوگانه و ایجاد ویژگی آن مرحله و نیرومندشدن من است. دل‌بستگی ایمن و داشتن پایگاه امن دل‌بستگی، باعث می‌شوند کودک در مرحله اعتماد در برابر بی‌اعتمادی، بتواند اعتماد کند و سازه امید را شکل دهد. امن بودن دل‌بستگی باعث می‌شود که فرد راحت دست به کاوش در جهان بزند و همین امر سبب می‌شود استقلال را تجربه کند و این گذر سالم از مرحله استقلال در برابر شرم و تردید و ایجاد سازه اراده است [۱۹]. برای همین کودکان با دل‌بستگی ایمن در حل معماها عاطفه مثبت‌تری نسبت به دیگران تجربه می‌کنند [۴۴]. بالبی دل‌بستگی ایمن را یک نوع مشارکت با مراقب با یک هدف تصحیح‌شده معرفی می‌کند که زیربنای توانایی‌ها و هدف‌هایی است که همسو با ابتکار عمل در مرحله سوم تحول اریکسون و ایجاد سازه هدف است. در نوجوانی هم نوجوان دوباره در جستجوی یک پایگاه امن بزرگ‌تری است که داشتن دل‌بستگی ایمن در کودکی، سبب شکل‌گیری هویت و عبور سالم از دوگانه هویت در برابر سردرگمی هویت است و امنیت در دل‌بستگی، وفاداری و تعهد به این هویت را ایجاد می‌کند. همچنین هویت تحت تأثیر روابط صمیمی در مرحله جوانی است چراکه نحوه رابطه با شریک جنسی و دوگانه صمیمیت در برابر انزوا، بر هویت افراد تأثیرگذار است و دل‌بستگی ایمن می‌تواند راه را برای عبور از این دوگانه نیز هموار و سازه عشق را در فرد ایجاد کند [۱۹]. لذا با توجه به این تبیین‌ها می‌توان گفت که دل‌بستگی، می‌تواند نقش اساسی را در تحول روانی-اجتماعی فرد، تشکیل هویت و نیرومندی من در رویکرد اریکسون داشته باشد و الگوهای مثبت آن یا به‌عبارتی داشتن پایگاه امن در دل‌بستگی پیش‌بینی‌کننده مثبت

- ۱۵- بشارت محمدعلی، اسدی محمد مهدی، تولاییان فهیمه. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*, ۱۰۷-۱۱۹.
- 16-Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York, NY: Norton.
- 17-Bretherton, I (1997). Bowlby's Legacy to Developmental Psychology, *Child Psychiatry & Human Development*, 28
- 18-Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss VOLUME II SEPARATION ANXIETY AND ANGER*. New York: The Tavistock Institute of Human Relations
- 19-Pittman, J. F., Keiley, M. K., Kerpelman, J. L., & Vaughn, B. E. Pittman, J. F., Keiley, M. K., Kerpelman, J. L., & Vaughn, B. E. (2011). Attachment, identity, and intimacy: Parallels between Bowlby's and Erikson's paradigms. *Journal of Family Theory & Review*, 3(1), 32-46.
- 20-Quattlebaum, G. (2018). *GENERATIVITY AND ATTACHMENT STYLE IN BABY BOOMERS A DISSERTATION SUBMITTED*, Master thesis ADLER UNIVERSITY.
- 21-Kerpelman J L, Pittman J F. (2018) Erikson and the Relational Context of Identity: Strengthening Connections With Attachment Theory, *Identity: An International Journal of Theory and Research* 18, 306-314
- 22-Fonagy, P (2004). *Attachment theory and psychoanalysis*, New York: Guilford Press.
- 23-Arseth, A. K., Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. (2009). Meta-analytic studies of identity status and the relational issues of attachment and intimacy. *Identity*, 9, 1-32.
- 24-Berman, S. L., Weems, C. F., Rodriguez, E. T., & Zamora, I. J. (2006). The relation between identity status and romantic attachment style in middle and late adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 737-748
- ۶- بادام فیروز ع، رحیمیان ا، ناجی ا، شیخی م. (۱۳۹۶). تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان: نقش پیش‌بین قدرت ایگو و سازمان شخصیت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*, ۳۷-۴۵.
- 7- Kaiser E. (2020), Violence on street children: Looking through Erikson's psychosocial development theory, *Journal of Health and Social Sciences* 5,1. 45-52
- 8- Berzonsky, M. D., & Kuk, L. (2005) "Identity style, psychosocial maturity, and academic performance". *Personality and Individual Differences*. 39, 235-247
- ۹- پورمحسنی، ف. (۱۳۹۳). سبک‌های هویت، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و سلامت روانی دانشجویان: مدل معادلات ساختاری. *فصلنامه مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*, ۱۳۳-۱۵۹.
- 10-Markstrom C. A, Kalmanir H. M. (2001). Linkages Between the Psychosocial Stages of Identity and Intimacy and the Ego Strengths of Fidelity and Love, *AN INTERNATIONAL JOURNAL OF THEORY AND RESEARCH*, 179-196
- 11-Anthis, K. (2014). Hope, Will, Purpose, Competence, and Fidelity: Ego Strengths as Predictors of Career Identity. *An International Journal of Theory and Research*
- ۱۲- فیست جس، فیست گریگوری. (۱۳۹۴). *نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی*. تهران: نشر روان.
- 13-Sekowski M (2020) Attitude Toward Death From the Perspective of Erik Erikson's Theory of Psychosocial Ego Development: An Unused Potential, *Journal of Death and Dying*, 935-957
- 14-Khairani & Maemonah (2021), THE NATURE OF PSYCHOSOCIAL DEVELOPMENT IN EARLY CHILDHOOD ACCORDING TO ERIK ERIKSON'S VIEW, *Jurnal Kajian Gender dan Anak*, 05,02, 151-161

- 33-Kirkpatrick, L. A. (2005). Attachment, evolution, and the psychology of religion. New York: Gikford press
- 34-VandenBos, G. R. (2015). *APA Dictionary of psychology*. Washington DC: American Psychological Association
- 35-Ainsworth Mary D. Salter, Blehar Mary C., Waters Everett, Wall Sally N. (2015). *PATTERNS OF ATTACHMENT A Psychological Study of the Strange Situation*. New York: Psychology Press
- ۳۶-هومن، ح. (۱۳۹۵). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه (سمت).
- ۳۷-فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۹۵). آزمون‌های روان‌شناختی جلد دوم. تهران: انتشارات بعثت.
- ۳۸-الطافی، ش. (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه قدرت ایگو و صفات شخصیتی وابسته به مصرف مواد و مستقل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد.
- ۳۹-رسول‌زاده طباطبایی ک، حقیقت ف، زادهوش س. (۱۳۸۸). نیرومندی من، شدت درد و خودکارآمدی مربوط به درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس: بررسی نقش متغیرهای واسطه‌ای. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۶۱-۷۲.
- ۴۰-پاک‌دامن. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط بین دل‌بستگی و جامعه‌طلبی در نوجوانان. پایان‌نامه دکتری دانشگاه تهران.
- ۴۱- تیموری علی، غلامعلی لوانسانی مسعود، بخشایش علی‌رضا. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک دل‌بستگی و خودمتمایزسازی. *خانواده‌پژوهی*. ۴۴۱-۴۶۳.
- 25-Doumen, S., Smits, I., Luyckx, K., Duriez, B., Vanhalst, J., Verschuere, K., & Goossens, L. (2012). Identity and perceived peer relationship quality in emerging adulthood: The mediating role of attachment-related emotions *Journal of Adolescence*, 35, 1417-1425
- 26-Kerpelman, J. L., Pittman, J. F., Saint-Eloi Cadely, H., Tuggle, F. J., Harrell-Levy, M. K., & Adler-Baeder, F. M. (2012). Identity and intimacy during adolescence: Connections among identity styles, romantic attachment, and identitycommitment. *Journal of Adolescence*, 35, 1427-1439
- 27-Samuolis, J., Layburn, K., & Schiaffino, K. M. (2001). Identity development and attachment to parents in college students. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 373-384
- 28-Pittman, J. F., Keiley, M. K., Kerpelman, J. L., & Vaughn, B. E. (2011). Attachment, identity and Intimacy: Parallels between Bowlby's and Erikson's Paradigms. *Journal of Family Theory and Review*, 3, 32-46
- 29-Cassidy Jude ,Shaver Phillip R. . (2016). *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- 30-BOWLBY, J. (1969). *ATTACHMENT AND LOSS VOLUME I ATTACHMENT*. Basic Books: New York
- 31-Guo Lingjie ,Ash Jude . (2020). Anxiety and Attachment Styles: A Systematic Review. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 1005-1012
- 32-Ceyhan Ebubekir ,Boysan Murat , Kadak Muhammed Tayyip. (2019). Associations between Online Addiction, Attachment Style, Emotion Regulation, Depression and Anxiety in General Population: Testing the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. *Sleep and Hypnosi: A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology*, 123-139

43-Erikson, E. H (1964). Insight and Responsibility.
New York: Norton.

44-Matas, L., Arend, R. A., & Sroufe, L. A.(1978).
Continuity of adaptation in the second year: The
relationship between quality of attachment and
later competence. Child Development, 49,547- 556

۴۲- زیباکردار معصومه، شریفی نسترن، پاشاشریفی حسن.
(۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه
دل‌بستگی بزرگسالان کولینزورید و رابطه آن با پنج عامل
شخصیتی. NEO-FFI. پایان‌نامه ارشد روان‌شناسی دانشکده
روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران
مرکزی.

مقایسه علائم اختلال وسواسی جبری و اعتیاد به اینترنت در افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و افراد عادی

نویسندگان

مارال ذکری^۱، فریده نرگسی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد، سنندج، ایران.

maral.zekri2016@gmail.com

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: بر اساس یکسری از مطالعات قبلی، اختلال شخصیت خودشیفتگی همبودی با اختلال وسواسی جبری و اعتیاد به اینترنت همراه است؛ اما تحقیقات دیگر نتایج متناقضی دارد؛ در نتیجه برای رفع این ابهام انجام پژوهش‌های بیشتر الزامی است. هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان تفاوت علائم اختلال وسواسی جبری و اعتیاد به اینترنت در افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و افراد عادی است.

روش: نمونه پژوهش حاضر شامل ۶۶ نفر دانشجو، ۳۲ نفر دانشجو دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و ۳۴ نفر فاقد این علائم بودند که با پر کردن پرسشنامه اختلال شخصیت خودشیفتگی، پرسشنامه اختلال وسواسی جبری و نکوور و پرسشنامه اعتیاد به اینترنت در پژوهش شرکت کردند. طرح تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای بود و برای بررسی فرضیه‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها حاکی از این بود که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=24/96$, $p<0/001$). افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی نسبت به افراد فاقد این علائم در مؤلفه‌های اختلال وسواسی جبری از جمله آلودگی، واری، افکار وسواسی، احتکار، کمال‌گرایی و دقت، تردید و اعتیاد به اینترنت دارای میانگین بیشتری بودند. **بحث و نتیجه‌گیری:** در نتیجه افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی در مؤلفه‌های اختلال وسواسی جبری از جمله آلودگی، واری، افکار وسواسی، احتکار، کمال‌گرایی و دقت، تردید و اعتیاد به اینترنت در مقایسه با افراد عادی تفاوت معنی‌داری داشتند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۱/۲۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۷/۱۲



کلیدواژه‌ها

اختلال شخصیت خودشیفتگی، اختلال وسواسی جبری، مؤلفه‌های اختلال وسواسی جبری و اعتیاد به اینترنت.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Fnargesi@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده است که در بین اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت خودشیفته با افزایش ۲/۱ برابری احتمال اعتیاد به اینترنت را افزایش می‌دهد [۱۱]. شواهد موجود نشان می‌دهد سطوح بالاتر اختلال شخصیت خودشیفتگی با افزایش خطر ابتلا «اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی»^۳ و «اعتیاد به اینترنت»^۴ همراه است [۱۲].

اینترنت بخش جدایی‌ناپذیر عصر معاصر است [۱۳]. آمارهای اخیر جهانی نشان داده است که بیش از ۸۰۳ میلیون نفر در سراسر جهان به اینترنت دسترسی دارند [۱۴]. محققان دریافته‌اند که ۷۳ درصد از دانشجویان حداقل یک‌بار در روز به اینترنت دسترسی داشته‌اند و تقریباً ۱/۶ تا ۴/۵ ساعت در طول یک روز را به صورت آنلاین بودن در فضای مجازی گذرانده‌اند. کاربران ترجیح داده‌اند که این زمان را بیشتر در طول شب سپری کنند [۱۵-۱۸]. بودن در فضای مجازی فرصت‌های بی‌شماری به افراد می‌دهد. امکان دارد که استفاده از فضای مجازی به‌نوعی افراط تبدیل شده باشد و تا مرحله اعتیاد پیشرفته باشد [۱۹]. برخی از محققان به‌عنوان مثال، «کاس»^۵ ادعا کرده است که استفاده بیش‌از‌حد از رسانه‌های اجتماعی ممکن است مشابه یک اعتیاد رفتاری باشد و علائم و پیامدهایی را که با اعتیاد مرتبط با مواد در ارتباط است، نشان دهد مانند تحمل، تنظیم خلق‌وخو، ناتوانی در کاهش مصرفی، درگیری، عود [۲۰].

در مطالعات بعدی مشخص شده است که استفاده طولانی‌مدت از شبکه‌های مجازی و اعتیاد به اینترنت با سایر علائم بالینی مانند علائم اختلال وسواسی جبری، افسردگی، اختلالات اضطرابی، تنهایی، «جسمانی‌سازی»^۶ همبندی داشته است [۲۱-۲۳]. محققان دریافته‌اند که نمرات مختلف مقیاس‌های روان‌پزشکی از جمله اضطراب، افسردگی، افکار پارانویید و نمرات وسواس فکری اجباری در افراد فاقد علائم اعتیاد به اینترنت در مقایسه با افرادی که به اینترنت

«اختلال شخصیت»^۱، الگوی طولانی‌مدت از تجربه درونی و رفتاری است که از انتظارات فرهنگی فرد بسیار به دور است، انعطاف‌ناپذیر و فراگیر بوده، در دوره نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع شده، در طول زمان ثابت باقی می‌ماند و باعث ناراحتی و افت در عملکرد می‌شود [۱]. «خودشیفتگی»^۲ نوعی اختلال شخصیت است و با طیف وسیعی از ویژگی‌های عملکردی و بالینی ظاهر می‌شوند و همچون یک سیستم خودتنظیمی پویا در ارتباط با بزرگ‌نمایی، خودجذبی و نیاز دائمی به تأیید بیرونی دیده می‌شود [۲]. طبق مطالعه‌ای که توسط دانشگاه ایالتی «سن دیگو» انجام شده است، سطح خودشیفتگی به‌طور پیوسته در طول چند دهه گذشته افزایش یافته است [۳]. مانند سایر ساختارهای شخصیتی، ویژگی‌های خودشیفتگی در میان جمعیت عمومی معمولاً در امتداد یک پیوستار رخ می‌دهد. پایان این پیوستار اختلال شخصیت خودشیفته خواهد بود [۴]. اختلال شخصیت خودشیفته با الگوی نافذی از خودبزرگ‌بینی (در عالم خیال یا رفتار)، نیاز به تحسین و فقدان همدلی که از اوایل بزرگسالی آغاز شده و در زمینه‌های مختلف به چشم می‌خورد [۱]؛ از جمله حس رهبری و سلطه‌پذیری، داشتن اعتمادبه‌نفس بالا به توانایی‌ها، احساس بهترین بودن در بین مردم، مانند بودن در مرکز توجه، استفاده از افراد دیگر برای افزایش عزت‌نفس، داشتن میل به احترام و نیاز به قدرت [۵-۷].

مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفتگی از طریق کانال‌های متفاوت به دنبال برآورده کردن خواسته‌های خود هستند [۸]. اینترنت و پلتفرم‌های مجازی به‌عنوان یکی از محبوب‌ترین کانال‌های ارتباطی این فرصت را به افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته می‌دهد که تمرکز محتوای نمایه‌شان را به‌طور خاص روی خودشان نگه دارند [۹]. با انجام این کار، آن‌ها به‌روزرسانی‌های وضعیت، نظرات و عکس‌هایی را ارسال می‌کنند که فقط خودشان را نشان می‌دهند، نه دیگران را و چرخه تمرکز و علاقه روی خود را تقویت و حفظ می‌کنند تا خواسته‌های خود را محقق سازند [۱۰].

3. Social media addiction

4. Internet addiction

5. Koss, 2017

6. Symptoms of obsessive-compulsive disorder, Depression, Anxiety disorders, Loneliness, Somatization

1. Personality disorder

2. Narcissistic

ایالات متحده ۱/۳ درصد است که مشابه شیوع بین‌المللی (۱/۱ درصد الی ۱/۸ درصد) است. سن شروع در مردها پایین‌تر از زن‌ها است و زن‌ها در بزرگ‌سالی اندکی بیشتر از مردان مبتلا می‌شوند؛ ولی در کودکی پسرها بیشتر دچار این اختلال‌اند [۱].

اختلال وسواس فکری اجباری در سرتاسر جهان با نشانگان مشترک در بین گروه‌های قومی و فرهنگ‌های مختلف رخ داده است و با اختلالات اجتماعی، شخصی و کاری قابل توجهی همراه است [۳۰]. در واقع، سازمان جهانی بهداشت اختلال وسواس جبری را در بین علت اصلی مشکلات افراد در سنین ۱۵ تا ۴۴ سال شناسایی کرده است. اگرچه اختلال وسواسی جبری یک اختلال مزمن است، اما به دلیل ناهمگونی قابل توجه در چگونگی بروز نشانگان و الگوهای بیماری‌های همراه می‌تواند به‌طور قابل توجهی در افراد مختلف متفاوت باشد [۳۱]. اختلال وسواسی جبری در صورت عدم درمان، سیری مزمن با نوسان علائم پیدا می‌کند [۱]. این اختلال تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی، اخلاص در زندگی کاری، اجتماعی و خانوادگی فرد مبتلا داشته است [۳۲]. تحقیقات متعددی ارتباط بین شدت علائم و همبودی اختلال وسواسی - جبری را با سایر اختلال‌ها نشان داده است [۳۳].

همبودی اختلال‌های وسواسی جبری با مجموعه‌ای از اختلال‌های شخصیت در مطالعات قبلی آشکار شده است. همبودی و شدت اختلال وسواسی جبری با اختلال شخصیت خودشیفتگی در مطالعات قبلی به‌صورت نادری آشکار شده است و پیشینه ضعیف و متناقضی به چشم می‌خورد. آنچه به احتمال زیاد سبب کاهش این تناقضات می‌شود، انجام پژوهش‌های متعدد خواهد بود؛ علاوه بر این با توجه به اثرات مخرب اعتیاد به اینترنت در جوامع مختلف از جمله ایران انجام تحقیقات بیشتر و گسترده‌تر در باب موضوعات رایج قرن اخیر از جمله اعتیاد به اینترنت و میزان اثرگذاری آن بر اختلالات مزمن از جمله اختلال‌های شخصیت همچون اختلال شخصیت خودشیفتگی به‌ویژه در شرایط همه‌گیری «کووید-۱۹»^۳ دور از انتظار نیست. با توجه به مطالب مطرح شده و پژوهش‌های قبلی، پژوهش حاضر به مقایسه علائم اختلال وسواسی جبری و اعتیاد به

اعتیاد داشته‌اند، کمتر است [۲۴]. «بلاک و یانگ»^۱ اشاره کرده‌اند که استفاده مداوم و اجبارگونه از اینترنت یک مشکل عمومی است و باید آن را به‌عنوان یک اختلال وسواس فکری اجباری در نظر گرفت [۲۵]. اعتیاد به اینترنت و شبکه‌های مجازی به‌نوعی استفاده وسواسی جبری از اینترنت است که می‌تواند زندگی فرد را مختل کند و افراد زیادی را درگیر کند [۲۶]. اخیراً گروهی از مطالعات به بررسی ارتباط بین علائم وسواس جبری و اعتیاد به اینترنت پرداخته‌اند. مقایسه ۱۴ ابزار نشان مشخص کرده است که اعتیاد به اینترنت از لحاظ پیامدهای مختل‌کننده و رفتارهای تکراری کنترل‌نشده علائم مشترک با اختلال وسواسی جبری دارد [۲۷].

تحقیقات نشان داده‌اند که ناتوانی در تنظیم عادات استفاده از شبکه‌های اجتماعی ممکن است یکی از تظاهرات اختلال وسواسی جبری باشد [۲۸]. علاوه بر این، افراد مبتلا به اعتیاد به اینترنت و افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری مشکلاتی در نحوه عملکرد کارکرد اجرایی از خود نشان می‌دهند؛ مانند کاهش کنترل مهاری و انعطاف‌ناپذیری شناختی. همچنین مطالعات طولی، ابتلا به اعتیاد به اینترنت را در افراد دارای اختلال وسواسی جبری را با آمار قابل توجهی گزارش می‌کند [۲۹].

«اختلال وسواسی - جبری»^۲ با وسواس فکری و عملی یا هر دو مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری شامل افکار، تمایلات و تصورات مکرر و پایداری است که به‌شکل مزاحم و ناخواسته تجربه شده‌اند. وسواس‌های عملی اجبارها، رفتارهای تکراری و فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آن‌ها را در پاسخ به یک وسواس فکری یا بر طبق قوانینی که باید به‌دقت اجرا شوند، انجام دهد. محتوای وسواس‌های فکری و عملی در بین افراد متفاوت است. شایع‌ترین آن‌ها تمیز کردن، تقارن، افکار ممنوعه یا تابو و آسیب رساندن است. بسیاری از مبتلایان به اختلال وسواسی جبری باورهای ناکارآمدی دارند از جمله: احساس مسئولیت زیاد و تمایل به برآورد بیش‌ازحد، کمال‌گرایی و ناتوانی در تحمل ابهام و اهمیت دادن بیش‌ازحد برای فکر دیگران.

شیوع ۱۲ ماهه اختلال وسواسی جبری در

1. Blang and young
2. Obsessive compulsive disorder

اینترنت در افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و افراد عادی می‌پردازد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع پس - رویدادی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد واحد سنندج در سال ۱۴۰۰ - ۱۴۰۱ است. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به جدول G.POWER تعداد ۲۳۴ نفر از دانشجویان انتخاب شد. با حذف داده‌های از دست رفته و مخدوش حجم نمونه به ۱۹۳ نفر رسید. با توجه به نوع پژوهش که از نوع پس - رویدادی بوده است، دلاور (۱۳۹۸) توصیه می‌کند که حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر دو گروه باشد. با اعتنا به نقطه برش موجود برای تفکیک افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی (نمرات کسب‌شده بالای ۸) و افراد فاقد علائم (نمرات کسب‌شده در بازه ۰ الی ۲) از ۱۹۳ نفر نمونه اولیه ۳۲ نفر دارای علائم خودشیفتگی و ۳۴ نفر بدون علائم انتخاب شدند. معیار ورود شامل: آزمودنی‌ها جز دانشجویان دانشگاه آزادشهر سنندج در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ و حداقل ۱۸ سال سن داشته باشند. معیار خروج: پاسخ برگ آزمودنی‌ها دارای داده‌های از دست رفته و مخدوش باشد.

روش اجرا این پژوهش به‌صورتی بوده است که پس از هماهنگی با اساتید رشته‌های مختلف لینک پاسخگویی به پرسشنامه‌های مد نظر در اختیار دانشجویان قرار گرفت. بعد از تکمیل لینک توسط دانشجویان و حذف داده‌های مخدوش از ۱۹۳ نفر تعداد ۶۶ دانشجو جهت تجزیه و تحلیل داده‌های کسب‌شده انتخاب گردید. در این پژوهش اصول اخلاقی رعایت گردیده است و در خصوص رعایت اصول رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی به دانشجویان در ابتدای کار اطمینان کافی داده شده است. داده‌های پژوهش از طریق SPSS نسخه ۲۶ به روش تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهشی

پرسشنامه اختلال شخصیت خودشیفتگی: پرسشنامه شخصیت خودشیفتگی ۱۶ گویه‌ای توسط «آمز، روسه و

اندرسون»^۱ اعتباریابی شد. این پرسشنامه دارای ۱۶ جفت عبارت بوده، هدف آن سنجش ویژگی‌های شخصیت خودشیفته است. طیف پاسخگویی آن بدین صورت است که متشکل از جفت گویه‌هایی است که پاسخ‌دهنده باید یکی از آن‌ها را انتخاب نماید. دامنه امتیازات از ۰ تا ۱۶ است. امتیاز بالاتر بیانگر خودشیفتگی بالاتر فرد خواهد بود و برعکس. به‌عنوان یک نقطه برش، امتیاز ۸ به بالا بیانگر شخصیت خودشیفته در فرد است. ضرایب پایایی بازآزمایی گزارش شده توسط سازندگان اصلی آزمون در طول ۵ هفته ۰/۸۵ است. روایی همگرا از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین نمرات پرسشنامه ۱۶ گویه‌ای اختلال شخصیت خودشیفتگی و نمرات حاصل از شاخص برون‌های گرابی و گشودگی نسبت به تجارب جدید پرسشنامه پنج عامل بزرگ محاسبه شده است که به ترتیب برای عامل برون‌گرایی ۰/۳۲ و برای عامل گشودگی نسبت به تجارب جدید ۰/۴۱ است. محمدزاده (۱۳۸۸) پرسشنامه شخصیت خودشیفته را در یک مطالعه زمینه‌یابی مقطعی، با تعداد ۳۴۲ دانشجو در سال ۱۳۸۷ مورد آزمون قرار داد. ضریب همبستگی بین نمرات پرسشنامه شخصیت خودشیفته NPI-16^۲ و مقیاس خودشیفتگی MCMI-II^۳ برابر ۰/۷۷ و معنی‌دار بود. ضریب پایایی بازآزمایی، ضریب همبستگی در تعیین پایایی توصیفی و ضریب آلفای کرونباخ در سنجش همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۹ محاسبه شده است [۳۴].

پرسشنامه اختلال وسواسی جبری و نکوور: یک ابزار خودسنجی برای سنجش دامنه وسیعی از نشانه‌های وسواس است که در سال ۲۰۰۴ توسط «توردارسون و همکاران»^۴ معرفی و دامنه وسیع‌تری از افکار وسواسی اعمال وسواسی، رفتار اجتنابی و ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با وسواس را می‌سنجد. همه سؤالات به دغدغه‌ها و رفتار فعلی بیمار اشاره دارد.

سؤالات پرسشنامه نکوور به صورت مثبت، جمله‌بندی شده است... این پرسشنامه، ۵۵ سؤال دارد و شش مؤلفه

1. Ames, Rose, Anderson
2. Narcissistic Personality Inventory-16
3. Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)
4. Thordarson et al

هم جمع می‌کنیم. نمره^۱ به دست آمده، نمره^۲ کلی پرسشنامه بوده و دامنه‌ای از ۲۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. بدیهی است که هرچه این نمره بالاتر باشد، بیانگر اعتیاد بالاتر فرد به اینترنت خواهد بود و برعکس. روایی و پایایی نسخه^۳ اصلی آن در مطالعات قبلی با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است. نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط سید سلمان علوی و همکاران (۱۳۸۹) مورد بازنمایی قرار گرفته است و پایایی آن را با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تأیید شده است [۳۶].

یافته‌ها

نمونه^۴ مورد مطالعه شامل ۲۷ نفر زن و ۷ نفر مرد در بین دانشجویان فاقد علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و همچنین ۱۳ نفر زن و ۱۹ نفر مرد در گروه افراد دارای علائم شخصیت خودشیفتگی بود.

دامنه^۵ سنی دانشجویان ۱۸ الی ۴۵ سال بوده است و میانگین و انحراف معیار سن در دانشجویان فاقد علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی معادل ۲۸/۹۴ و ۶/۰۲ و در دانشجویان دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی معادل ۲۸/۳۱ و ۶/۱۴۶ بود. دانشجویان فاقد علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی به ترتیب در مقطع تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا شامل ۱۹ نفر، ۱۲ نفر و ۳ نفر است. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های اختلال وسواسی جبری و اعتیاد به اینترنت به تفکیک دو گروه دانشجویان فاقد علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و دانشجویان دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی در جدول ۱ گزارش شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار افراد فاقد علائم در گروه‌های اعتیاد به اینترنت و مؤلفه‌های اختلال وسواس به ترتیب در آلودگی، وارسی، افکار وسواسی، احتکار، کمال‌گرایی و دقت و تردید معادل ۳۳/۷۰ و ۱۱/۱۴، ۱۲/۵۵ و ۷/۳۰، ۷/۷۳ و ۶/۲۵، ۱۵/۳۸ و ۸/۳۳، ۵/۸۵ و ۴/۱۹، ۱۵/۵۰ و ۷/۰۸، ۶/۹۱ و ۴ است. میانگین و انحراف معیار افراد دارای علائم اختلال خودشیفتگی در گروه‌های اعتیاد به اینترنت و مؤلفه‌های اختلال وسواس به ترتیب در آلودگی، وارسی، افکار وسواسی، احتکار، کمال‌گرایی و دقت و تردید معادل ۵۷/۶۲ و ۱۳/۹۱، ۲۰/۸۱ و ۷/۶۲، ۱۶/۰۹ و ۵/۳۹، ۲۵/۲۵ و ۷/۸۰، ۱۰/۸۷ و ۴/۲۰ است.

آلودگی^۱، وارسی^۲، افکار وسواسی^۳، احتکار^۴، کمال‌گرایی/دقت^۵ و تردید^۶ را در برمی‌گیرد. شش مؤلفه آلودگی (۱۲ سؤال)، وارسی (۶ سؤال)، افکار وسواسی (۱۲ سؤال)، احتکار (۷ سؤال)، کمال‌گرایی/دقت (۱۲ سؤال) و تردید (۶ سؤال) است.

نمره‌گذاری پرسشنامه^۷ ونکوور روی یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده تا بتواند حساسیت به تغییرات درمانی را ارتقا بخشد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر مؤلفه مجموع امتیازات مربوط به سؤالات آن بعداً با هم جمع می‌شوند.

نمرات بالاتر نشان‌دهنده وسواس بالاتر آزمودنی می‌باشد و برعکس. پایایی و روایی نسخه^۸ اصلی پرسشنامه^۹ اختلال وسواسی جبری ونکوور به ترتیب در بازه^{۱۰} (پایایی ۰/۸۲ الی ۰/۹۵) و (روایی ۰/۳۵ الی ۰/۸۸) است. نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط راضیه ایزدی و همکاران (۱۳۹۱) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. پرسشنامه^{۱۱} وسواسی جبری ونکوور به شیوه بازآزمایی روی ۴۵ نفر از نمونه مبتلا به وسواس دو هفته بعد از اجرای پرسشنامه^{۱۲} وسواسی جبری ونکوور برای کس و زیر مقیاس‌های آلودگی، وارسی، افکار وسواسی، احتکار، کمال‌گرایی و دقت و تردید به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۵، ۰/۹۶، ۰/۹۲، ۰/۹۶، ۰/۹۲ و ۰/۹۱ بود. این میزان‌ها با روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۸۷، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به دست آمد [۳۵].

پرسشنامه^{۱۳} اعتیاد به اینترنت یانگ: پرسشنامه^{۱۴} اعتیاد به اینترنت یکی از معتبرترین پرسشنامه‌های مرتبط با سنجش اعتیاد به اینترنت است که توسط «کیمبرلی یانگ»^{۱۵} منتشر شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ آیتم است. هدف آن سنجش میزان اعتیاد به اینترنت در افراد مختلف است. طیف پاسخ‌دهی آن به صورت لیکرت بوده و پنج مقیاس دارد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، نمرات حاصل از پاسخ آزمودنی‌ها به تک‌تک سؤالات پرسشنامه را با

1. Contamination
2. Checking
3. Obsessive thoughts
4. Hoarding
5. Perfectionism/Accuracy
6. Doubt
7. Kimberly Young

۲۳/۵۶ و ۵/۸۴، ۱۴/۵۰ و ۳/۳۸ است. با توجه به داده‌های مشاهده شده از شاخص‌های پراکندگی در دو گروه افراد فاقد علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و رعایت پیش‌فرض‌های لازم جهت اجرای تحلیل واریانس چند متغیره، در نهایت در جدول ۲ نتایج حاصل از تحلیل واریانس تفاوت برای دو گروه پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه دانشجویان

متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	تعداد
اعتیاد به اینترنت	فاقد علائم	۳۳/۷۰	۱۱/۱۴	۲۳	۶۱	۳۴
	دارای علائم	۵۷/۶۲	۱۳/۹۱	۲۲	۶۷	۳۲
	کل	۴۵/۳۰	۱۷/۳۳	۲۲	۶۷	۶۶
آلودگی	فاقد علائم	۱۲/۵۵	۷/۳۰	۱	۲۷	۳۴
	دارای علائم	۲۰/۸۱	۷/۶۲	۵	۳۷	۳۲
	کل	۱۵/۵۶	۸/۴۹	۱	۳۷	۶۶
وارسی	فاقد علائم	۷/۷۳	۶/۲۵	۰	۲۲	۳۴
	دارای علائم	۱۶/۰۹	۵/۳۹	۳	۲۶	۳۲
	کل	۱۱/۷۸	۷/۱۷	۰	۲۶	۶۶
افکار وسواسی	فاقد علائم	۱۵/۳۸	۸/۳۳	۱	۳۱	۳۴
	دارای علائم	۲۵/۲۵	۷/۸۰	۱۳	۳۹	۳۲
	کل	۲۰/۱۶	۹/۴۳	۱	۳۹	۶۶
احتکار	فاقد علائم	۵/۵۸	۴/۱۹	۱	۱۵	۳۴
	دارای علائم	۱۰/۸۷	۴/۲۰	۳	۱۹	۳۲
	کل	۸/۲۸	۴/۸۷	۱	۱۹	۶۶
کمال‌گرایی و دقت	فاقد علائم	۱۵/۵۰	۷/۰۸	۳	۳۰	۳۴
	دارای علائم	۲۳/۵۶	۵/۸۴	۷	۳۴	۳۲
	کل	۱۹/۴۰	۷/۶۳	۳	۳۴	۶۶
تردید	فاقد علائم	۶/۹۱	۴	۱	۱۴	۳۴
	دارای علائم	۱۴/۵۰	۳/۳۸	۸	۱۹	۳۲
	کل	۱۰/۵۹	۵/۳۱	۱	۱۹	۶۶

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس تفاوت در دو گروه پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه خطا	سطح معناداری	مجذور آتا
اثر پیلایی	۷۴۹/۰	۹۶/۲۴	۷	۵۸	۰۰/۰	۷۴۹/۰
لامبدا ویلکز	۲۵۱/۰	۹۶/۲۴	۷	۵۸	۰۰/۰	۷۴۹/۰
اثر هتیلنگ	۹۸۱/۲	۹۶/۲۴	۷	۵۸	۰۰/۰	۷۴۹/۰
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۹۸۱/۲	۹۶/۲۴	۷	۵۸	۰۰/۰	۷۴۹/۰

میزان این تفاوت ۰/۷۴۹ درصد است؛ یعنی ۰/۷۴۹ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در تأثیر متقابل متغیرهای وابسته خواهد بود.

در ادامه در جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش در بین دو گروه دانشجویان فاقد علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی به تفکیک ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود تمام آزمون‌های مانوا در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار است؛ بنابراین در افراد دارای علائم اختلال خودشیفتگی و افراد عادی حداقل در یکی از متغیرها (اعتیاد به اینترنت و ۶ مؤلفهٔ اختلال وسواسی جبری از جمله: آلودگی، وارسی، افکار وسواسی، احتکار، کمال دقت و تردید) تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است و

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در بین دو گروه دانشجویان

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	ضریب مشاهده نشده	توان
اعتیاد به اینترنت	۹۴۳۱/۳۸	۱	۹۴۳۱/۳۸	۷۸/۵۹	۰/۰۰	۴۸۳/۰	۷۸/۵۹	۱/۰۰
آلودگی	۱۱۲۳	۱	۱۱۲۳	۱۷/۲۰	۰/۰۰	۲۴۰/۰	۱۷/۲۰	۰/۹۹۳
وارسی	۱۱۵۱/۶۹	۱	۱۱۵۱/۶۰	۶۳/۳۳	۰/۰۰	۳۴۵/۰	۶۳/۳۳	۱/۰۰
افکار وسواسی	۱۶۰۵/۱۳	۱	۱۶۰۵/۱۳	۲۴/۵۶	۰/۰۰	۲۷۷/۰	۲۴/۵۶	۰/۹۹۸
احتکار	۴۱۵/۷۶	۱	۴۱۵/۷۶	۲۳/۵۹	۰/۰۰	۰/۲۶۹	۲۳/۵۹	۰/۹۹۸
کمال‌گرایی و دقت	۱۰۷/۵۸	۱	۱۰۷/۵۸	۲۵/۲۲	۰/۰۰	۰/۲۸۳	۲۵/۲۲	۰/۹۹۹
تردید	۹۴۹/۲۱	۱	۹۴۹/۲۱	۶۸/۶۶	۰/۰۰	۰/۵۱۸	۶۸/۶۶	۱/۰۰

به اینترنت و ۶ مؤلفه اختلال وسواسی جبری در افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفتگی بیشتر است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ علائم اختلال وسواسی جبری و اعتیاد به اینترنت در افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و افراد عادی صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین میانگین مؤلفه‌های اختلال وسواسی جبری در دو گروه دانشجویان دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی و دانشجویان فاقد علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این صورت که دانشجویان دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی نسبت به دانشجویان فاقد علائم اختلال شخصیت

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار F و سطح معناداری به ترتیب در گروه‌های اعتیاد به اینترنت معادل (۵۹/۷۸ و ۰/۰۰) و مؤلفه‌های اختلال وسواسی جبری از جمله آلودگی (۲۰/۱۷ و ۰/۰۰) و وارسی (۳۳/۶۳ و ۰/۰۰) افکار وسواسی (۲۴/۵۶ و ۰/۰۰) احتکار (۲۳/۵۹ و ۰/۰۰) کمال‌گرایی و دقت (۲۵/۲۲ و ۰/۰۰) و تردید (۶۸/۶۶ و ۰/۰۰) است. با توجه به نتایج حاصل از جدول ۳ در بین گروه‌های اعتیاد به اینترنت و ۶ مؤلفهٔ اختلال وسواسی جبری از جمله: آلودگی، وارسی، افکار وسواسی، احتکار، کمال دقت و تردید در افراد عادی و افراد دارای علائم خودشیفتگی با توجه به سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات اعتیاد

دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داده است که دانشجویان دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی به نسبت دانشجویان فاقد علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی میانگین نمرات بالاتری در اعتیاد به اینترنت کسب کرده‌اند. مصطفی ساوسی و همکاران^۷ همخوان با نتایج این پژوهش نشان داده‌اند که اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی باور شخصیت خودشیفته را افزایش داده است. استفاده از رسانه‌های اجتماعی ممکن است ارتباطات اجتماعی نامحدود و انتخابی را برای افراد فراهم کند که باورهای شخصیت خودشیفته را تسهیل می‌کند و تمایلات خودشیفتگی افراد را تقویت می‌کند. «زویا زورافا»^۸ مدعی است که افراد با سطح بالایی از خودشیفتگی برای مدت طولانی از رسانه‌های اجتماعی استفاده می‌کند، به رسانه‌های اجتماعی احساس وابستگی می‌کند و نمی‌تواند بدون رسانه‌های اجتماعی زندگی کند. هلن سوسانتو و همکاران^۹ اثبات کرده‌اند که بین خودشیفتگی، عزت‌نفس^{۱۰} و اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی در دانشجویان همبستگی معناداری وجود دارد. اوگر ایسی و همکاران^{۱۱} در مطالعات خود نشان داده‌اند که علاوه بر عوامل شخصیتی از جمله درون‌گرا بودن^{۱۲}، روان رنجور بودن^{۱۳} و کمتر وظیفه‌شناس بودن^{۱۴}، خودشیفتگی به‌عنوان یک رویکرد انگیزشی و خودتنظیمی در اعتیاد به اینترنت به میزان قابل توجهی اثرگذار است. علاوه بر این، تحسین خودشیفتگی و رقابت خودشیفته گونه افزایش اعتیاد به اینترنت را پیش‌بینی می‌کند. فاطیما زهرا الله‌وردی^{۱۵} نشان داده است که دانشجویان با رده سنی پایین‌تر نمرات بالاتری در اختلال شخصیت خودشیفتگی و اعتیاد به اینترنت نشان دارند.

در تبیین این مسئله می‌توان عنوان کرد که افراد مبتلا به علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی بودن در جایگاه تعریف و تمجید برایشان اولویت دارد [۳۸]. «مورف و

خودشیفتگی دارای میانگین نمرات بالاتری در مؤلفه‌های اختلال وسواسی جبری گزارش کرده‌اند. این پژوهش همخوان با پژوهش «آلبانیو توریس و همکاران»^۱ بود که نشان داده‌اند افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری همبودی بالای با اختلال شخصیت خودشیفتگی دارند که آمار ابتلا در مردان نسبت به زنان بالاتر گزارش شده است و همچنین با نتایج پژوهش «فرانسیکو بولی و همکاران»^۲ (۲۰۱۶) همگرا بود و گزارش داده‌اند که شایع‌ترین اختلال شخصیت همراه با اختلال وسواسی جبری اختلال «شخصیت وسواسی جبری»^۳ معادل ۹/۴ درصد و پس از آن اختلال شخصیت خودشیفتگی ۶/۳ درصد است. «عایشه گل کارت و همکاران»^۴ پی بردند که بین شدت اختلال وسواسی جبری و باورهای شخصیت خودشیفته ارتباط وجود دارد، همچنین افسردگی نقش واسطه‌ای بین اختلال شخصیت خودشیفتگی و شدت اختلال وسواسی جبری را دارد. برای توضیح این یافته‌ها به صورت گسترده‌تر «ماریا رفقیو و همکاران»^۵ خودشیفتگی را پیش‌بینی کننده اختلال وسواسی جبری فرض کردند که نشان داد علائم خودشیفتگی با اختلال وسواسی جبری همبستگی مثبت و معناداری دارد.

در تبیین این مسئله می‌توان عنوان کرد که ویژگی‌های اختلال وسواسی جبری در افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی به‌عنوان یک وضعیت خاص برآورد می‌شود و در جهت حفظ تحسین و توجه دیگران شکل می‌گیرد. افراد دارای علائم شخصیت خودشیفتگی معتقد هستند دیگران به رفتارها و روش‌های ناشی از علائم اختلال وسواسی جبری آن‌ها افتخار می‌کند و به خود می‌بالد، اغلب دیگران را تشویق می‌کند که مانند آن‌ها عمل کنند و نبود علائم اختلال وسواسی جبری در دیگران را شاهی بر برتری خود تلقی می‌کنند. در مجموع ویژگی‌هایی همچون کمال‌گرایی^۶ افراطی، خودبرتربینی و دفاع‌های وسواسی - اجباری در برابر مسائل زیربنایی خودشیفتگی پدیدار می‌گردد [۳۷].

7 . Savci M et al
8 . Zurafa Z
9 . Susanto H et al
10 . Self-esteem
11 . Akdeniz S et al
12 . Introversion
13 . Neuroticism
14 . Conscientiousness
15 . Allahverdi FZ

1 . Torres AR et al
2 . Bulli F et al
3 . Obsessive-compulsive personality disorder
4 . Kart A et al
5 . Rafique M et al
6 . Perfectionism

همتاسازی شده مجدد اجرا گردد. همچنین در انتخاب افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی می‌توان از مصاحبه و ابزارهای دقیق‌تر جهت سنجش و گزینش هر چه دقیق‌تر استفاده کرد.

سیاسگزاری

نویسنده بر خود لازم می‌داند که از تمامی دانشجویانی که در این پژوهش شرکت نموده‌اند کمال تشکر را به جای بیاورد. همچنین استخراج این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی آزاد سنندج با کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1401.048 صورت گرفته است. در هیچ یک از مراحل انجام این مطالعه هیچ‌گونه منابع مالی دریافت نشده و با منافع شخص یا سازمانی منافات ندارد.

منابع

- 1- Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21(21):591-643.
- 2- Ghadimi K. Scientific-academic narcissism a new phenomenon in academic settings. *Journal of Hospital*. 2020;19(4):77-8.
- 3- Badr E, Chakraborty J. Internet Addiction: A Study of its Relevant Correlates–Narcissism, Alexithymia and General Health.
- 4- Mandasaurwala H. CRITICAL ANALYSES WITH THE HELP OF RECENT LITERATURE TO HIGHLIGHT THE RELATIONSHIP BETWEEN NARCISSISM AND ADDICTION TO SOCIAL MEDIA/NETWORKING. *EPR International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR)*. 2021;1:95.
- 5- Bushman BJ, Baumeister RF. Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of personality and social psychology*. 1998;75(1):219.
- 6- Raskin R, Terry H. A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of personality and social psychology*. 1988;54(5):890.

رودوال^۱ بیان کردند که این انگیزه نهفته در خودشیفتگی در یک سیستم پویا و خود تنظیم‌کننده معنا پیدا می‌کند [۳۹]. می‌توان مدعی شد که فرد مبتلا به خودشیفتگی نیازمند به محیط‌های اجتماعی در جهت رضای خواسته‌های خود است. با این حال، اگرچه حضور در محیط‌های اجتماعی ممکن است در کوتاه‌مدت افراد دارای شخصیت خودشیفتگی را به اهداف درونی‌شان برساند، اما به دلیل عدم همدلی و نگرش خصمانه نسبت به دیگران، در درازمدت آسیب می‌بیند. به خصوص که قدرت دستکاری در روابط را ندارند [۴۰]. اما حضور در فضای اجتماعی و شبکه‌های نیازمند به اینترنت یک بستر ایدئال برای حفظ علائم خودشیفتگی ایجاد می‌کند. اینترنت با دسترسی دادن به افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفتگی در فضای مجازی به آن‌ها اجازه می‌دهد که در چگونگی تنظیم ایجاد رابطه قدرت دستکاری داشته باشند و هم‌زمان با تعداد زیادی از کاربران تعامل داشته باشند. اگرچه این ارتباطات سطحی است. افراد خودشیفته به احتمال زیاد بیشتر در رسانه‌های اجتماعی پست یا نظر می‌دهند و از این طریق نیاز به دیده شدن، محبوب به نظر رسیدن و کسب شهرت در وجود خود ارضا می‌کنند. در نتیجه حضور علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی عامل خطر ساز مهمی برای ایجاد علائم اعتیاد به اینترنت است و می‌توان مدعی شد که یک پیش آگهی منفی برای ابتلا به اعتیاد به اینترنت است [۴۱].

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش افراد دارای علائم اختلال شخصیت خودشیفتگی نمرات بالاتری در مؤلفه‌های اختلال وسواسی جبری و اعتیاد به اینترنت نسبت به افراد فاقد علائم کسب کرده‌اند. این پژوهش همچون سایر پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود از جمله:

با توجه به شرایط خاص ایجاد شده از کووید - ۱۹ به اجبار از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد که مهم‌ترین محدودیت این پژوهش است در نتیجه در تعمیم نتایج رعایت کمال دقت و احتیاط جز الزامات است. همچنین در اجرای پژوهش قدرت کنترل و همتاسازی گروه‌ها ممکن نبود. با توجه به نتایج کسب‌شده پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های اخیر را در جمعیت بالینی با گروه‌های

1 . Morf & Rhodewalt

- 15-Chaudhari B, Menon P, Saldanha D, Tewari A, Bhattacharya L. Internet addiction and its determinants among medical students. *Industrial psychiatry journal*. 2015;24(2):158.
- 16-Gedam SR, Ghosh S, Modi L, Goyal A, Mansharamani H. Study of internet addiction: Prevalence, pattern, and psychopathology among health professional undergraduates. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2017;33(4):305.
- 17-Sherer K. College life on-line: Healthy and unhealthy Internet use. *Journal of College Student Development*. 1997.
- 18-Anderson KJ. Internet use among college students: An exploratory study. *Journal of American College Health*. 2001;50(1):21-6.
- 19-Chia DX, Ng CW, Kandasami G, Seow MY, Choo CC, Chew PK, et al. Prevalence of internet addiction and gaming disorders in Southeast Asia: A meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(7):2582.
- 20-Casale S, Banchi V. Narcissism and problematic social media use: A systematic literature review. *Addictive Behaviors Reports*. 2020;11:100252.
- 21-Xiuqin H, Huimin Z, Mengchen L, Jinan W, Ying Z, Ran T. Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2010;13(4):401-6.
- 22-ZboralskiACD K, OrzechowskaDEF A, TalarowskaDE M, DarnoszaB A, JaniakGF A, JaniakGF M, et al. The prevalence of computer and Internet addiction among pupils Rozpowszechnienie uzależnienia od komputera i Internetu. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2009;63:8-12.
- 7- Zurafa Z, Dewi FIR, editors. Social-Media Addiction Among Late Adolescents: Self-Esteem and Narcissism as Predictor. International Conference on Economics, Business, Social, and Humanities (ICEBSH 2021); 2021: Atlantis Press.
- 8- Ronningstam E. Internal processing in patients with pathological narcissism or narcissistic personality disorder: Implications for alliance building and therapeutic strategies. *Journal of Personality Disorders*. 2020;34(Supplement):80-103.
- 9- Peris M, de la Barrera U, Schoeps K, Montoya-Castilla I. Psychological risk factors that predict social networking and internet addiction in adolescents. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(12):4598.
- 10-Aboujaoude E. Virtually you: The dangerous powers of the e-personality: WW Norton & Company; 2012.
- 11-Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *Journal of clinical psychiatry*. 1999;60(12):839-44.
- 12-Sindermann C, Sariyska R, Lachmann B, Brand M, Montag C. Associations between the dark triad of personality and unspecified/specific forms of Internet-use disorder. *Journal of behavioral addictions*. 2018;7(4):985-92.
- 13-Alimoradi Z, Lin C-Y, Broström A, Bülow PH, Bajalan Z, Griffiths MD, et al. Internet addiction and sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2019;47:51-61.
- 14-Dhamnetiya D, Singh SV. Predictors of internet addiction among medical students of North India. 2021.

- 31-Murphy DL, Timpano KR, Wheaton MG, Greenberg BD, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
- 32-Huppert JD, Simpson HB, Nissenson KJ, Liebowitz MR, Foa EB. Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and anxiety*. 2009;26(1):39-45.
- 33-Bulli F, Melli G, Cavalletti V, Stopani E, Carraresi C. Comorbid personality disorders in obsessive-compulsive disorder and its symptom dimensions. *Psychiatric Quarterly*. 2016;87(2):365-76.
- 34-Mohammadzadeh A. Iranian validation of the narcissistic personality inventory-16. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2009;11(44):81-274.
- 35-Izadi Z, Abedi MR, Moien S. Factor structure, reliability and validity of Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2012;7(26):57-66.
- 36-Alavi S. Psychometric properties of Young internet addiction test. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2010;4(3):183-9.
- 37-Rafique M, Hanif R, Rehman M. Narcissism As A Predictor Of Obsessive Compulsive Disorder, Perfectionism And Achievement Motivation Among Adults. *Multicultural Education*. 2021;7(11).
- 38-Susanto H, Suryani E, Astiarani Y, Kurniawan F. Relationship between narcissism, self-esteem, and social media addiction in preclinical medical students. *Althea Medical Journal*. 2021;8(1):50-5.
- 23-Morrison CM, Gore H. The relationship between excessive Internet use and depression: a questionnaire-based study of 1,319 young people and adults. *Psychopathology*. 2010;43(2):121-6.
- 24-Eksi F. Examination of Narcissistic Personality Traits' Predicting Level of Internet Addiction and Cyber Bullying through Path Analysis. *Educational sciences: theory and practice*. 2012;12(3):1694-706.
- 25-Marciano L, Camerini A-L, Schulz PJ. Neuroticism and internet addiction: What is next? A systematic conceptual review. *Personality and Individual Differences*. 2022;185:111260.
- 26-Haramain M, Afiah N. Analysis of the Effects of Personal Traits and Internet Addiction on Indonesian Students' Learning Motivation. *International Journal of Arts and Humanities Studies*. 2022;2(2):13-8.
- 27-Lortie CL, Guitton MJ. Internet addiction assessment tools: Dimensional structure and methodological status. *Addiction*. 2013;108(7):1207-16.
- 28-Andreassen CS, Billieux J, Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z, Mazzoni E, et al. The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2016;30(2):252.
- 29-Gao M, Teng Z, Wei Z, Jin K, Xiao J, Tang H, et al. Internet addiction among teenagers in a Chinese population: Prevalence, risk factors, and its relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;153:134-40.
- 30-Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.

- adolescents' self-presentation on Facebook. Personality and individual differences. 2011;50(2):180-5.
- 39-Morf CC, Rhodewalt F. Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological inquiry*. 2001;12(4):177-96.
- 41-McCain JL, Campbell WK. Narcissism and social media use: A meta-analytic review. *Psychology of Popular Media Culture*. 2018;7(3):308.
- 40-Ong EY, Ang RP, Ho JC, Lim JC, Goh DH, Lee CS, et al. Narcissism, extraversion and

اثربخشی مشاوره سیستمی بوئن بر قلدری و فرصت‌های رفتاری در خانواده‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی

نویسندگان

راشن عبداللهی^{۱*}، ابوالقاسم عیسی مراد^۲، ایما عبدی^۳

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. A_isamorad_s@yahoo.com

۳. دانشجوی پزشکی دانشگاه رودن روسیه. 1032228693@pfur.ru

چکیده

مقدمه: روابط فرا زناشویی آسیب جبران‌ناپذیری بر زندگی مشترک و روابط میان فردی زوج‌ها تحمیل می‌نماید. از این رو، پژوهش حاضر با هدف «بررسی اثربخشی مشاوره سیستمی «بوئن» بر قلدری و فرصت‌های رفتاری در خانواده‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی» انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی است و برای گردآوری اطلاعات از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است.

جامعه آماری پژوهش را کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌شناسی آرامش شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که از بین آن‌ها ۳۲ نفر (۱۶ زوج) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به‌طور تصادفی (۸ زوج در هر گروه) گمارده شدند. گروه آزمایش مشاوره سیستمی بوئن را در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه‌های «چهارسوار کارگاتمن» (۲۰۱۲) و مقیاس قلدری «الویوس» (۱۹۹۶) بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو بخش توصیفی و استنباطی (کوواریانس) صورت پذیرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که مشاوره سیستمی بوئن در مرحله پس‌آزمون تفاضل میانگین نمرات قلدری و فرصت‌های رفتاری در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار بود ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، مشاوره سیستمی بوئن مداخله‌ای کاربردی در کاهش قلدری و ایجاد فرصت‌های رفتاری در زوج‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی است.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۱۲/۲۷

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۶/۲۶



کلیدواژه‌ها

روابط فرا زناشویی، فرصت‌های رفتاری، قلدری، مشاوره سیستمی بوئن.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

rashinabdollahi@yahoo.com

مقدمه

رابطه فرا زناشویی به غیر از تخریب کانون خانواده و از دست دادن همسری که احتمالاً هنوز مورد علاقه است، حتی در صورت حل اختلافات زوج آسیب‌دیده را، همواره در معرض ترس از احتمال تجربه مکرر پیمان‌شکنی از سوی همسر قرار می‌دهد [۱۱]؛ بنابراین، تجربه رابطه فرا زناشویی ضمن بروز احساس تردید به تخریب فرصت‌های ارتباطی منجر می‌شود [۱۲].

به عقیده «گاتمن»^۵ سرریز هیجان‌های منفی پس از تجربه رابطه فرا زناشویی، چهار رفتار مشکل‌ساز در روابط زوج‌ها را رقم می‌زند [۱۳]. بر اساس نظر گاتمن، اثرگذاری بر واکنش‌های مشکل‌ساز زوج‌ها و خلق فرصت‌های ارتباطی مجدد، نقش مهمی در اصلاح آسیب‌های حاصل از رابطه فرا زناشویی دارد [۱۴]. این چهار رفتار مشتمل بر انتقاد، سرزنش، جبهه‌گیری و سکوت هستند [۱۵].

ظهور این رفتارهای مخرب با افزایش میزان احساسات منفی و تنش در روابط آسیب‌دیده همراه بوده و هر رفتار راه را برای ورود رفتار مخرب بعدی هموار نموده و فرصت‌های ارتباطی را مسدود می‌سازد [۱۴]. همچنین شواهدی وجود دارد که زوجین پس از تجربه رابطه فرا زناشویی، مشکلات زیادی در برقراری مجدد روابط میان فردی تجربه می‌کنند، یکی از این مشکلات قلدری است [۱۶].

«قلدری»^۶ به‌عنوان یک رفتار، کلام و حرکت آزاردهنده تعریف می‌گردد که موجب ترس، وحشت، پریشانی و آسیب جسمی و روانی فرد قربانی می‌شود [۱۷]. قلدری رفتارهای خاصی است که بر دیگران تأثیر منفی می‌گذارد و نمی‌تواند مجموعه‌ای از صفات ثابتی باشد که فرد دارد [۱۸].

Rosen, L. H. Scott, S. R. & Higgins, M. G. (2023). Books and Bullies: Responses to Bullying in Preschool Students. *International Journal of Bullying Prevention*, 1-12.

بلکه به‌صورت کلی می‌توان ادعان داشت قلدری در متون علمی به‌صورت رفتارهای مکرر پرخاشگرانه با هدف آسیب به فردی که قدرت کمتری دارد، تعریف می‌گردد که سه مشخصه ارادی بودن رفتار، نابرابری قدرت و تکرار عمل را شامل می‌شود [۱۹]. قلدری می‌تواند ابعاد مختلفی همچون فیزیکی، کلامی، رابطه‌ای، مجازی و «مبتنی بر فرهنگ»^۷ را

ازدواج به‌عنوان یکی از بنیادهای تقریباً جهان‌شمول بشری، شالوده خانواده را پایه‌گذاری می‌کند. ازدواج رابطه‌ای است که شخص با انتخاب، وارد آن می‌شود [۱]. بقای خانواده بستگی به تداوم رابطه زناشویی دارد [۲]. از این‌رو به نظر می‌رسد؛ مهم‌ترین عامل تهدیدکننده بقا، عملکرد، ثبات و تداوم خانواده روابط فرا زناشویی است [۳]. صاحب‌نظران رابطه «فرا زناشویی»^۱ را برقراری هرگونه رابطه صمیمانه و توأم با نوازش در بعد جنسی و عاطفی با نفر سوم تعریف می‌کنند که تعهد رابطه زناشویی را نقض کند و با رنج‌های عاطفی در همسر خیانت‌دیده همراه باشد [۴]؛ به عبارت دیگر رابطه فرا زناشویی داشتن رابطه‌ای پنهانی (واقعی یا مجازی) با فردی غیر از همسر و شریک قانونی زندگی است که به سه دسته «خیانت عاطفی»^۲، «خیانت جنسی»^۳ و «خیانت عاطفی، جنسی»^۴ تقسیم می‌شود [۵].

بر اساس گزارش‌های حاصل از پژوهش‌ها، این پدیده مخرب روابط میان فردی زوجین، از شیوع بالایی برخوردار است. به‌نحوی که در ایالات‌متحده آمریکا، ۲۲ تا ۲۵ درصد مردان و ۱۱ تا ۱۵ درصد زنان، حداقل یک‌بار رابطه خارج از چارچوب زندگی زناشویی را تجربه نموده‌اند [۶]. اگرچه بر اساس هنجارهای فرهنگی آمار دقیقی در ارتباط با میزان شیوع روابط فرا زناشویی در کشور ایران منتشر نشده است؛ اما برخی از تحقیقات اشارات تلویحی به این مسئله داشته‌اند؛ به‌عنوان مثال نتیجه پژوهشی در خصوص همسرکشی در ۱۵ استان از کشور نشان داده است ۶۷ درصد قتل مربوط به زانی است که به دلیل سوءظن همسر به خیانت توسط آنان به قتل رسیده‌اند [۷]. رابطه فرا زناشویی با توجه به عوارض ناپه‌نجان و نامطلوبی که به همراه دارد، مشکلات مختلفی را هم برای خود فرد ناقض عهد زناشویی و هم برای زوج آسیب‌دیده رقم زده است [۸]؛ رابطه فرا زناشویی در اغلب موارد به متلاشی شدن کانون خانواده و جدایی زوجین از هم منجر می‌شود [۹]؛ به‌طوری که ۳۱ درصد از مردان و ۴۵ درصد زنان علت طلاق خود را روابط فرا زناشویی همسر عنوان نموده‌اند [۱۰].

- 1 . Infidelity
- 2 . Emotional infidelity
- 3 . Sexual infidelity
- 4 . Emotional Sexual infidelity

- 5 . Guttman
- 6 . Bullying
- 7 . Culture-based

پژوهش صنیعی [۱۱] نشان داده، مشاوره سیستمی بوئن مداخله مؤثری در کاهش رفتارهای کنترل‌گرایانه و احساس انسجام در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر است.

حقانی، عابدی، فاتحی‌زاده و آقای [۲۹] نیز نشان دادند زوج‌درمانی سیستمی بوئن می‌تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت و روابط زناشویی زوجین آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی و روابط فرا زناشویی داشته باشد. یافته‌های پژوهش قمری گیوی و اسدی‌حسن‌وند [۲۵] حاکی از آن بود که برای کمک به زوجین دارای گرایش به روابط فرا زناشویی، رویکرد سیستمی رویکرد مناسبی است که روابط میان فردی زوج‌ها را بهبود بخشیده، برای کسانی که دارای مشکلات زناشویی هستند کمک شایانی می‌کند.

پژوهش‌های صورت‌گرفته در این خصوص مؤید آن است که مشاوره سیستمی بوئن می‌تواند آثار مفیدی را بر کاهش رفتارهای مخرب و بهبود روابط در میان زوج‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی خلق نماید. نظر به اینکه علی‌رغم تأثیرات مفید این مداخله درمانی و آموزشی بر مشکلات و جنبه‌های مختلف زندگی افراد تاکنون پژوهشی در مورد اثربخشی این آموزش بر کاهش قلدری و ایجاد فرصت‌های رفتاری در خانواده‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی انجام نپذیرفته، افزون بر این استفاده از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ها می‌تواند جنبه عملیاتی و اجرایی یافته و همچنین زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی فراهم نماید؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره سیستمی بوئن بر کاهش قلدری و ایجاد فرصت‌های رفتاری در خانواده‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی صورت پذیرفت و در پی پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش مشاوره سیستمی بوئن بر کاهش قلدری و ایجاد فرصت‌های رفتاری در خانواده‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی آرامش واقع در غرب شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۴۰۰ بود که جهت دریافت مداخله زوج‌درمانی به‌منظور مواجهه با آسیب‌های

شامل شود. قلدری جسمی در روابط زناشویی به هرگونه خشونت جسمانی و قلدری کلامی به اسم نامناسب گذاشتن و حرف زدن نیش‌دار آزاردهنده به زوج اطلاق می‌گردد. قلدری رابطه‌ای هم به‌صورت آسیب به عزت‌نفس همسر مشخص می‌شود [۲۰]. قلدری به شیوه مجازی اقدام عمدی و تهاجمی یک فرد یا گروهی افراد با استفاده از وسایل الکترونیکی ارتباطی نسبت به همسر قربانی که به‌راحتی قادر به دفاع از خود نیست، شناخته می‌شود [۲۱]. همچنین قلدری مبتنی بر فرهنگ نوع دیگری از قلدری است که ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، دینی، زبانی و ملی است که در رابطه با ناهمگنی قومی در زوجین به‌وضوح دیده می‌شود [۲۲]. خدایر [۲۳] نیز در پژوهش خود نشان داد که قلدری فیزیکی با درماندگی آموخته‌شده و سکوت در همسران رابطه داشته و قابل پیش‌بینی است.

Ibrahim Ibrahim Khodair, M. (2023). Bullying against the wife and its relationship to learned helplessness and marital silence in a sample of wives in the light of some demographic variables. *Journal of Education Studies and Humanities*, 15(3), 701-796.

افزایش طلاق و نارضایتی زناشویی از یک‌سو و تقاضا برای بهبود روابط زناشویی از سوی دیگر نشانگر نیاز زوجین به مداخله‌ها و آموزش‌های تخصصی در این زمینه می‌باشد که با توجه به آسیب‌های برآمده از این پدیده، روان‌شناسان به‌منظور کنترل عوارض جبران‌ناپذیر حاصله به جست‌وجو و به‌کارگیری شیوه‌های نوین برآمده‌اند [۲۴]. یکی از رویکردهای پرکاربرد در این خصوص، مشاوره سیستمی بوئن است. اساس مشاوره سیستمی بوئن بر متعادل‌سازی احساس با هم بودن و مفهوم تفرد استوار است [۱۱].

تئوری نظام‌های خانواده بوئن اظهار می‌کند که افراد در خانواده با هم به‌عنوان یک سیستم واحد عمل می‌کنند. وجه مشخصه این رویکرد منظومه‌ای، توصیف الگوهای تکراری و توالی‌های تعاملی کنش متقابل است که مشکلات، از قبیل روابط فرا زناشویی در آن به وجود می‌آید و با توجه به اینکه منشأ روابط فرا زناشویی از بستر خانواده شکل می‌گیرد، روابط فرا زناشویی یکی از زوجین چهارچوب اصلی خانواده و روابط ایشان را مختل می‌کند [۲۵].

از این‌رو این مشاوره قادر است، نقش مهمی بر رفتارهای مخرب و کنترل‌گرایانه همچون قلدری و خلق فرصت‌های ارتباطی ایفا نماید [۲۶، ۲۷، ۲۸]. در این راستا نتایج

زناشویی زنگ خطر محسوب می‌شود؛ یعنی انتقاد، سرزنش، جبهه‌گیری و سکوت استفاده شده است که به شکل درست و نادرست توسط شرکت‌کننده‌ها پاسخ داده می‌شود. میزان پایایی از روش همسانی برای مردان ۰/۹۲ و برای ۰/۹۴ به دست آمد. در نسخه فارسی میزان پایایی توسط محمدی و پیرخانی (۳۱) ۰/۹۵ به دست آمد. در این تحقیق پایایی مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده و تأیید شد.

ب) پرسشنامه قلدری: این پرسشنامه ۳۹ سؤالی توسط «الویوس»^۲ در سال ۱۹۹۶ ساخته شده و دارای دو خرده‌مقیاس قربانی و قلدری در مقیاس لیکرت از هیچ، یک، دو یا سه، چهار یا پنج و بیش از ۶ بار است. روایی و پایایی این پرسشنامه از طریق همبستگی ۰/۹۰ و ۰/۹۰ گزارش شده است [۳۲]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس قلدری ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس قربانی ۰/۷۹ محاسبه شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از طریق نرم‌افزار SPSS26 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) صورت پذیرفت.

جدول ۱. محتوای جلسات مشاوره سیستمی بوئن (۳۳)

جلسه	محتوای جلسات
اول	خوش آمدگویی، معرفی درمانگر، ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد جهت راحتی اعضا و ایجاد زمینه برای ارتباط با مشاور، آشنایی با قوانین کلی درمان و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	ایجاد اتحاد درمانی با زوج، توضیح در مورد روابط فرا زناشویی، انواع روابط فرا زناشویی و علل آن، مدیریت بحران، اخذ تعهد، ترسیم ژئوگرام روابط فرا زناشویی و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	شناسایی پیامدهای جسمانی، شناختی و رفتاری ناشی از روابط فرا زناشویی در همسر آسیب‌دیده از رابطه فرا زناشویی، مدیریت هیجان، بحث در مورد تفاوت واکنش هیجانی با عقلانی و استفاده از گزینه‌های رفتاری مختلف به جای هدایت شدن توسط هیجان‌های خود، مدیریت کردن هیجان در مواقع مشاجره. تکالیف: بیان دو داستان فرضی از موقعیت‌های مشکل ساز در زندگی و بررسی واکنش‌های هیجانی خود در آن موقعیت‌ها.

ناشی از رابطه فرا زناشویی به این مرکز مراجعه نمودند. نمونه پژوهش شامل ۱۶ زوج (۳۲ نفر) بود که از میان ۳۴ زوج بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند روش نمونه‌گیری از نوع غیر تصادفی و در دسترس بود. شرکت‌کننده‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۸ زوج در هر گروه) جایگزین شدند. از میان ۱۶ زوج (۴ زوجه و ۱۲ زوج) درگیر رابطه فرا زناشویی بوده و در هر گروه ۲ زوجه و ۶ زوج جاگماری شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سابقه رابطه فرا زناشویی، حضور هر دو زوج در جلسات درمان و علاقه‌مندی به شرکت در جلسات درمانی ازدواج اولشان باشد و در زمان انجام پژوهش در یک منزل زندگی کرده و متقاضی طلاق نبوندند و جهت بهبود رابطه به مرکز مراجعه نمودند. معیارهای خروج: عدم تمایل به ادامه همکاری، طلاق قانونی، درگیر شدن مجدد زوجین در روابط فرا زناشویی حین درمان یا مورد سوءاستفاده و قلدری واقع شدن توسط همسر بود.

گروه آزمایش؛ از فنون مشاوره سیستمی بوئن طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت تکالیف هفتگی و منظم توسط پژوهشگر برخوردار شدند (جدول ۱). درحالی‌که در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نمی‌گرفت.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی: الف) تمام شرکت‌کنندگان با تمایل شخصی خود و رضایت مشترک زوجین در این پژوهش شرکت نمودند. ب) اطلاعات پرسشنامه به صورت محرمانه و بدون ذکر نام و نام خانوادگی ثبت گردید.

ضمناً با رعایت اصول محرمانگی و حفظ حریم شخصی و کسب رضایت از شرکت‌کننده‌ها، پس از پایان تمامی مراحل پژوهش، برای افراد گروه کنترل که تمایل داشتند در مداخله شرکت کنند، نیز جلسات مشاوره سیستمی بوئن اجرا گردید.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده شده است: الف) پرسشنامه چهار سوارکار ارتباطات مهلک^۱: این پرسشنامه توسط گاتمن و همکاران [۲۸] طراحی شده است. در این پژوهش از یک مقیاس ۱۵ گویه‌ای با چهار خرده‌مقیاس و رفتاری که از نظر گاتمن برای روابط

ادامه جدول ۱. محتوای جلسات مشاوره سیستمی بوئن (۳۳)

جلسه	محتوای جلسات
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل، تشریح منطق مثلث سازی در خانواده، بررسی اثرات مثلث سازی در تداوم مشکل و کاهش عملکرد خانواده و ارتباط خانوادگی، آموزش فنون نامثلث سازی برای کاهش روان بنه‌های ناسازگار. تکالیف: لیست کردن مثلث‌سازی‌ها در طول هفته در مشاجرات انجام شده با اعضای خانواده و ارائه راهکار برای نامثلث‌سازی.
پنجم	توضیح تاثیر محیط خانواده و مبدأ فرد در زندگی او، بررسی رابطه بین مشکلات فعلی زندگی و مشکلات سابق خانه پدری، بازگشت ذهنی و حتی حضوری به خانه پدری، برای کاهش روان بنه‌های گناه و ... بررسی و اصلاح الگوهای یادگرفته شده و بازخورد. تکالیف: خاطرات خود را در دوران کودکی یادداشت نموده و در رابطه با نقش خود در آن‌ها قضاوت کنند.
ششم	توضیح برای افراد در مورد مفاهیم فراقلمنی خانوادگی و گسلس عاطفی و تأثیر آن‌ها در مشکلات خانواده، آموزش به افراد در مورد ویژگی رابطه بلوغ یافته و گسترش مسئولیت‌پذیری در خانواده، خواستن توضیحاتی در مورد آنچه یادگرفته شده و ارائه بازخورد. تکالیف: بررسی خواسته‌ها و باورهای شخصی خود و فکر کردن به پیامد رفتارهای خود.
هفتم	مسئولیت‌پذیری و خود پیروی (تلاش برای تغییر دادن خود به جای دیگران، کم کردن سرزنش و انتقاد و نحوه درست بیان احساسات و باورهای شخصی برای جایگزین کردن روان بن‌های سازگار). تکالیف: بررسی این سؤال که من در حال حاضر چه کسی هستم و چه باید باشم و بررسی احساسی که در پایان پاسخ به این سؤال دارند.
هشتم	مروری بر تمام جلسات و راهبردهای نهایی برای بهبود وضعیت و اجرای پس آزمون.

جدول ۲. توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی پاسخ‌دهندگان

متغیر	فراوانی		درصد فراوانی
سن	۲۵ تا ۳۵ سال	۱۴	۴۳/۷۵
	۳۶ تا ۴۶ سال	۱۰	۳۱/۲۵
	بیش از ۴۶ سال	۸	۲۵
جنسیت افراد مبادرت نموده به روابط فرزندناشویی	زن	۴	۱۲/۵
	مرد	۱۲	۳۷/۵
مدت زمان درگیری در رابطه فرزندناشویی	کمتر از یک ماه	۲۴	۷۵
	یک ماه تا یکسال	۶	۱۸/۷۵
	بیش از یک سال	۲	۶/۲۵
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۲	۶/۲۵
	تک فرزند	۲۴	۷۵
	دو فرزند و بیشتر	۶	۱۸/۷۵
تحصیلات	کارشناسی	۲۱	۶۵/۶۲
	کارشناسی ارشد	۸	۲۵
	دکتری	۳	۹/۳۸
	مجموع	۳۲	۱۰۰

یافته‌ها

مربوط به تک فرزند بوده که ۷۵ درصد از وزن کل را تشکیل می‌دهد. ۶۵/۶۲ درصد از افراد در سطح کارشناسی، ۲۵ درصد در سطح کارشناسی ارشد بوده و در نهایت ۹/۳۸ درصد از افراد نیز در سطح دکتری می‌باشند (جدول ۲). در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مشتمل بر میانگین و انحراف استاندارد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها مشخص شده است.

۱۲/۵ درصد زنان و ۳۷/۵ درصد مردان مبادرت به رابطه فرا زناشویی نموده، سن ۴۳/۷۵ درصد از افراد بین ۲۵ تا ۳۵ سال؛ ۳۱/۲۵ درصد بین ۳۶ تا ۴۶ سال و سن ۲۵ درصد نیز بالاتر از ۴۶ سال گزارش شده است. مدت زمان درگیری زوجها در روابط فرا زناشویی به ترتیب ۷۵ درصد کمتر از یک ماه، ۱۸/۷۵ درصد بین یک ماه تا یک سال و ۶/۲۵ درصد بیش از یکسال بوده است. بیشترین فراوانی

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های قلدری در گروه‌های مورد مطالعه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون			
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	مؤلفه‌ها
۲/۵۲۳	۲۱/۶۹	۱/۷۰	۳۱/۶۵	آزمایش	قربانی
۱/۳۵	۲۸/۶۲	۲/۷۴	۲۶/۵۰	کنترل	
۳/۷۵	۲۱/۲۵	۲/۳۴	۳۱/۰۶	آزمایش	قلدری
۲/۸۵	۳۰/۸۱	۳/۵۲	۳۰/۲۴	کنترل	
۳/۷۴	۲۱/۲۶	۲/۳۴	۳۲/۰۶	آزمایش	انتقاد
۲/۸۹	۳۰/۷۸	۳/۵۲	۳۰/۲۰	کنترل	
۳/۳۸	۲۰/۷۸	۳/۱۷	۳۰/۲۳	آزمایش	سرزنش
۱/۶۷	۲۸/۸۹	۱/۷۷	۲۸/۱۷	کنترل	
۳/۳۶	۲۱/۶۰	۳/۱۶	۳۰/۳۳	آزمایش	جبهه‌گیری
۱/۶۴	۲۶/۷۸	۱/۶۷	۲۷/۱۲	کنترل	
۰/۸۹	۴/۴۵	۱/۸۷	۸/۷۵	آزمایش	سکوت
۳/۹۷	۸/۰۳	۳/۶۷	۷/۹۸	کنترل	

نرمال بودن متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. همبستگی بین متغیرها در مرحله پیش‌آزمون کمتر از حد مرزی ۰/۹ برآورد شد و فرض بدون مشکل بودن هم خطی چندگانه را تأیید کرد. چون سطوح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده فرض همگنی واریانس متغیرها تأیید شد. از آنجا که تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل معنی‌دار نیست و سطوح معنی‌داری بیشتر از مقدار ۰/۰۵ محاسبه شده است؛ بنابراین فرض همگنی رگرسیون‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها در گروه‌های کنترل و آزمایش تأیید شد. جدول ۴ آزمون معناداری یا عدم معناداری تاثیر مشاوره سیستمی بوئن را بر قلدری نشان می‌دهد.

آن‌گونه که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات مؤلفه‌های قلدری (قربانی و قلدری) و میانگین مؤلفه‌های فرصت‌های رفتاری (انتقاد، سرزنش، جبهه‌گیری و سکوت) در گروه کنترل در دو حالت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تقریباً یکسان بوده و تفاوت قابل توجهی دیده نمی‌شود؛ اما در هر دو گروه آزمایش میانگین نمرات فرصت‌های رفتاری و قلدری زوجین آسیب‌دیده در حالت پس‌آزمون اختلاف قابل توجه با پیش‌آزمون دارد (جدول ۳). قبل از تجزیه و تحلیل یافته‌ها، برای اطمینان از این مطلب که یافته‌های تحقیق پیش فرض‌های اساسی تحلیل کواریانس را تأیید می‌کنند، پیش فرض‌های هم‌خطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون‌ها و

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه پس آزمون‌های دوگروه کنترل و آزمایش در متغیر قلدری

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۲۱/۸۷۸	۱	۲۱/۸۷۸	۲/۰۵۴	۰/۱۶۵	۰/۰۷۲	۰/۲۸۳
گروه	۳۹۸/۲۰۹	۱	۳۹۸/۲۰۹	۳۶/۲۶۳	۰/۰۱	۰/۵۸۰	۱/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطح معناداری متغیر گروه (آماره آزمون برابر با ۳۶/۲۶۳ و سطح معناداری برابر با ۰/۰۱) از ۰/۰۵ کمتر است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان دهنده این مطلب است که پس از

مشاوره سیستمی بوئن در گروه آزمایش قلدری کاهش داشته و در پس آزمون تفاوت معناداری بین دوگروه وجود دارد ($p < 0/01$). جدول ۵ آزمون معناداری یا عدم معناداری تاثیر مشاوره سیستمی بوئن بر فرصت‌های رفتاری است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه پس آزمون‌های دوگروه کنترل و آزمایش در متغیر فرصت‌های رفتاری

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۲۱/۸۴۷	۱	۲۱/۸۴۷	۲/۰۷۸	۰/۱۶۳	۰/۰۶۸	۰/۲۷۴
گروه	۳۹۵/۲۱۹	۱	۳۹۵/۲۱۹	۳۵/۲۷۸	۰/۰۱	۰/۵۳۰	۱/۰۰۰

آن چنان که نتایج حاصل از جدول ۵ نشان می‌دهد، سطح معناداری متغیر گروه (آماره آزمون برابر با ۳۵/۲۷۸ و سطح معناداری برابر با ۰/۰۱) از ۰/۰۵ کمتر است. یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین نمرات فرصت‌های رفتاری پس از مشاوره سیستمی بوئن در گروه آزمایش تغییر داشته و این تغییر به لحاظ آماری نیز معنادار تشخیص داده شد ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مشاوره سیستمی بوئن بر کاهش قلدری و ایجاد فرصت‌های رفتاری در خانواده‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که مشاوره سیستمی بوئن تأثیر معناداری بر کاهش قلدری دارد و مشاوره سیستمی بوئن موجب کاهش قلدری در خانواده‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های [۱۱، ۲۷] همسویی دارد. بر اساس نتایج پژوهش‌ها برنامه آموزش مشاوره سیستمی بوئن بر قلدری و فرصت‌های رفتاری مؤثر بوده است؛ زیرا شناخت‌ها، باورها، نگرش‌ها و رفتارهای زوجین را نشان رفته و سعی در تعدیل و یا تغییر آن‌ها در روابط زوجین دارد و موقعیت‌هایی را فراهم می‌نماید تا زوجین بتوانند نسبت به همدیگر نگرش‌ها و هیجانات منفی را کاهش داده و با افزایش هیجانات مثبت در نهایت روابط

باکیفیت‌تر را در زندگی زناشویی خود تجربه نمایند. بوئن نیز معتقد بود که افراد خانواده درون یک سیستم هیجانی زندگی می‌کنند که نقش مهمی در کیفیت روابط بین فردی روانی آن‌ها دارد [۳۳]. صنیعی [۱۱] معتقد است مشاوره سیستمی بوئن باعث کاهش رفتارهای مخرب و کنترل‌گرایانه در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر شده است. همچنین تحقیقات مجرد و همکاران [۲۷] مؤید این مطلب است که مشاوره سیستمی بوئن به بهبود فضای ارتباطی و همدلی بیشتر در زوجین کمک می‌کند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت در درمان سیستمی بوئن با افزایش بینش طرفین نسبت به خود و یکدیگر می‌توان باعث تسریع پردازش‌های بین فردی گردید که این امر موجب کاهش رفتارهای قلدرمانه و کنترل‌گرانه و افزایش همکاری شفاف‌تری می‌گردد؛ به نحوی که پردازش زوجین از موقعیت آرام‌تر شده و کاهش تمایلات خودمحورانه را برای کسب منافع شخصی در پی دارد؛ و در نتیجه این درمان باعث می‌گردد زوجین به نقطه نظرات همدیگر توجه بیشتری نموده و از توسل به قلدری دوری نمایند.

همچنین یافته‌های حاصل از پژوهش مؤید این مطلب است که مشاوره سیستمی بوئن موجب ترمیم و بهبود فرصت‌های رفتاری در خانواده‌های آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی شده است و یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین

دیگران، افزایش مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله افراد را قادر می‌سازد بدون توسل به قلدری و رفتارهای آسیب‌رسان مشکلات را حل نمایند.

سیستم بوئن می‌تواند منجر به رشد فکری و عاطفی موجب ترمیم و بهبود فرصت‌های رفتاری در زوجین گردد بنابراین انتظار می‌رود که این پژوهش فرصتی باشد تا زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش راجع به خود و روابط و رفتارشان با همدیگر نگاه متفاوتی داشته باشند و از سرزنش کردن و دنبال مقصر بودن دست بردارند.

بنابراین شرکت زوجین در برنامه‌های آموزشی باعث می‌شود آنان با یادگیری مهارت‌های سالم از روش‌های مذاکره و حل مسئله به جای قلدری و رفتارهای تخریب‌گرانه و ترمیم و بهبود فرصت‌های رفتاری استفاده کنند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش: محدود بودن نمونه مطالعه به زوجین غرب شهر تهران و محدودیت زمانی (شش ماه دوم سال ۱۴۰۰)، تعمیم نتایج را با دشواری مواجه می‌سازد. از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این پژوهش در میان سایر زوجین نیز انجام گیرد. با توجه به اثرات مفید مشاوره سیستمی بوئن بر کاهش قلدری و خلق فرصت‌های رفتاری شایسته خانه‌های سلامت، مراکز مشاوره، مراکز بهزیستی ارائه‌دهنده خدمات به زوجین و همچنین مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی به کاربرد و همچنین پژوهش‌های کامل‌تر به این مهم اقبال بیشتری نمایند.

منابع:

1- Yang Z, Zhang H, Kwan HK, Chen S. Crossover effects of servant leadership and job social support on employee spouses: The mediating role of employee organization-based self-esteem. *Journal of Business Ethics*. 2018 Feb;147(3):595-604.

۲- فلاحیان، حسین؛ میکاییلی، نیلوفر؛ یوسفی یزدانی، متین (۱۳۹۸). پیش‌بینی روابط فرا زناشویی بر اساس کیفیت عشق، سبک‌های حل تعارض و تعهد زناشویی. *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۵(۱)، صص ۷۶-۵۹.

<https://ricest.ac.ir>

۳- فاطمی اصل، شهریار؛ گودرزی، محمود؛ کریمی ثانی، پرویز و بوستانی‌پور، علیرضا (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی تحلیل روابط محاوره‌ای بر احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی در شهرستان سلماس. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۶(۱۰)، صص ۷۱۸-۷۰۹.

<http://jsr-p.khuisf.ac.ir>

نمرات فرصت‌های رفتاری پس از مشاوره سیستمی بوئن در گروه آزمایش تغییر داشته است. نتایج پژوهش با یافته‌های قمری گیوی و اسدی حسن‌وند [۲۵] همسو است. این پژوهشگران در تحقیقات خود نشان دادند که مشاوره سیستمی بوئن برای کمک به زوجین دارای گرایش به روابط زناشویی، رویکرد مناسبی است که با ایجاد فرصت برای صمیمیت و بخشش آن‌ها را در ترمیم روابط خود کمک می‌کند.

در تبیین این یافته هم می‌توان گفت در خانواده‌درمانی سیستمی بوئن، مشکلات و چالش‌های خانواده، منعکس‌کننده مسائل اصلی خانواده است و این مسائل حل نشده می‌تواند به صورت رفتارهای منطبق بر نشانه‌های اعم از بیماری و یا رفتارهای تخریب‌گرانه باشد [۳۴]. به نظر می‌رسد تداوم دور تسلسل آسیب‌های ناشی از روابط فرا زناشویی ناشی از برداشت زوجین در خصوص رابطه آسیب‌دیده است. مشاوره سیستمی بوئن با ارتقای رشد فکری زوجین آسیب‌دیده این فرصت را برای ایشان فراهم می‌سازد تا در رفتارهای خود نسبت به دیگری بازنگری داشته و با پذیرش مسئولیت خود در آسیب روابط زناشویی، به دور از جبهه‌گیری و سرزنش یکدیگر، به تکاپوی ایفای نقش خود در حل آسیب حاصل از روابط فرا زناشویی بپردازند. مشاوره سیستمی بوئن همچنین با ارتقای رشد عاطفی زوجین به پذیرش نقایص همسر و انعطاف‌پذیری و واکنش مناسب در برابر یکدیگر کمک می‌کند. این مشاوره همچنین از طریق ایجاد بستر مناسب برای رسیدگی به نیازهای فردی، به پذیرش انتقادهای سازنده از سوی همسر و همچنین متخصصان حائز صلاحیت در جهت ترمیم و اصلاح رفتار و همچنین ابراز محبت و تعلق خاطر به زندگی مشترک و همسر کمک شایسته‌ای می‌نماید.

مشاوره سیستمی با اصلاح نگرش هریک از زوجین نسبت به همسر، خودشان، روابطشان و نقشی که هر کدام از آن‌ها در ایجاد رابطه فرا زناشویی در سایه روابط مخرب و ناکارآمد ایفا می‌کنند، موجب می‌شود خشم انباشته‌شده زوجین نسبت به یکدیگر کاهش یابد رفتارهایی که سبب رفتارهای مخرب و قلدرمآبانه و بروز اختلافات و سرزنش‌ها و ... می‌شود [۳۵]. در واقع می‌توان اذعان داشت که آموزش و یکارگیری مهارت خانواده‌درمانی بوئن در سوق دادن زوجین به طرف خانواده اصلی و رفع مسائل حل‌نشده نقش مهمی داشته و همچنین در ایجاد ارتباط سازگارانه با

۱۳- اصلاحی، نوشین؛ عارفی، مختار؛ حسینی، سعیده سادات و امیری، حسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و شناختی - سیستمی گاتمن بر هماهنگی زناشویی زوج‌های متعارض. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۷(۷۱)، صص ۸۵۴-۸۴۹. <http://jdisabilstud.ir>

۱۴- مرتضوی، مهناز؛ رسولی، رؤیا؛ حسینیان، سیمین؛ زارعی، حسن (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه پیشگیری و بهبود رابطه مبتنی بر رویکرد تلفیقی گاتمن و گلاسر بر عشق، احترام و صمیمیت زناشویی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۱(۲)، صص ۱۴۹-۱۲۷. <https://japr.ut.ac.ir>

۱۵- هواسی، ناهید؛ محسن‌زاده، فرشاد؛ زهراکار، کیانوش (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی زوج درمانی گروهی به روش گاتمن بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجین. *نشریه روان پرستاری*، ۴(۶). <https://jfmh.mums.ac.ir>

۱۶- ضیایی، مریم (۱۳۹۴). تبیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتارهای کنترل‌گرایانه زن وشوهر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.

۱۷- حاجی علیانی، وحید؛ نوری، ربابه (۱۴۰۰). بررسی رفتار قلدرانه براساس سبک‌های فرزندپروری و دلبستگی: یک مطالعه مروری. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۵)، صص ۲۰۸-۱۹۶. <https://frooyesh.ir>

18-Rosen, L; H. Scott, S. R. & Higgins, M. G. (2023). Books and Bullies: Responses to Bullying in Preschool Students. *International Journal of Bullying Prevention*, 1-12

19-Salmon, S; Turner, S; Taillieu, T; Fortier, J; & Afifi, T. O. (2018). Bullying victimization experiences among middle and high school adolescents: Traditional bullying, discriminatory harassment, and cybervictimization. *Journal of Adolescence*, 63, 29-40.

20-Marengo, D; Fabris, M. A; Prino, L. E; Settanni, M & Longobardi, C. (2021). Student-teacher conflict moderates the link between students' social status in the classroom and involvement in bullying behaviors and exposure to peer victimization. *Journal of Adolescence*, 87, 86-97. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.01.005>

۴- چوپانی، موسی؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ آسنجرانی؛ فرامرزی و ماریو دی کاسترو کوریا (۱۴۰۰). پدیدارهای وجودی در خیانت زناشویی مردان. *خانواده پژوهی*، ۱۷(۶۷)، صص ۵۱۳-۴۸۳. <https://jfr.sbu.ac.ir>

5- Labrecque LT, Whisman MA. Attitudes toward and prevalence of extramarital sex and descriptions of extramarital partners in the 21st century. *Journal of Family Psychology*. 2017 Oct;31(7):952.

6- Harris, C. (2018). Characteristics of Emotional and Physical Marital Infidelity That Predict Divorce. (Doctoral dissertation, Alliant International University).

۷- فتحی، منصور؛ پروین، ستار و جوادیان، سید رضا (۱۳۹۵). مقایسه علل بی‌وفایی مردان و زنان در روابط فرا زناشویی: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیق کیفی در علوم سلامت*، ۵(۴)، صص ۴۱۸-۴۰۱. <http://jqrl.kmu.ac.ir>

8- Fincham, F.D. May, R.W. (2016). Infidelity in romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 70-74. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.008>

۹- عباسی، مرتضی؛ سودانی، منصور؛ رجبی، غلامرضا و خجسته‌مهر، رضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان بین سیستمی پیمان‌شکنی بر اعتماد زناشویی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱۰(۲)، صص ۳۹-۶۲. <http://jzvj.marvdasht.iau.ir>

۱۰- فتح‌اللهی، لیلا (۱۳۹۹). رابطه استفاده از فضای مجازی و تنظیم هیجان با گرایش به روابط فرا زناشویی در زوجین دومین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی، ۱۵ اردیبه‌ماه، مردادماه. <http://uma.ac.ir>

۱۱- صنیعی، سحر (۱۴۰۰). اثربخشی مشاوره سیستمی بوئن بر رفتارهای کنترل‌گرایانه و احساس انسجام در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱۰(۱۴)، صص ۱-۱۳. <http://jnip.ir>

12-Davies, A. Nouruzi, S. Ganguli, D. Namekawa, T. Thaper, D. Linder, S. & Zoubeidi, A. (2021). An androgen receptor switch underlies line age infidelity in treatment resistant prostate cancer. *Nature Cell Biology*, 23(9), 1023-1034. <https://doi.org/10.1038/s41556-021-00743-5>

- 28-Messina, K. C; Kolbert, J. B; Bundick, M. J; Crothers, L. M; & Strano, D. A. (2018). The impact of counseling on Bowen's differentiation of self. *The Family Journal*, 26(2), 150-155. <https://doi.org/10.1177/1066480718776197>
- ۲۹- حقانی، مریم؛ عابدی، احمد؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ آقایی، اصغر (۱۳۹۸). هم‌سنجی تأثیر بسته زوج‌درمانی تلفیق سیستمی بوئن و هیجان‌مدار جانسون و زوج‌درمانی یکپارچه بر کیفیت زندگی زناشویی زوجین آسیب‌دیده. *مجله علوم پزشکی صدر*، ۸(۱)، صص ۲۸-۱۱.
- 30-Gottman J, Silver N. (2012). What makes love last?: How to build trust and avoid betrayal. Simon and Schuster.
- ۳۱- محمدی، سحر؛ پیرخائفی، علیرضا (۱۳۹۳). ساخت و اعتباریابی مقیاس کیفیت روابط زناشویی با تأکید بر تئوری انتخاب گلاسر. *فصلنامه انداز/زه‌گیری تربیتی*، ۱۸(۵)، ۷۶-۴۵. <https://doi.org/10.22054/jem.2015.789>
- ۳۲- نادری، ایمان (۱۳۹۲). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر عزت نفس و تعلق به مدرسه دانش‌آموزان قربانی قلدری در مدرسه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- ۳۳- سفیداری، لیلیا؛ محمدزاده ابراهیمی، علی؛ همت افزار، پروین (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر اضطراب مزمن و تمایز یافتگی در مبتلایان به اختلالات روان‌تنی، *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۱(۱۵)، صص ۱۳۷۵-۱۳۸۹. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1709-fa.pdf>
- 34-Mirzanezhad, B. (2020). The Effect of problem-solving based family therapy on emotional intimacy and marital quality f cultural couples in Tabriz. *The American Journal of Family Therapy*, 48(5), 405-430. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1765894>
- ۳۵- شیرزادی، شاداب؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ دوکانه‌ای فرد، فریده (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی خانواده درمانی بوئن و مینوچین بر کاهش طلاق عاطفی و بهبود کیفیت زندگی زوجین مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت. *فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی*، ۹(۳)، صص ۴۰-۲۶. <https://jearq.riau.ac.ir>
- 21-Wang, G. F; Han, A. Z; Zhang, G. B; Xu, N; Xie, G. D; Chen, L. R; ... & Su, P. Y. (2020). Sensitive periods for the effect of bullying victimization on suicidal behaviors among university students in China: the roles of timing and chronicity. *Journal of affective disorders*, 268, 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.049>
- 22-Malecki, C. K; Demaray, M. K; Smith, T. J; & Emmons, J. (2020). Disability, poverty, and other risk factors associated with involvement in bullying behaviors. *Journal of school psychology*, 78, 115-132. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.01.002>
- 23-Ibrahim Ibrahim Khodair, M. (2023). Bullying against the wife and its relationship to learned helplessness and marital silence in a sample of wives in the light of some demographic variables. *Journal of Education Studies and Humanities*, 15(3), 701-796.
- ۲۴- سعادت‌ی شامیر، ابوطالب؛ زارع، الهام؛ صنیعی، ماندانا (۱۳۹۷). اثربخشی زوج‌درمانی به روش گاتمن بر عملکرد خانواده و سازگاری زناشویی در زوجین متقاضی طلاق. *نشریه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، زمستان ۱۳۹۷*، ۵(۲). <http://ijrn.ir>
- ۲۵- قمری گیوی، حسین؛ اسدی حسن‌وند، اسد (۱۳۹۹). بررسی میزان تأثیر زوج‌درمانی سیستمی بر صمیمیت، مؤلفه‌های بخشودگی و خودکشی مردان دارای گرایش به روابط فرا زناشویی (خیانت) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز. دومین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی، ۱۵ اردیبهشت، مردادماه. <http://uma.ac.ir>
- 26-Healy, R. W; & Allen, L. R. (2020). Bowen family systems therapy with transgender minors: A case study. *Clinical Social Work Journal*, 48(4), 402-411. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00704-4>
- 27-Mojarrad, A; Ghamarigivi, H; & Kiani, A. (2019). Effectiveness Bowen Systemic Consulting on forgiveness and marital burnout in maladaptive women. *Quarterly Journal of Women and Society*, 9(36), 275-290. <https://doi.org/10.22098/jhrs.2021.1329>

تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی: مطالعه کیفی

نویسندگان

اسما آزادی^{۱*}، سعیده سنجرانی^۲، علیرضا بخشایش^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی، دانشگاه دولتی یزد، یزد، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی، دانشگاه دولتی یزد، یزد، ایران.
ssanjarany.psy94@gmail.com

۳. دانشیار روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.
abakhshayesh@yazd.ac.ir

چکیده

مقدمه: سوءاستفاده جنسی در کودک یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی و از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت روان در کودکان است. کودکی که سوءاستفاده جنسی را تجربه می‌کند، در معرض خطر بیشتری برای سایر تجارب منفی در دوران کودکی است.

روش: پژوهش حاضر با هدف بررسی تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی انجام گرفته است. در همین راستا، ۸ نفر از دخترانی که سوءاستفاده جنسی را در دوران کودکی تجربه کرده بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته مورد مطالعه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا داده‌ها، ثبت شدند و با استفاده از روش گلازیری کدگذاری شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج تحلیل تجربه زیسته دختران در مورد سوءاستفاده جنسی در چهار مضمون: خیانت، خودسرزنش‌گری، انگ زدن و آسیب روانی جای گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه بر اهمیت اقدامات پیشگیرانه و توجه بیش‌ازپیش خانواده‌ها و نهادهای اجتماعی در حمایت از کودکان و پیشگیری از سوءاستفاده جنسی در دختران تأکید دارد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۱۲/۲۹

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۶/۲۱



کلیدواژه‌ها

تجربه زیسته، سوءاستفاده جنسی، کودکان، دختران.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

asmaazadpsy@gmail.com

مقدمه

بسیار متفاوتی را در بزرگسالی نشان می‌دهند [۸]. تحقیقات و ادبیات بالینی نشان می‌دهد دخترانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، بیش از دخترانی که قربانی خشونت نبوده‌اند، سابقه اقدام به خودکشی و صدمه به خود [۹] اختلالات سوماتیک [۱۰] اختلال اضطراب فراگیر [۱۱] [افسردگی [۱۲] و علائم استرس پس از سانحه [۱۳] داشته‌اند. تجربه آزار جنسی در کودکی با اختلال عملکرد جنسی در بزرگسالی نیز همراه است و منجر به تصویر ذهنی منفی از خود و کاهش عملکرد جنسی می‌شود [۱۴]. علاوه بر این، آن‌ها از یک تصویر بدنی منفی، عزت‌نفس پایین [۱۵] و از اختلال شخصیت مرزی نسبت به دختران بدون سابقه سوءاستفاده رنج می‌برند [۱۶]. اکثر کودکانی که مورد آزار و اذیت جنسی قرار می‌گیرند، در برخی از مراحل زندگی خود، به‌طور متوسط تا شدید، دارای علائم روانی خواهند بود. تجربه سوءاستفاده جنسی، احساس ناتوانی در کودک ایجاد می‌کند و باعث شکل‌گیری احساس عدم کنترل بر روی شرایط و موقعیت‌های مختلف در وی می‌شود. این احساس عدم کنترل به‌عنوان یک عامل استرس‌زا عمل می‌کند که بر رشد عصبی قربانیان زن و مرد تأثیر دارد. در واقع سوءاستفاده جنسی از کودکان یک عامل خطر شناخته شده و شایع در آسیب‌شناسی روانی است، اگرچه میزان آن در فرهنگ‌ها و زمینه‌ها متفاوت است [۱۷].

قربانیان معمولاً طیف وسیعی از مشکلات جسمی و روانی را در کوتاه‌مدت و بلندمدت نشان می‌دهند. حتی در مقایسه با سایر انواع سوءاستفاده‌ها، تأثیرات سوءاستفاده جنسی مهلک‌تر است. کودکان در معرض سوءاستفاده جنسی علائم روان‌شناختی به‌مراتب بالاتری نسبت به کودکان در معرض انواع دیگر سوءاستفاده‌ها گزارش می‌دهند [۱۸]. از این رو آن‌ها مشکلات بیشتری را در رابطه با بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و رفتارهای پرخطر جنسی و افزایش نیاز به حمایت پزشکی در طول زندگی گزارش کرده‌اند [۱۹]. متأسفانه، ویژگی‌های فرهنگی ایران موجب گردیده تا مسائل جنسی تبدیل به تابو شود، تابویی که مانع فراهم آمدن بستری مناسب برای گفتمان سالم در این باره شده است. روشن است نبود آموزش موضوعات جنسی و در نتیجه عدم اطلاعات کافی عموم افراد در این زمینه، پیامدهای ناگواری را به همراه دارد. تابو شدن مسائل

سوءاستفاده جنسی از کودکان یکی از نگرانی‌های مهم بهداشت عمومی است که با طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب همراه می‌باشد و در تمام زمینه‌های فرهنگی و اقتصادی - اجتماعی به طرق مختلف رخ می‌دهد [۱]. متأسفانه ۲۱۷ نشریه بر اساس ۳۳۱ نمونه مستقل شامل حدود ۱۰ میلیون نفر، شیوع جهانی ۱۲ درصد را گزارش کرده است [۲]. «سازمان بهداشت جهانی»^۱ (WHO) در سال ۲۰۰۲ تخمین زده است که ۱۵۰ میلیون دختر و ۷۰ میلیون پسر زیر سن ۱۸ سال به اشکال مختلف تجربه خشونت جنسی داشته‌اند. میزان شیوع و جنسیت برای سوءاستفاده جنسی نشان‌دهنده شیوع بالاتر در دختران نسبت به پسران می‌باشد. در واقع دختران دو تا سه برابر بیشتر از پسران در معرض آزار جنسی قرار دارند. محمدی، زرافشان و خالقی [۳] نیز شیوع سوءاستفاده جنسی در ایران را بین هر دو جنس ۹/۷ تا ۶۷/۵ درصد گزارش نموده‌اند. اگرچه کودکان از هر دو جنس در برابر سوءاستفاده جنسی آسیب‌پذیر هستند، دختران در معرض خطر بالاتری قرار دارند [۴]. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، «سوءاستفاده جنسی از کودکان»^۲ شامل درگیر کردن کودک در فعالیت جنسی که او آن را به‌طور کامل درک نمی‌کند، قادر به رضایت آگاهانه نیست و یا کودک از لحاظ رشدی برای آن آماده نشده است [۵]. سوءاستفاده جنسی از نوع تماس و عدم تماس می‌باشد. سوءاستفاده جنسی از طریق تماس با دخول مانند تجاوز جنسی و رابطه جنسی دهانی و در نوع غیر تماسی با وادار کردن کودک به تماشای تصاویر جنسی، تشویق کودکان به انجام اقدامات جنسی غیرمعمول و نطافت کودک به‌عنوان روشی از آمادگی برای سوءاستفاده جنسی مشخص می‌شود [۶]. در بیشتر موارد، سوءاستفاده جنسی توسط یکی از اعضای خانواده یا شخص دیگری که برای قربانی شناخته شده است، صورت می‌گیرد. سوءاستفاده جنسی توسط یکی از اعضای خانواده، آسیب‌رسان‌ترین نوع سوءاستفاده از دختران است که به‌عنوان یک هدف آسان برای سوءاستفاده در نظر گرفته می‌شود [۷]. قربانیان کودک آزاری، پیامدهای بهداشت روانی

1 . World Health Organization

2 . Child abuse sexual

جنسی، موجب تجربه احساس شرم به هنگام صحبت درباره این موضوعات شده است. نمونه عینی تأثیر فرهنگ در ایجاد احساس شرم را می‌توان در واژه شرمگاه دانست. در جامعه‌ای که از همان ابتدا به کودک آموخته می‌شود تا از اندام خود شرمگین باشد، حرف زدن از قربانی جنسی واقع شدن، بس دشوار است. از این رو، با توجه به این که جنبه های مختلف قربانی شدن تأثیرات متفاوتی بر پیامدهای روان‌شناختی دارند، برای بهینه‌سازی درک نظری ما از قربانی شدن و تأثیرات آن و همچنین برای هدایت تلاش‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای بر آن شدیم تا در این پژوهش، تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در کودکی را مورد بررسی قرار داده و ابعاد سوءاستفاده را از دید قربانیان این نوع خشونت به تصویر بکشیم.

روش پژوهش

با توجه به هدف پژوهش، روش به کار برده شده در این پژوهش، کیفی با رویکرد پدیدارشناسی^۱ می‌باشد. پدیدارشناسی با تکیه بر فهم افراد از وقایع، سعی در شناخت تجربه زیسته‌ی افراد دارد. روش پدیدارشناسی، به جای ارائه یک پیش‌فرض و گشتن به دنبال شواهدی در راستای اثبات آن، به دنبال توصیف ساختار یک پدیده روان‌شناسی است تا بتوان آن پدیده را نسبت به سایر روش‌ها عمیق‌تر درک کرد [۲۰]. بر همین اساس، این مطالعه به بررسی تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در کودکی پرداخته است. برای انتخاب شرکت‌کنندگان در این پژوهش، روش نمونه‌گیری هدفمند به کار رفته بود. جامعه آماری شامل تمام دختران دارای تجربه سوءاستفاده جنسی کامل در کودکی در شهرستان یزد بود که به کلینیک روان‌شناختی دانشگاه یزد مراجعه کرده بودند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت و تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. از آنجایی که در روش‌های کیفی، محقق درصدد دستیابی به تعمیم پذیری یافته‌ها نیست، حجم نمونه خیلی بزرگ نبوده و نمونه‌گیری در سطح کلان نیاز نیست؛ بنابراین مصاحبه با اولین شرکت‌کننده شروع شد و بعد از رسیدن به اشباع اطلاعاتی یعنی ۸ نفر مشارکت‌کننده به اتمام رسید. در مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، پژوهشگر فهرستی از پرسش

ها یا صرفاً موضوع‌های اصلی پژوهش موردنظر را تهیه می‌کند. مصاحبه‌گر الزامی به رعایت ترتیب در مطرح کردن این سؤال‌ها ندارد. همچنین با توجه به پاسخ‌های مصاحبه‌شونده، پرسش‌های دیگری نیز مطرح می‌کند یا به تفحص بیشتر در پاسخ‌های مصاحبه‌شونده می‌پردازد. در واقع از آزادی و اختیار کافی برخوردار است. برای تحلیل یافته‌ها از روش تجزیه و تحلیل «کلایزی»^۲ استفاده شد. روش کلایزی، یکی از انواع روش پدیدارشناسی در تحقیقات کیفی است که در هفت گام انجام می‌شود. تحلیل پدیدارشناسی از دشوارترین شیوه‌های تحقیق یا تحلیل داده است، زیرا بعد فلسفی آن بسیار وسیع‌تر و سنگین‌تر از بعد عملی آن است. هدف تحلیل پدیدارشناسی، درک و استخراج معنای موجود در پدیدار یا ذات پدیده مورد مطالعه است. در مرحله اول تمام مصاحبه‌ها با دقت خوانده شد و بارها مرور شد تا یک معنای کلی درباره محتوای آن به دست آید. در مرحله بعد جملات مهم مرتبط با تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی شناسایی و در برگه دیگری یادداشت و کدگذاری شدند. در مرحله سوم از هر عبارت یک جمله بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر فرد بود، مفهوم‌سازی شد. در مرحله بعدی این معانی فرموله شده در مقولات، دسته‌ها و درون‌مایه‌ها طبقه‌بندی شدند. در مرحله پنجم یافته‌ها در یک توصیف منسجم از پدیده موردنظر ادغام شدند. بعد ساختار اساسی پدیده توصیف و در مرحله پایانی، فرایند اعتباربخشی با ارجاع به برخی از شرکت‌کنندگان و پرسش درباره اینکه آیا یافته‌ها واقعاً انعکاس تجربه آن‌هاست، انجام شد. به منظور صحت و اعتبار داده‌های پژوهش، درون‌مایه‌ها و توضیحات آن‌ها به تعدادی شرکت‌کنندگان داده شد تا معلوم شود تفسیر نتایج، مشابه با نظر ایشان است. اگر مغایرتی بین تفسیر نتایج با نظر شرکت‌کننده وجود داشت، دوباره از فرد سؤالاتی پرسیده شد و نتایج نهایی به فرد ارائه شد. از دیگر اقدامات برای افزایش اعتبارپذیری، اختصاص زمان طولانی برای درگیری با جزئیات مصاحبه‌ها و تحلیل تناقضات بود. جهت بررسی قابلیت اطمینان نیز، متن مصاحبه‌ها به صورت اولیه به یک ناظر بیرونی متخصص در امر تحقیق کیفی داده شد تا میزان مشابهت درون‌مایه‌ها بررسی شود. وی با توجه به برداشت خود کدگذاری‌هایی

2 . Colaizzi

1 . Phenomenology

جدول ۲. مضمون‌ها و خرده مضمون‌ها

مضمین اصلی	مضمین فرعی
خیانت	ناامنی و اعتماد
خودسرزنش‌گری	شرم و گناه
انگ زدن	پیش‌داوری و تابو
آسیب روانی	افسردگی و خودکشی

(۱) خیانت

یکی از مضامین اصلی تجربه دختران از تجاوز جنسی، احساس خیانت بود. احساسی که بازگوکننده ناباوری افراد از آسیب‌زن دیگری مهم و فرد مورد اعتماد بود. احساسی که باعث سردرگمی و آشفتگی بسیاری برای آنان شده بود و چرخه رنج‌آوری از احساسات دردناک را برای آنان به وجود آورده بود. دو مضمون فرعی در درون‌مایه خیانت، عبارت بودند از: ناامنی و اعتماد.

۱-۱- ناامنی: «همش می‌ترسیدم، احساس می‌کردم تمام اعضای خانوادم ممکنه اذیتم کنند» (کد ۲). «گیج بودم، همش فکر می‌کردم چرا برادرم باید همچین کاری بکنه» (کد ۴). «احساس می‌کردم همشون آدمای بدی هستند، حتی خواهر و برادرم». «اگه مامانم بهم دست می‌زد، احساس بدی پیدا می‌کردم، احساس امنیت نداشتم» (کد ۷).

۱-۲- اعتماد: «با دخترخاله و پسرخاله‌هامم دیگه جرئت نمی‌کردم بازی کنم، فکر می‌کردم شاید اونا هم بد باشند» (کد ۳). «می‌ترسیدم با بقیه برم بیرون، توخونه بازی می‌کردم فقط» (کد ۵). «انگار دیگه به هیچ‌کس اعتماد نداشتم، غیرقابل‌پیش‌بینی بودند برام» (کد ۶).

(۲) خودسرزنش‌گری

در توصیف شرکت‌کنندگان از تجربه خود، احساس خودسرزنش‌گری به صورت‌های مختلفی نمود می‌یابد. این بخش از تجربه دختران به دو شکل «شرم» و «گناه» پدیدار شد.

۱-۲- شرم: «احساس بدی داشتم، خجالت می‌کشیدم از خودم و بقیه» (کد ۱). «احساس شرم شدیدی تجربه

انجام داد. در کدگذاری بین پژوهشگر و ناظر ۸۰٪ هماهنگی بود. در مواردی که اختلاف نظری وجود داشت، تلاش شد از طریق بازنگری داده‌ها، نظرات به هم نزدیک شود.

معیارهای ورود شامل: بزرگ‌سال بودن، تمایل به مشارکت در تحقیق و تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل سواد نداشتن، تجربه سوءاستفاده جنسی در بزرگسالی به جای کودکی و سن کمتر از ۱۸ سال بود. از شرکت‌کنندگان در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه گرفته شد و توضیحات لازم به داوطلبان شرکت در تحقیق، توسط پژوهشگر ارائه گردید. همچنین به آنان اطمینان داده شد که با استفاده از اسم مستعار، اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

کد	سن	تحصیلات	شغل
۱	۲۴	لیسانس	خانه‌دار
۲	۳۶	فوق‌لیسانس	کارمند
۳	۲۱	لیسانس	خانه‌دار
۴	۲۹	لیسانس	کارمند
۵	۲۵	فوق‌لیسانس	دانشجو
۶	۳۱	لیسانس	خانه‌دار
۷	۳۳	فوق‌لیسانس	مهندس کامپیوتر
۸	۲۲	لیسانس	دانشجو

یافته‌ها

هدف از این مطالعه، بررسی تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در کودکی بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که تجربه این افراد در قالب ۴ درون‌مایه اصلی قرار می‌گیرد که عبارت‌اند از: خیانت، خودسرزنش‌گری، انگ زدن و آسیب روانی. در جدول ۱ ساختار ارتباطی آن‌ها با یکدیگر ارائه شده است. در ادامه، این مضامین و زیرمجموعه‌های آن‌ها به تفصیل مطرح می‌شوند.

۴) آسیب روانی

تحلیل تجربه زیسته دختران نشان داد که «آسیب روانی» یکی از مضمون‌های بسیار مهم در تجربه تجاوز است. این مضمون به سمپتوم‌ها و علائم روانی ایجادشده در افراد اشاره داشت که غالب‌ترین آن‌ها در دو مضمون فرعی «افسردگی» و «خودکشی» جای می‌گرفتند.

۴-۱- افسردگی: افسردگی یکی از اصلی‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی در افرادی است که تجربه تجاوز جنسی داشته‌اند. «من مدت‌هاست که درگیر افسردگی هستم و دارودرمانی انجام می‌دم، افسردگی بزرگ‌ترین تشخیصیه که تا الان داشتم» (کد ۳). «سال‌هاست که افسرده‌ام و انگیزه‌ای برای زندگی ندارم، افسردگی بدترین رنجیه که دارم تحمل می‌کنم» (کد ۴). «از وقتی که یادام میاد افسرده‌ام، همیشه بی‌انگیزه و بدون امیدم» (کد ۷).

۴-۲- خودکشی: اقدام به خودکشی یا ایده خودکشی، جزء لاینفک تجربه زیسته دختران از تجاوز جنسی بود؛ راه حلی برای نجات خود از رنج زندگی. «از خودم می‌ترسم، از این‌که بخوام خودکشی کنم و تموم کنم زندگی رو» (کد ۱). «همیشه به خودکشی فکر می‌کردم، حس می‌کردم تنها راه حل برای اینه که دیگه رنج نکشم» (کد ۲). «دوبار خودکشی ناموفق داشتم؛ هر دوبار هم قرص خورده بودم» (کد ۵). «یک بار خودکشی کردم ولی ناموفق بود و دوباره به این زندگی کوفتی برگشتم» (کد ۶).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، بررسی تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی بود. مطالعه مصاحبه شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد، ادراک دختران از سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی، در چهار مضمون اصلی خیانت، خودسرزنش‌گری، انگ‌زدن و آسیب روانی قابل بررسی است. تأمل در مضامین به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که سوءاستفاده جنسی، تجربه‌های مختلفی برای دختران به همراه دارد که تمامی ابعاد زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تجربه در مضمون خیانت را می‌توان به‌عنوان درک کودکان از این موضوع توصیف کرد که مراقبی که به او وابسته است، می‌تواند به آن‌ها آسیب برساند و نقش محافظ را زیر پا بگذارد. در طول یا بعد از سوءاستفاده جنسی، کودکان متوجه می‌شوند که فرد مورد

می‌کردم و مدام خودمو از بقیه قایم می‌کردم» (کد ۴). «احساس حقارت داشتم و مدام از این‌که وجود دارم احساس شرمندگی می‌کردم» (کد ۵). «وقتی به پدر و مادرم نگاه می‌کردم، تمام وجودم پر از حس بدی می‌شد؛ یه چیزی شبیه حقارت، شرم یه همچین چیزی» (کد ۸).

۲-۲- گناه: «عذاب وجدان داشتم. حس می‌کردم تقصیر منه که بابا و داداشم به بدنم دست می‌زنند» (کد ۲). «احساس می‌کردم من کثیف و پستم و احساس گناه زیادی از این بابت تجربه می‌کردم» (کد ۳). «فکر می‌کردم حتماً من یه کاری کردم که همچین اتفاقی افتاده و از عذاب وجدان می‌مردم» (کد ۷). «خودمو مقصر می‌دونستم، حتماً یه چیزی توی رفتار من بود که باعث می‌شد اونا بهم دست‌درازی کنند» (کد ۸).

۳) انگ زدن

انگ زدن یعنی ما فردی را که قربانی خشونت، تحقیر و آزار است، در مقصودن، سهیم بدانیم. انگ‌زدن مضمونی پررنگ و آسیب‌زننده در چرخه تجربه احساسات دختران از آزار جنسی بود که در قالب دو مضمون فرعی «تصور قالبی» و «تابو» جای گرفت.

۳-۱- پیش‌داوری: پیش‌داوری قضاوت زود هنگام در مورد افراد یا یک موضوع است که معمولاً قبل از جمع‌آوری و بررسی اطلاعات لازم پدید می‌آید و بر شواهد ناکافی و حتی خیالی مبتنی است. «وقتی برای کسی توضیح می‌دادم از اتفاقی که برام افتاده، اکثرشون منو مقصر می‌دونستند و معتقد بودند حتماً خودم کاری کردم» (کد ۲). «یه بار برای خواهرم گفتم و اون گفت: اگه خودت نمی‌خواستی همون دفعه اول به ما می‌گفتی» (کد ۴). «وقتی به مامانم گفتم، خیلی وحشت کرد و بعد مدام می‌گفت، تو خودت خراب بودی که اجازه دادی بارها بهت تعرض بشه» (کد ۵).

۳-۲- تابو: «وقتی جرئت کردم و به مادرم گفتم، جلوی دهنمو گرفتم و گفتم: دیگه هیچ‌وقت در موردش حرف نزن، با هیچ‌کس» (کد ۴). «وقتی بزرگ‌تر شدم و به خواهرم سر بسته یه چیزایی گفتم، خیلی ترسید و گفت دیگه حرفی ازش نزن. به فکر خودت نیستی به فکر آبروی خانواده باش» (کد ۶). «یه بار خواستم به مادرم بگم. وقتی یکم براش توضیح دادم گفت، آبرومون می‌ره و بدبخت می‌شیم» (کد ۷).

است [۲۹]. کودکی که در معرض موقعیت‌های آسیب‌زا همچون خشونت، تنبیه‌های سخت و سوءاستفاده جنسی قرار دارد، اغلب مجبور است که در رابطه با مجرم باقی بماند که این موضوع می‌تواند منجر به تجربهٔ درماندگی شود [۳۰]. کودک ممکن است آن‌قدر بالغ نباشد که بتواند با تجربهٔ سوءاستفادهٔ بزرگ‌سال مهم، مقابله کند. ممکن است با نگرش منفی متجاوز نسبت به او همانندسازی کند. این فرایندهای پیچیده همانندسازی که به‌عنوان همانندسازی با متجاوز تعریف شده است ممکن است منجر به تجربهٔ احساسات منفی خودآگاه مانند شرم که مربوط به تمرکز دردناک بر خود است و اغلب منجر به رفتار دفاعی-اجتنابی و یا احساس گناه شود، احساسی بین فردی که از اعتقاد به آسیب به دیگری نشئت می‌گیرد و اغلب با احساس پشیمانی از یک خطا همراه است [۳۱]. افرادی که در معرض سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند، معمولاً این باور را پیدا می‌کنند که مسئول این سوءاستفاده هستند. در نتیجه نه تنها احساس گناه می‌کنند، بلکه خود را مقصر آنچه رخ داده نیز می‌دانند [۳۲]. کودکان مورد سوءاستفاده جنسی ممکن است در مورد نقش شریک جنسی مراقب احساس گناه کنند، کودکان مورد سوءاستفاده جنسی همچنین در قبال این رویداد یا عدم انجام مسئولیت مجرم احساس مسئولیت می‌کنند [۳۳]. احساس گناه می‌تواند منعکس‌کننده خودارزیابی منفی برای اقدامات ناموفقی باشد که فرد معتقد است در برابر سوءاستفاده محافظت می‌کند یا نتیجه کمتری ایجاد می‌کند. عوامل سوءاستفاده جنسی نیز احساس گناه را در قربانی تقویت می‌کنند؛ بنابراین افرادی که چنین سوءاستفاده‌ای را تجربه کرده‌اند، ممکن است بیش‌ازحد مسئولیت، وضعیت خود و خانواده خود را بر عهده بگیرند تا از تصویر مثبت مراقبین محافظت کنند [۳۴].

از دیگر مضامین به‌دست‌آمده در تجربهٔ دختران از سوءاستفاده جنسی که در ابعاد وسیعی عنوان شد، مفهوم انگ زدن^۱ بود. انگ زدن را می‌توان به‌عنوان سرزنش قربانی برای سوءاستفاده توصیف کرد که می‌توان با احساسات منفی و مفهومی از خود به‌عنوان فرد بد و مسئول سوءاستفاده مرتبط دانست [۳۴]. چنین معانی منفی در مورد تجارب آزاردهنده به کودکان منتقل می‌شود. با گذشت

اعتماد، آن‌ها را از طریق دروغ‌ها یا استانداردهای اخلاقی نادرست برای ارضای نیاز جنسی خود هدایت کرده است [۲۱]. سوءاستفاده جنسی در یک خانواده یا محارم، خیانت به روابط و نقش‌های خانوادگی است. این به ظرفیت بازماندگان برای اعتماد و تعامل راحت با دیگران آسیب می‌رساند [۲۲]. تئوری ترومای خیانت روانی نشان می‌دهد که آسیب‌های ناشی از آزاری که توسط مراقب یا فردی نزدیک به قربانی انجام می‌شود، در مقایسه با آزاری که توسط فردی غریبه انجام می‌شود، منجر به پریشانی شدیدتر می‌شود. از نظر فرید، ترومای خیانت به هر آسیبی گفته می‌شود که اعتمادی را که نسبت به افرادی که فرد از نظر اجتماعی به آن‌ها وابسته است، نقض کند. این نظریه سوءاستفاده جنسی از کودکان را به‌عنوان خیانت زیاد و یک فاجعه طبیعی را به‌عنوان خیانت کم طبقه‌بندی می‌کند [۲۳].

احساس خیانت می‌تواند خود را از طریق سبک‌های دلبستگی ناایمن نشان دهد؛ به‌عنوان مثال اگر کودک در محیطی بزرگ می‌شود که نمی‌تواند برای محبت و حمایت به مراقب خود تکیه کند، ممکن است از ترس افزایش درد یا تلافی، به درون خود برگردد و احساسات خود را ابراز نکند، بنابراین یک الگوی دلبستگی پردکننده یا اجتنابی ایجاد می‌کند. از طرف دیگر در یک محیط ناسازگار والدینی که در آن عدم پاسخگویی به کودک وجود دارد، این امر بر احساس کودک تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود که او احساس کند ارزش عشق و دوست داشتن را ندارد. در این شرایط کودکان تمایل به ایجاد وابستگی شدید و چسبندگی دارند که مشخصه یک الگوی دلبستگی ناایمن است [۲۴]. به‌طور کلی ابعاد کودک‌آزاری پیش‌بینی‌کننده سبک دلبستگی ناایمن می‌باشد که از این میان آزار جنسی و عاطفی سهم بیشتری را در این پیش‌بینی‌کنندگی دارا هستند [۲۵].

مضمون دیگری که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، مفهوم خودسرزنش‌گری بود که شامل احساس شرم و گناه می‌شد. سابقه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی با میزان بالایی از خودسرزنش‌گری همراه است [۲۶]. مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که سوءاستفاده جنسی، بیش از سایر آسیب‌ها موجب احساس شرم و گناه می‌شود [۲۷ و ۲۸]. شرم و گناه به‌طور کلی از ویژگی‌های مشترک اختلال پس از سانحه و بازماندگان سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی

1. stigmatization

زمان، بازماندگان سوءاستفاده جنسی شروع به پذیرش و درونی کردن این پیام‌ها به‌عنوان یک تصویر منفی از خود می‌کنند [۳۵]. این معانی به طرق مختلف به کودکان منتقل می‌شود. به‌عنوان مثال، آزارگر ممکن است مستقیماً کودک را به خاطر بدرفتاری سرزنش، توهین یا تحقیر کند، یا آزارگر ممکن است به کودک دستور دهد که سوءاستفاده را مخفی نگه دارد. انگ زدن همچنین زمانی اتفاق می‌افتد که نگرش‌های دیگران چه در داخل و چه در خارج از خانواده، دارای مفاهیم منفی باشند [۲۱]. زمانی که یک کودک به دنبال قربانی شدن جنسی توسط یک بزرگسال، انگ را تجربه می‌کند، این نمونه‌ای از سرزنش نادرست و ناکامی سیستم خانواده و جامعه در سپردن مسئولیت به مجرم است. خودافشایی کودک در مورد سوءاستفاده جنسی از شرط‌های لازم برای مداخله و حمایت کافی از کودک است. همچنین اعتقاد بر این است که افشای به‌موقع، خطر عواقب طولانی‌مدت برای سلامت روان و احتمال بزهکاری کودکان را کاهش می‌دهد [۳۶]. با این حال، تحقیقات نشان داده است که افشاگری همیشه با متوقف شدن بزه‌دیدگی دنبال نمی‌شود و بخش قابل توجهی از کودکان، حمایت لازم در برابر سوءاستفاده را دریافت نمی‌کنند [۳۷]. فرایند افشا ممکن است پیامدهای منفی ناخواسته‌ای داشته باشد که عمدتاً به واکنش سایر افراد خانواده، دوستان و اعضای جامعه بستگی دارد. واکنش‌ها شامل انکار و برهم زدن خانواده، سرزنش و انگ زدن به قربانیان توسط خانواده و جامعه، فرایندهای قانونی و حتی پیامدهای تهدیدکننده زندگی ناشی از اقدامات فرهنگی است [۳۸]. بسیاری از کودکان می‌ترسند با افشای سوءاستفاده جنسی با واکنش‌های منفی والدین مواجه شوند زیرا اکثر والدین، واکنش غیرحمایتی نشان می‌دهند. در نتیجه وجود رابطه مطمئن با والدین، یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های افشاگری در کودکان است [۳۹]. انگ زدن چندین بعد فردی، اجتماعی و فرهنگی دارد که در تصمیم‌گیری برای افشا یا کتمان داستان سوءاستفاده تأثیر می‌گذارد. پدیده سوءاستفاده جنسی از لحاظ فرهنگی و اجتماعی، می‌تواند یک تهدید برای قربانی باشد؛ با این توضیح که ممکن است شخصی که داستان خود را به‌صورت عمومی آشکار می‌کند، جامعه او را طرد کند یا با استفاده از کلیشه‌ها، وی را در قعر زندگی روزمره محصور نماید. این امکان نیز وجود دارد که وجود حمایت

اجتماعی به‌عنوان یک میانجی میان تاریخ سوءاستفاده جنسی و سازگاری روان‌شناختی بعدی عمل کند و در نهایت به محافظت از افراد در سوءاستفاده جنسی منتهی شود [۴۰]. در واقع، میزان حمایت دریافت شده ممکن است اثرات منفی بعدی سوءاستفاده جنسی را تعدیل کند [۴۱] و دریافت پاسخ‌های منفی اجتماعی افشاکردن به علائم روان‌شناختی بیشتر و مشکلات بین فردی مرتبط شود [۴۲]. آخرین مضمون به‌دست‌آمده از مصاحبه با شرکت کنندگان، مفهوم آسیب روانی بود که دربرگیرنده افسردگی و خودکشی است که با مطالعات بسیاری همخوانی دارد [۴۳ و ۴۴]. گفته می‌شود که در میان تمام نتایج منفی سوءاستفاده جنسی، افسردگی شایع‌ترین و مختل‌کننده‌ترین اختلال روان‌پزشکی است [۴۳]. در واقع از بین انواع بدرفتاری در دوران کودکی، سوءاستفاده جنسی قدرت پیش‌بینی بیشتری برای احتمال ابتلا به افسردگی را دارد [۴۶]. مطالعات نشان داده است که سن زودتر شروع مشکلات درونی و برون‌ریزی کردن، معمولاً با نتایج بدتری برای دوره مشکل، عود و مقاومت در برابر درمان همراه است؛ مثلاً شروع زود هنگام افسردگی با احتمال بیشتر اقدام به خودکشی و تشخیص‌های بیمارگونه مرتبط است [۴۷]. زنان تقریباً دو برابر مردان از افسردگی تک‌قطبی رنج می‌برند [۴۸]. تحقیقات تأثیر قوی سن و جنسیت را عوامل خطری برای سوءاستفاده جنسی و افسردگی نشان داده‌اند. با میزان مساوی افسردگی در دختران و پسران در دوران کودکی، نسبت دختران مبتلا به افسردگی پس از بلوغ به طرز چشم‌گیری افزایش می‌یابد و اختلاف جنسیت در تمام بزرگسالی باقی می‌ماند [۴۹]. توضیحات مختلفی درباره تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی ارائه شده است که از نظریه‌های بیولوژیکی در مورد تأثیر هورمون‌ها بر خلق‌وخو گرفته تا نظریه‌های شخصیتی افسردگی. یک توضیح در مورد تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی که توجه کمی به آن شده است، این است که میزان بالای سوءاستفاده جنسی در کودکی از زنان بر آسیب‌پذیری بیشتر آن‌ها در برابر افسردگی کمک می‌کند [۵۰].

سابقه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی با افزایش خطر ایده خودکشی و اقدام به خودکشی نیز همراه است. تحقیقات نشان می‌دهد که سوءاستفاده جنسی ۴ برابر بیشتر احتمال خودکشی در جوانان را افزایش می‌دهد [۵۱].

- 4- Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*. 2009 Nov 1;124(5):1411-23.
- 5- Singh MM, Parsekar SS, Nair SN. An epidemiological overview of child sexual abuse. *Journal of family medicine and primary care*. 2014 Oct;3(4):430.
- 6- Singh MM, Parsekar SS, Nair SN. An epidemiological overview of child sexual abuse. *Journal of family medicine and primary care*. 2014 Oct;3(4):430.
- 7- MacKinnon L, James K. Working with 'The Welfare' in Child-at-Risk Cases. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 1992 Mar;13(1):1-5.
- 8- Noll JG. Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: the compounded convergence of mechanisms. *Annual review of clinical psychology*. 2021 May 7;17:439-64.
- 9- Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*. 2020 Aug 3;3(8):e2012563.
- 10- Kletenik I, Sillau SH, Isfahani SA, LaFaver K, Hallett M, Berman BD. Gender as a risk factor for functional movement disorders: the role of sexual abuse. *Movement disorders clinical practice*. 2020 Feb;7(2):177-81.
- ۱۱- فرخزادیان، علی اصغر؛ رضایی، فاطمه؛ صادقی، مسعود. نقش میانجی طرح‌واره‌های هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۱۷(۲): ۸۹-۱۰۱.
- ۱۲- رضایی، مهدی؛ قدم پور، عزت‌اله؛ کاظمی، رضا. (۱۳۹۷). نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی در رابطه بین سوءاستفاده جنسی- هیجانی و نشانه‌های افسردگی در دانشجویان دختر. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*. ۲۵(۱): ۷۵-۹۹.
- 13- Lemieux S, Tourigny M, Joly J, Baril K, Séguin M. Characteristics associated with depression and post-traumatic stress disorder among childhood sexual abuse women. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*. 2019 Jul 25;67(5):285-94.

[. بین ۲۰ تا ۲۲ درصد از اقدام به خودکشی زنان می‌تواند به قرار گرفتن در معرض سوءاستفاده جنسی در کودکی نسبت داده شود] [۵۲]. در واقع، از بین چندین نوع بدرفتاری در دروان کودکی، فقط سوءاستفاده جنسی مستقیماً ایده خودکشی را پیش‌بینی کرده است [۵۳].

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مشکل دریافتن اعضای گروه هدف و جلب رضایت آن‌ها برای مصاحبه، منحصر بودن نمونه به محدوده جغرافیایی خاص و طولانی شدن جمع‌آوری اطلاعات، اشاره کرد. از آنجایی که این پژوهش مشابه سایر پژوهش‌های کیفی است، قابلیت تعمیم‌پذیری کمی دارد، لذا پیشنهاد می‌شود از جامعه آماری و نمونه بزرگ‌تر که به منطقه جغرافیایی خاصی محدود می‌باشد، کمتر استفاده شود و با تلاش بیشتر دریافتن افراد موردنظر در پژوهش، به درک عمیق‌تر و گسترده‌تری دست یابیم. همچنین پیشنهاد می‌شود برای تلطیف ذهن خانواده‌ها و جامعه در مورد مسائل جنسی از طریق آگاهی‌بخشی و آموزش مسائل جنسی بکوشیم؛ زیرا بهبود بستر فرهنگی و اجتماعی نقش بسیار مهمی در تغییر تابوهایی دارد که نیازمند اصلاح و بازنگری هستند. همچنین آموزش مسائل جنسی به کودکان متناسب با سن نیز می‌تواند خطر سوءاستفاده جنسی و ناتوانی کودک در مقابله با چنین مسائلی را کاهش دهد.

تشکر و قدردانی

در پایان، پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند از کلیه آرمودنی‌ها و همچنین از اساتید گران‌قدر دانشگاه یزد کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

منابع

- 1- Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019 Apr;20(2):131-48.
- 2- Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011 May;16(2):79-101.
- 3- Mohammadi, M. R. Zarafshan, H. & Khaleghi, A. (2014). Child Abuse in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of psychiatry*, 9(3), 118.

- 24-Riggs SA, Kaminski P. Childhood emotional abuse, adult attachment, and depression as predictors of relational adjustment and psychological aggression. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*. 2010 Jan 19;19(1):75-104.
- 25-Alix S, Cossette L, Cyr M, Frappier JY, Caron PO, Hébert M. Self-blame, shame, avoidance, and suicidal ideation in sexually abused adolescent girls: a longitudinal study. *Journal of child sexual abuse*. 2020 May 18;29(4):432-47.
- 26-MacGinley M, Breckenridge J, Mowl J. A scoping review of adult survivors' experiences of shame following sexual abuse in childhood. Health & social care in the community. 2019 Sep;27(5):1135-46.
- 27-Cunningham KC. Shame and guilt in PTSD. In: *Emotion in posttraumatic stress disorder 2020* Jan 1 (pp. 145-171). Academic Press.
- 28-Rodriguez N, Kemp HV, Foy DW. Posttraumatic stress disorder in survivors of childhood sexual and physical abuse: A critical review of the empirical research. *Journal of Child Sexual Abuse*. 1998 Sep 9;7(2):17-45.
- ۲۹-حنایی، نازیلا؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ اکبری، ابراهیم. ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، تجربه کودک‌آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۴: ۱۳(۱).
- 30-Ferenczi S. The clinical diary of Sándor Ferenczi. Harvard University Press; 1995.
- 31-Kim S, Thibodeau R, Jorgensen RS. Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*. 2011 Jan;137(1):68.
- 32-Lisak D. The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of traumatic stress*. 1994 Oct;7(4):525-48.
- 33-Ginzburg K, Butler LD, Giese-Davis J, Cavanaugh CE, Neri E, Koopman C, Classen CC, Spiegel D. Shame, guilt, and posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood sexual abuse at risk for human immunodeficiency virus: outcomes of a randomized clinical trial of group psychotherapy treatment. *The Journal of nervous and mental disease*. 2009 Jul 1;197(7):536-42.
- ۱۴-فیروزی، هاشم؛ امیری، فاطمه؛ سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی. (۱۳۹۵). نقش آزاردیدگی دوران کودکی بر تصویر بدنی و عملکرد جنسی در زنان. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۸(۶): ۳۲۰-۳۱۶.
- 15-Eubanks JR, Kenkel MY, Gardner RM. Body-size perception, body-esteem, and parenting history in college women reporting a history of child abuse. Perceptual and motor skills. 2006 Apr;102(2):485-97.
- 16-Turniansky H, Ben-Dor D, Krivoy A, Weizman A, Shoval G. A history of prolonged childhood sexual abuse is associated with more severe clinical presentation of borderline personality disorder in adolescent female inpatients—a naturalistic study. *Child abuse & neglect*. 2019 Dec 1;98:104222.
- 17-Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical psychology review*. 2009 Nov 1;29(7):647-57.
- 18-Lewis T, McElroy E, Harlaar N, Runyan D. Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child abuse & neglect*. 2016 Jan 1;51:31-40.
- 19-Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child abuse & neglect*. 2012 Feb 1;36(2):156-65.
- 20-Broomé R. Descriptive phenomenological psychological method: An example of a methodology section from doctoral dissertation. *SelectedWorks*; 2011 Nov.
- 21-Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of orthopsychiatry*. 1985 Oct;55(4):530-41.
- 22-Haugaard JJ. The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*. 2000 Sep;55(9):1036.
- 23-Goldberg L, Freyd JJ. The brief betrayal trauma survey: Personality correlates of potentially traumatic experiences in a community sample. Manuscript submitted for publication. 2004.

- 44-Del Bianco OM, Tosta RM. Child sexual abuse, trauma and depression in adulthood: a case study. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 2021 Aug;14(2):1-25.
- 45-Kessler D, Sharp D, Lewis G. Screening for depression in primary care. *British Journal of General Practice*. 2005 Sep 1;55(518):659-60.
- ۴۶-لعلی، محسن؛ عابدی، احمد. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سابقه انواع بدرفتاری والدین در دوران کودکی با افسردگی دوران بزرگسالی در بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. *مطالعات روان‌شناختی*. ۴(۴):۸۱-۹۴.
- 47-Samaranayake CB, Fernando AT. Satisfaction with life and depression among medical students in Auckland, New Zealand. *NZ Med J*. 2011 Aug 26;124(1341):12-7.
- 48-Weissman, M. M. & Klerman, G. L. Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of general psychiatry*, (1977) 34(1), 98-11.
- 49-Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological bulletin*. 2001 Nov;127(6):773.
- 50-Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological bulletin*. 1987 Mar;101(2):259.
- 51-Devries KM, Mak JY, Child JC, Falder G, Bacchus LJ, Astbury J, Watts CH. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014 May 1;133(5):e1331-44.
- 52-Bahk YC, Jang SK, Choi KH, Lee SH. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry investigation*. 2017 Jan;14(1):37.
- 53-Schönfelder A, Hallensleben N, Spangenberg L, Forkmann T, Rath D, Glaesmer H. The role of childhood abuse for suicidality in the context of the interpersonal theory of suicide: An investigation in German psychiatric inpatients with depression. *Journal of affective disorders*. 2019 Feb 15; 245:788-97.
- 34-Holmes J. *Attachments: Psychiatry, Psychotherapy, Psychoanalysis: the Selected Works of Jeremy Holmes*. Routledge; 2014 Jul 11.
- 35-Levenkron S, Levenkron A. *Stolen tomorrows: Understanding and treating women's childhood sexual abuse*. WW Norton & Company; 2007.
- 36-Arata CM. To tell or not to tell: Current functioning of child sexual abuse survivors who disclosed their victimization. *Child Maltreatment*. 1998 Feb;3(1):63-71.
- 37-Roesler TA, Wind TW. Telling the secret: Adult women describe their disclosures of incest. *Journal of interpersonal Violence*. 1994 Sep;9(3):327-38.
- 38-Sivagurunathan M, Orchard T, MacDermid JC, Evans M. Barriers and facilitators affecting self-disclosure among male survivors of child sexual abuse: The service providers' perspective. *Child abuse & neglect*. 2019 Feb 1;88:455-65.
- 39-Schönbucher V, Maier T, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA. Disclosure of child sexual abuse by adolescents: A qualitative in-depth study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2012 Nov;27(17):3486-513.
- 40-Runtz MG, Schallow JR. Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child abuse & neglect*. 1997 Feb 1;21(2):211-26.
- 41-Wurtele SK, Miller-Perrin CL. *Preventing child sexual abuse: Sharing the responsibility*. U of Nebraska Press; 1993.
- 42-Steine IM, Winje D, Krystal JH, Milde AM, Bjorvatn B, Nordhus IH, Grønli J, Pallesen S. Longitudinal relationships between perceived social support and symptom outcomes: findings from a sample of adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2020 Sep 1;107:104566.
- 43-Schönfelder A, Rath D, Forkmann T, Paashaus L, Lucht L, Teismann T, Stengler K, Juckel G, Glaesmer H. Child abuse and suicidality in the context of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide: A network analysis. *British journal of clinical psychology*. 2021 May 5.

نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ناشی از خیانت همسر در بروز اختلال استرس حاد پس از افشای خیانت

نویسندگان

خدیدجه‌سادات باقرزاده^۱، خدابخش احمدی^{۲*}، شکوه نوایی‌نژاد^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

Niloofer.abi1401@gmail.com

۲. استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. navabinejad93@gmail.com

چکیده

مقدمه: اثرات هیجانی و رفتاری افشای خیانت بر هر یک از زوجین در گیر فوق‌العاده مخرب است؛ به گونه‌ای که اختلال استرس حاد اولین و مهم‌ترین بازخورد در مواجهه با آن است. در این زمینه، طرح‌واره‌ها همانند چهارچوبی برای پردازش اطلاعات با ایجاد تغییرات عمیق در نگرش به خود، دیگران و جهان می‌توانند در سطح تجربه استرس حاد مؤثر باشند. هدف از این پژوهش بررسی نقش طرح‌واره‌های ناسازگار در اختلال استرس حاد ناشی از خیانت همسر بود.

روش: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را زوج‌های درگیر در خیانت زناشویی تشکیل داد که طی سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به دادگاه‌ها و مراکز مشاوره خانواده شهرهای تهران و ساوه مراجعه کرده بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۱۷۲ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از پرسشنامه واکنش استرس حاد استنفورد (کاردنیا و همکاران، ۲۰۰۰) و نسخه کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ (۱۹۹۸). داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS²⁴ و با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی «پیرسون» و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل گردید.

نتایج: نتایج نشان داد میزان واکنش‌های استرس حاد همسر نسبت به خیانت با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ($r=0/46$) و حوزه‌های آن، یعنی بریدگی و طرد ($r=0/40$)، خودگردانی و عملکرد مختل ($r=0/34$)، دیگر جهت‌مندی ($r=0/29$)، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری ($r=0/44$) و محدودیت‌های مختل ($r=0/25$) رابطه مثبت معنی‌داری دارند ($p<0/01$). انواع واکنش‌های استرس حاد، یعنی نشانگان تجزیه‌ای، تجربه مجدد، اجتناب، اضطراب و بیش‌انگیختگی و اختلال در کارکرد نیز با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حوزه‌های آن رابطه مثبت معنی‌داری داشتند ($p<0/05$). ۳۳٪ از کل واریانس اختلال استرس حاد توسط حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تبیین گردید ($p<0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد طرح‌واره‌های ناسازگاری که به‌دلیل خیانت همسر ایجاد می‌شوند، زمینه بروز اختلال استرس حاد پس از افشای خیانت را فراهم می‌سازند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۹/۲۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۳/۲۳



کلیدواژه‌ها

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال استرس حاد، خیانت زناشویی، افشای خیانت.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

kh_ahmady@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول است.

مقدمه

ازدواج زن و شوهر را به صورت انحصاری به همدیگر متعهد می‌کند. تعهد و پایبندی به معنای تصمیمی عقلانی است که مستلزم مقید بودن فرد به اعمال خاصی و یا حالتی دال بر وابستگی عاطفی یا عقلانی به ایدئالی مطلوب می‌باشد [۱]. لذا، تعهد زناشویی حدی است که در آن افراد دیدگاه بلندمدتی درباره ازدواجشان دارند، برای رابطه‌شان فداکاری می‌کنند، در جهت حفظ، تقویت و همبستگی اتحادشان گام برمی‌دارند و حتی زمان‌هایی که ازدواجشان پاداش‌دهنده نیست با همسرشان می‌مانند [۲]. هرچند این سنت از دیرباز در تمامی فرهنگ‌های شناخته شده جهان اجرا شده است، اما در عین حال نقض پیمان ازدواج نیز همواره همراه انسان بوده است [۳]. این در هم شکستن تعهد انحصار روابط جنسی و عاطفی در چارچوب پیوند زناشویی یا همان خیانت زناشویی^۱، اصلی‌ترین عواملی است که پایداری پیوند یاد شده و سلامت نظام خانواده را مختل می‌سازد [۴]، به افراد و روابط آن‌ها صدمه می‌زند [۵] و بر کل سیستم خانواده تأثیر می‌گذارد [۶].

خیانت زناشویی نوعی رابطه جنسی و عاطفی با شخص سومی است که از همسر پنهان می‌شود و اغلب به خاطر برطرف شدن نیازهای عاطفی یا جنسی فرد از راه روابط خارج از ازدواج به وقوع می‌پیوندد [۷]. خیانت به سه دسته تقسیم شده است، خیانت جنسی، فعالیت جنسی، خیانت عاطفی [۸]. برخی دیگر از صاحب‌نظران خیانت اینترنتی [۹] و خیانت عاطفی - جنسی [۱۰] را نیز معرفی کرده‌اند.

بروز خیانت نیز تحت تأثیر عوامل مختلفی است. از جمله این عوامل می‌توان به علل فردی اشاره کرد که پایین بودن سن هنگام ازدواج، تنوع‌طلبی، فقدان عقاید مذهبی، انتقام‌جویی از همسر خیانت‌کار، تجارب جنسی گذشته، احساس جوان شدن، اثبات جذابیت‌های جنسی خود و عزت‌نفس پایین در این دسته قرار می‌گیرند. علل خانوادگی نیز شامل اجتناب از تعارض، اجتناب از صمیمیت، اعتیاد جنسی، آشیانه خالی، تعدد شخصیتی در روابط و خیانت به منظور تحمل فشار روانی طلاق هستند [۱۱]. سومین مجموعه علل به عوامل شخصیتی مربوط است، مانند خودشیفتگی [۱۲]، اعتماد به نفس شکننده [۳]، نیاز برای

حفظ عزت‌نفس و اختلالات روانی، احساس مسئولیت پایین و روان‌پریشی، ویژگی شخصیتی تکانش‌گری و سبک دلبستگی ناایمن و اجتنابی [۱۳]، اختلال شخصیتی مانند، ضداجتماعی [۱۴]، اختلال شخصیت مرزی [۱۲]، اختلال شخصیت «هیستریونیک» که به شیوه‌ای نمایشی و بیش‌از حد دراماتیک رفتار می‌کنند [۱۴] و ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه [۱۲]. علل دیگری نیز گزارش شده است، خیانت جهت خروج از درب خانه [۱۱]، درآمد بالا [۱۵]، زن‌بارگی یا دون‌ژوان [۱۲]، ساختارها و زمینه‌های اجتماعی، از جمله مشروعیت‌بخشی به موضوع (چه از بعد قانونی و چه از بعد دینی و مذهبی) و هنجار شدن خیانت در اجتماعی خاص [۱۶] و ازدواج تحمیلی [۱۷].

هر چند شناخت علل بروز خیانت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، ولی علت خیانت هر چه باشد، اثرات سوء افشای آن بر هر یک از زوجین درگیر فوق‌العاده مخرب است. پس از افشای خیانت، فضایی سرشار از هیجانات منفی و دو سوگرایی وجود دارد که باعث ایجاد احساس سردرگمی می‌شود [۱۸]. افشای خیانت آثار مخربی هم برای همسر پیمان‌شکن و هم همسر آسیب‌دیده دارد و طیف وسیعی از تأثیرات هیجانی و رفتاری منفی از قبیل خشم، افسردگی، اضطراب، درماندگی، آشفتگی و... را به دنبال دارد [۱۹]. در حین اینکه زوج خیانت‌دیده درصدد جبران هویت از دست رفته است، چند زیان شخصی دیگر نیز ممکن است به وجود آیند، مانند عدم احترام به خود، از دست دادن حس خاص بودن، کشف از دست رفتن کنترل در رابطه همانند نظم و عدالت در جهان، از دست دادن حس هدف، از دست دادن روابط خود با خانواده و دوستان همسر و مورد سؤال قرار گرفتن اصول مذهبی [۱۴].

با وجود تنوع زیادی که در تعریف و اثرات چندگانه افشای خیانت بیان شد. آنچه می‌تواند اولین و مهم‌ترین بازخورد در مواجهه با آن تصور کرد، «علائم اختلال استرس حاد»^۲ است که زوج خیانت‌دیده و حتی زوج خیانت‌کار بعد از افشا، آن را تجربه می‌کنند. به گونه‌ای که اولین حیطه از حیطه‌های چهارگانه تجربه زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر به «مواجهه با تنش» اختصاص یافته است که البته این حیطه خود شامل استرس درونی، ترس از طلاق، شرایط

2. Acute stress disorder (ASD)

1. marital infidelity

جسمی و روانی است [۲۰].

مطابق پنجمین ویرایش «راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی»^۱ اختلال استرس حاد، واکنش اولیه است که در خلال سه روز تا یک ماه پس از مواجهه با یک یا چند رویداد آسیب‌زا در شخص پدیدار می‌گردد. از این نوع واکنش‌ها می‌توان به طغیان خشم، افسردگی، کابوس دیدن، سردرد، احساس بی‌قراری و آشفتگی در افراد آسیب‌دیده نام برد. این واکنش‌ها در بلندمدت در صورت عدم توجه به این افراد در ماه اول، ممکن است که آن‌ها را به «اختلال استرس پس از سانحه»^۲، مانند افسردگی، هراس، سوء‌مصرف مواد مخدر یا اختلالات جسمانی‌سازی دچار کند [۲۱].

در واقع، بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 در صورتی که نشانه‌های اضطرابی در خلال ۴ هفته پس از رویداد استرس‌زا آغاز شوند و ۲ تا ۲۸ روز این نشانه‌ها تداوم یابند؛ می‌توان تشخیص اختلال استرس حاد را برای آن ثبت نمود؛ اما اگر نشانه‌ها بیش از ۲۸ روز پایدار بمانند، تشخیص PTSD با وضعیت مزمن مطرح می‌شود [۲۲]. واکنش‌های متأثر از استرس حادی که همسر خیانت‌دیده بعد از افشای آن تجربه می‌کند، خود به تنهایی می‌تواند برانگیزاننده واکنش‌هایی در دیگران باشد که پاسخ‌های استرسی ناسازگارانه را تداوم بخشد. وجود تنوع زیاد و گاهی متضاد، در تصمیم برای ادامه زندگی و یا اتمام آن، در زوجها مختلف، این سؤال را ایجاد می‌کند که علی‌رغم مشاهده واکنش‌های اولیه مشابه پس از افشای خیانت، چه عواملی بر نوع تصمیم‌گیری تأثیرگذار است و میزان این تأثیرات چقدر است؟ آیا علاوه بر ویژگی‌های فردی و زوجی، عوامل دیگری هستند که پیش‌بینی‌کننده سطح استرس حاد باشند؟

به نظر لازاروس^۳ (۱۹۸۱) افراد، قربانی صرف استرس نیستند و به عبارت دیگر نحوه ارزیابی افراد از رویدادهای پراسترس زندگی (ارزیابی اولیه) و ارزیابی آنان از تدابیر شخصی و منابع مقابله برای مواجهه با این رویدادها (ارزیابی ثانویه)، ماهیت استرس را تعیین می‌کند. طبق نظر او مراجعین به ارزیابی (توجه انتخابی، یادآوری و رمزگردانی)

رویدادها بر اساس طرح‌واره‌ها^۴ و سوگیری‌های شناختی خود می‌پردازند و نهایتاً یک فرایند خود تأییدی درونی شکل می‌گیرد.

به این ترتیب می‌بینیم که طرح‌واره‌ها نقش مهمی در معنادگی به استرس دارند [۲۳]. «طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه»^۵، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند؛ معمولاً در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، به شدت ناکارآمد هستند [۲۴] و به عنوان نقشه‌ای برای پردازش رویدادهای آینده استفاده می‌شوند [۲۵]. هنگامی که طرح‌واره‌ها فعال می‌شوند اغلب افراد به شیوه‌ای پاسخ می‌دهند که این طرح‌واره‌ها را در طول زمان حفظ کرده و پایدار نگه می‌دارند [۲۶]. این طرح‌واره‌های ناسازگار در پنج حوزه قرار می‌گیرند: حوزه بریدگی و طرد^۶، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل^۷، حوزه محدودیت‌های مختل^۸، حوزه دیگر جهت‌مندی^۹ و حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری^{۱۰} [۲۷]. زمانی که نیاز خاصی ارضا نشود، طرح‌واره ناسازگاری در آن حیطه ایجاد می‌شود. با ارضا نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمیت و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرح‌واره‌های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی ایجاد می‌شود. این باورها و طرح‌واره‌های مربوط به روابط بین‌فردی بعداً در بزرگسالی نمود می‌یابند و بر آن تأثیر مخربی می‌گذارند [۲۸]. از آنجا که طرح‌واره‌ها همانند چهارچوبی برای پردازش اطلاعات به کار می‌روند و تعیین‌کننده واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به موقعیت‌های زندگی و روابط بین‌فردی هستند، گفته شده است که با سطح تجربه استرس پس از وقایع آسیب‌زا رابطه دارند [۲۹]؛ بنابراین، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، می‌توانند بر ادراک فرد از واقعیت جهان بیرونی، پردازش شناختی و هیجانی و روابط بین‌فردی او تأثیر بگذارند [۳۰] و موجب مشکلات هیجانی نظیر استرس و اضطراب شوند [۳۱].

- 4 . schemas
- 5 . early maladaptive schemas
- 6 . disconnection and rejection
- 7 . impaired autonomy and performance
- 8 . impaired limits
- 9 . other/ directedness
- 10 . over-vigilance and inhibition

- 1 . The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
- 2 . Posttraumatic stress disorder (PTSD)
- 3 . Lazarus

به‌علاوه، در میان پژوهش‌های انجام شده هیچ یک به موضوع استرس اولیه وارد شده به زوجین درگیر خیانت توجه نداشته‌اند، لذا این تحقیق به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با انواع و میزان واکنش‌های استرس حاد پس از افشای خیانت همسر مرتبط هستند؟ چنانچه ارتباط بین متغیرهای مورد پژوهش معنادار باشند، انتظار می‌رود در کنار شناسایی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار، فرد درگیر خیانت را برای کسب یک منطقی درونی و خصوصی یاری شود تا در کنترل استرس وارد شده، مؤثرتر عمل کرده و مانع ایجاد یک چرخه معیوب و آسیب‌زای عجولانه از واکنش‌های ناسازگارانه مخرب گردد. برای این منظور بود که در پژوهش حاضر به بررسی نقش طرح‌واره‌های ناسازگار در اختلال استرس حاد ناشی از خیانت همسر پرداخته شد.

روش

نوع پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش را زوج‌های درگیر در خیانت زناشویی تشکیل داد که طی سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به دادگاه‌ها و مراکز مشاوره خانواده شهرهای تهران و ساوه مراجعه کرده بودند.

ب) نمونه پژوهش

به روش نمونه‌گیری هدفمند ۱۷۲ نفر انتخاب شدند. به‌منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی تاباچنیک و همکاران [۳۹] استفاده شد. بر اساس فرمول پیشنهادی تاباچنیک و فیدل، حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$ محاسبه می‌شود. در این فرمول N حداقل حجم نمونه و M تعداد متغیرها مستقل است که در پژوهش حاضر تعداد متغیرهای مستقل ۵ متغیر (۵ مؤلفه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه) می‌باشد ($M=5$). با محاسبه حجم نمونه با استفاده از فرمول فوق ($N \geq 50 + 8(5)$)، ۹۰ به دست می‌آید. البته محقق برای افزایش توان آماری و احتمال عدم همکاری و اینکه بعضی از پرسشنامه‌ها ممکن است مخدوش یا ناقص تکمیل شده باشند، این تعداد را به

از این رو که مدل‌های مبتنی بر طرح‌واره، بخشی از رنج‌های روان‌شناختی ناشی از تجربه رویداد آسیب‌زا را تبیین می‌کنند [۲۷]؛ به‌گونه‌ای بر اساس رویکرد طرح‌واره‌ای، افراد مبتلا به اختلالات استرس حاد و استرس پس از سانحه علاوه بر نشانگان تشخیصی، با تغییرات عمیق در نگرش به خود، دیگران و جهان مشخص می‌شوند [۳۲] که در آسیب‌پذیری این افراد در برابر اختلال استرس پس از سانحه نقش مهمی دارند [۳۳].

طرح‌واره‌ها بعد از تجربه رویداد آسیب‌زا، این رویدادها را به معنای ذهنی انحصاری هر فرد بدل می‌کنند و به همین دلیل هم طرح‌واره‌ها نقش مهمی در فرایند معنادهی به رویدادهای آسیب‌زا دارند [۳۴]. در این زمینه گری و همکاران [۳۳] نشان دادند که مشکل تطبیق دادن اطلاعات مرتبط با تروما با طرح‌واره‌های پیشین ممکن است عامل زیربنایی بروز این علائم باشد. سیمونز و گرانولد [۳۴] نیز گزارش دادند که پردازش طرح‌واره‌ای ناسازگار، آسیب‌پذیری افراد را بعد از مواجهه با رویداد آسیب‌زا بیشتر می‌کند و این ممکن است میزان ابتلا به اختلالات استرس حاد و استرس پس از سانحه را در افرادی که واجد طرح‌واره‌های ناسازگارند افزایش دهد. پژوهش‌ها از این موضوع حمایت می‌کنند که طرح‌واره‌های ناسازگار در دوره‌های فاقد آسیب آشکار روانی پنهان‌اند؛ اما وقتی فعال می‌شوند در دسترس قرار گرفته و بر پردازش شناختی اثر می‌گذارند [۳۵]؛ گویا رویداد آسیب‌زا طرح‌واره‌های ناسازگار را فعال می‌کند. کوتاه این‌که، طرح‌واره‌های فرد بازتاب توانایی‌های مقابله‌ای، تاب‌آوری، اعتماد و کارآمدی است و احتمالاً در پاسخ‌های پیش از تروما و بهبود بعد از آن اثر دارد [۳۴، ۳۶، ۳۷].

با وجود اهمیت طرح‌واره‌ها در بروز آسیب‌های روان‌شناختی، مطالعات انجام‌شده در زمینه شناخت‌های ناکارآمد در سطح طرح‌واره‌ها در اختلال استرس حاد اندک است که یک دلیل آن ممکن است این باشد که طرح‌واره‌ها معمولاً به‌عنوان ساختارهای شناختی ضمنی، به‌آسانی در دسترس نیستند [۳۴]. از سوی دیگر، اگرچه اغلب پژوهش‌های این حوزه حاکی از اهمیت طرح‌واره‌ها در این اختلال است، یافته‌های به دست آمده محدود و در برخی موارد ناهمخوان است [۳۸].

بوده است [۴۰]. پایایی آن با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نیز توسط لو و همکاران [۴۱] عالی ارزیابی شده است (۰/۹۶).

در ایران نیز همسانی درونی این پرسشنامه بالا گزارش شده است (آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۵) و روایی همزمان^۲ آن با ابزارهای سنجش اختلال استرس پس از سانحه نیز خوب گزارش شده است. پایایی آن نیز در سطح خوب تا عالی است و در محدوده ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد و پایایی آزمون-بازآزمایی آن ۰/۶۹ بود [۴۲]. در این پژوهش، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و برای مؤلفه‌هایش بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ به دست آمد.

نسخه کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ^۳: این پرسشنامه توسط یانگ در سال ۱۹۹۸ ساخته شد و شامل ۷۵ عبارت و ۵ حوزه طرح‌واره‌ای است. این پرسشنامه بریدگی و طرد را با سؤال‌های ۱ تا ۲۵؛ خودگردانی و عملکرد مختل را با سؤال‌های ۲۶ تا ۴۵؛ دیگرجهت‌مندی را با سؤال‌های ۴۶ تا ۵۵؛ گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری را با سؤال‌های ۵۶ تا ۶۵؛ محدودیت‌های مختل را با سؤال‌های ۶۶ تا ۷۵ در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً درست درباره من = ۶ تا کاملاً غلط درباره من = ۱ ارزیابی می‌کند.

به این صورت که فرد بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً درست، تقریباً درست، بیشتر درست تا غلط، اندکی درست، تقریباً غلط و کاملاً غلط) که به ترتیب ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ نمره به آن‌ها تعلق می‌گیرد، می‌سنجد. با توجه به اینکه هر سؤال دارای ۶ گزینه بوده و فرد نمرات ۱ تا ۶ را به ترتیب کسب می‌کند، لذا حداقل برای حوزه اول که شامل سؤالات ۱ تا ۲۵ است حداکثر نمره ۱۵۰ منظور شده است. حوزه دوم که شامل سؤالات ۲۶ تا ۴۵ است حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ است. حوزه سوم شامل سؤالات ۴۶ تا ۷۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ منظور شده است. حوزه چهارم شامل سؤالات ۴۶ تا ۵۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ است و برای حوزه پنجم که شامل سؤالات ۵۶ تا ۶۵ می‌باشد حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ محاسبه شده است. حداقل نمره کلی به دست آمده نیز ۷۵ و حداکثر آن ۴۵۰ منظور شده است. همچنین اگر فردی سه یا چهار نمره

۲۰۰ نفر افزایش داد که در نهایت تعداد پرسشنامه‌های کامل ۱۷۲ مورد بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل یا رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن، درگیری با خیانت زناشویی، گذشت کمتر از ۳ ماه از زمان افشای خیانت و سن بین ۲۰ تا ۵۵ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم پذیرش خیانت رخ داده، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، پاسخگویی ناقص به سؤالات پرسشنامه‌ها و تحت درمان روان‌پزشک یا روان‌درمان‌گر بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه واکنش استرس حاد استنفورد^۱: پرسشنامه واکنش استرس حاد استنفورد توسط کاردنیا و همکاران [۴۰] تدوین گردیده است. این پرسشنامه، از ۳۰ پرسش تشکیل شده است و هر کدام از معیارها تشخیصی اختلال استرس حاد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: نشانگان تجزیه‌ای (شامل سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۵ و ۲۸)، تجربه مجدد (شامل سؤالات ۶، ۷، ۱۵، ۱۹، ۲۳ و ۲۹)، اجتناب (شامل سؤالات ۵، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۲۲ و ۳۰)، اضطراب و بیش‌انگیختگی (شامل سؤالات ۱، ۲، ۸، ۱۲، ۲۱ و ۲۷) و اختلال در کارکرد (شامل سؤالات ۹ و ۲۶). این پرسشنامه یک ابزار معتبر برای ارزیابی علائم اختلال استرس حاد می‌باشد که قربانیان تروما در نتیجه یک رویداد آسیب‌زا در مدت کوتاهی بین سه روز تا یک ماه اول تجربه کرده‌اند. به وجود هر نشانه، توسط یک مقیاس از نوع لیکرتی (۰ تا ۵) نمره‌دهی می‌شود و به دست آوردن نمره ۳ یا بیشتر در هر سؤال، نشان‌دهنده وجود اختلال در آن حوزه، در آزمودنی‌ها است.

در واقع، اگر حداقل نمره یک سؤال از هر خرده مقیاس بالاتر از ۳ به دست آید، علامت مثبتی برای وجود استرس حاد در آن حوزه می‌باشد. نمره کل (محدوده ۰ تا ۱۵۰) از مجموع سؤال‌ها محاسبه می‌شود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده استرس حاد جدی‌تری است. پایایی این پرسشنامه با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) توسط کاردنیا و همکاران [۴۰] خوب ارزیابی شده است (۰/۹۵-۰/۸۰)، پایایی آزمون-بازآزمایی (۰/۶۹) آن نیز مناسب

2. concurrent validity

3. Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF)

1. Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ)

با جامعه پژوهش و تعیین حجم نمونه و تهیه پرسشنامه‌های استاندارد، تعداد ۲۰۰ پرسشنامه بین افراد درگیر در خیانت زناشویی که به عنوان نمونه انتخاب شده بودند، پخش گردید و بعد از حدود نیم ساعت جمع‌آوری شدند. لازم به ذکر است که به دلیل شیوع ویروس کرونا^۱ (کوید-۱۹)^۲، حدود ۱۱۲ پرسشنامه به صورت آنلاین توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. به این صورت پس از هماهنگی با افراد نمونه و دریافت شماره تماس و نام کاربری^۳ شبکه‌های اجتماعی مجازی آنان، لینک آنلاین پرسشنامه‌ها در اختیار آنان گذاشته شد و شرکت کنندگان اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. سپس پرسشنامه‌های ناقص یا مخدوش شده کنار گذاشته شد و تعداد ۱۷۲ پرسشنامه از پرسشنامه‌های تکمیل شده مورد استفاده قرار گرفت. توضیح هدف پژوهش برای افراد گروه نمونه، اطمینان به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها، اطمینان به آن‌ها در مورد اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان اعلام انصراف در هر مرحله از پرکردن پرسشنامه‌ها، اطمینان به افراد گروه نمونه که در صورت تمایل نتایج مطالعه در اختیار آن‌ها قرار داده خواهد شد و خودداری از درج نام آن‌ها در کلیه مدارک مربوط به پژوهش از شروط کمیته اخلاق بود که در حین جمع‌آوری اطلاعات در خصوص افرادی شرکت در پژوهش لحاظ شد. اجرای پرسشنامه‌ها در حدود ۸ ماه به طول انجامید.

شیوه تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS²⁴ و با بهره‌گیری از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره)، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

تعداد ۱۷۲ فرد درگیر در خیانت زناشویی با میانگین سنی $38/82 \pm 6/14$ در بازه سنی ۲۱ تا ۵۵ سال در این پژوهش شرکت داشتند. ۶۴ درصد (۱۱۰ نفر) زن و ۳۶ درصد (۶۲ نفر) مرد بودند. تحصیلات ۱۰/۵ درصد (۱۸ نفر)

بالا (۵ یا ۶) در یک طرح‌واره داشته باشد، معمولاً از نظر بالینی بدین معنا است که این طرح‌واره در ذهن وجود دارد [۴۳]. اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه طرح‌واره یانگ، توسط اسمیت و همکاران [۴۴] انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین این پژوهشگران نشان دادند، پرسشنامه طرح‌واره یانگ با مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و بنابراین از روایی مطلوبی برخوردار است [۴۴].

هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی و همکاران [۴۵] بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده که ۲۵۲ نفر مؤنث و ۱۳۵ نفر مذکر به شیوه‌های تصادفی چندمرحله‌ای از دانشگاه‌های علامه طباطبائی، شهید بهشتی، تربیت مدرس و علوم تحقیقات انجام شد. ساختار عاملی این پرسشنامه با روش تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی با یازده عامل تأیید شد. به علاوه، در پژوهش آهی و همکاران بررسی رابطه خرده مقیاس‌های YSQ-SF و SCL25 نشان داد که پرسشنامه YSQ-SF دارای اعتبار سازه کافی است. همسانی درونی این پرسشنامه نیز با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمد. براین اساس پایایی طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی ۰/۸۷، رهاشدگی ۰/۷۸، بی‌اعتمادی-بدرفتاری ۰/۸۳، بیگانگی-انزوای اجتماعی ۰/۸۷، نقص-شرم، شکست ۰/۹۰، وابستگی-بی‌کفایتی ۰/۸۶، آسیب‌پذیری ۰/۹۰، خودتحول نیافته-گرفتار ۰/۷۹، اطاعت ۰/۸۳، فداکاری ۰/۸۲، بازداری هیجانی ۰/۸۶، عیب‌جویی افراطی ۰/۷۲ و خویش‌تن‌داری-خودانضباطی ناکافی ۰/۸۷ به دست آمد. سهیلی صوفیانی و همکاران [۴۶] نیز ضریب پایایی به‌روش آلفای کرونباخ را برای پنج حوزه پرسشنامه طرح‌واره یانگ بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی به‌روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای مؤلفه‌هایش بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوز از مسئولین دادگاه‌ها و مراکز مشاوره خانواده مرتبط

1. Coronavirus
2. Covid-19
3. Username

زیر دیپلم، ۲۱/۵ درصد (۳۷ نفر) دیپلم، ۶/۴ درصد (۱۱ نفر) فوق دیپلم، ۵۱/۷ درصد (۸۹ نفر) لیسانس، ۸/۷ درصد (۱۵ نفر) فوق لیسانس و ۱/۲ درصد (۲ نفر) دکتری بود. ۲۰/۳ درصد (۳۵ نفر) شغل دولتی و ۴۳/۶ درصد (۷۵ نفر) شغل آزاد داشتند، ۲۵ درصد (۴۳ نفر) خانه‌دار و ۱۱/۱ درصد (۱۹ نفر) بیکار بودند. ۶/۵ درصد در دوره عقد بودند (۱۱ نفر)، ۴۷/۱ درصد با وجود افشای خیانت همچنان متأهل بودند (۸۱ نفر)، ۳۶/۱ درصد از آنان طلاق گرفته بودند (۶۲ نفر) و ۱۶/۳ درصد نیز متارکه کرده بودند (۲۸ نفر). میانگین سنی پاسخ‌دهندگان در هنگام ازدواج

۲۷/۴۲±۴/۷۸ بوده است و در بازه سنی ۱۵ تا ۴۲ سال ازدواج کرده بودند. بین ۲ تا ۱۸ سال با میانگین ۷/۴۶±۲/۳۳ از ازدواج آنان گذشته بود. ۲۳/۸ درصد (۴۱ نفر) بدون فرزند بودند، ۳۹/۵ درصد (۶۸ نفر) یک فرزند، ۱۷/۴ درصد (۳۰ نفر) دو فرزند، ۱۲/۲ درصد (۲۱ نفر) سه فرزند و ۷ درصد (۱۲ نفر) بیشتر از سه فرزند داشتند. ۶۴/۵ درصد سابقه خانوادگی خیانت را داشتند (۱۱۱ نفر)، درحالی‌که ۳۵/۵ درصد سابقه خانوادگی خیانت نداشتند. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی) نمرات افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
واکنش استرس حاد (نمره کلی)	۹۱/۷۸	۲۲/۱۶	۲/۴۴	۱/۰۹
انواع واکنش استرس حاد	نشانگان تجزیه‌ای	۸/۰۸	۰/۷۸	۱/۰۹
	تجربه مجدد	۶/۸۲	۱/۱۲	۰/۲۳
	اجتناب	۶/۲۰	۱/۱۵	۰/۱۹
	اضطراب و بیش‌انگیزگی	۳/۵۲	۰/۱۳	-۳/۵۸
	اختلال در کارکرد	۱/۴۵	-۲/۱۴	-۱/۱۲
طرح‌واره ناسازگار اولیه (نمره کلی)	۲۷۶/۱۰	۷۲/۱۵	۰/۷۱	۰/۸۸
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	بریدگی و طرد	۲۳/۹۱	-۰/۱۷	-۰/۴۳
	خودگردانی و عملکرد مختل	۱۸/۰۷	-۰/۰۷	-۰/۳۷
	دیگرجهت‌مندی	۹/۱۵	-۰/۰۶	۱/۲۳
	گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری	۱۱/۰۱	۰/۱۰	-۰/۵۵
	محدودیت‌های مختل	۱۰/۲۲	-۰/۱۷	-۱/۱۱

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار واکنش استرس حاد زوج‌های درگیر در خیانت زناشویی گروه نمونه ۹۱/۷۸±۲۲/۱۶ به دست آمد. بیشترین میانگین در انواع واکنش استرس حاد مربوط به نشانگان تجزیه‌ای (۳۱/۰۹±۸/۰۷) و کمترین میانگین مربوط به اختلال در کارکرد (۶/۱۸±۱/۴۵) بود. میانگین و انحراف معیار معنای زندگی زوج‌های درگیر در خیانت زناشویی گروه نمونه ۳۲/۹۳±۹/۱۴ به دست آمد. میانگین مؤلفه جست‌وجو برای یافتن معنا (۱۷/۴۰±۶/۸۰) بیشتر از میانگین مؤلفه وجود معنا در زندگی (۱۵/۵۳±۳/۴۱) بود. میانگین و انحراف معیار طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

زوج‌های درگیر در خیانت زناشویی گروه نمونه ۲۷۶/۱۰±۷۲/۱۵ به دست آمد. بیشترین میانگین در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرح (۹۲/۷۰±۲۳/۹۱) و کمترین میانگین نیز مربوط به حوزه محدودیت‌های مختل (۳۵/۸۷±۱۰/۲۲) بود. کجی و کشیدگی تمامی متغیرها نیز بین ۲- تا ۲ قرار داشت که نشان‌دهنده نرمال بودن داده‌ها است. در جدول ۲ ضرایب همبستگی معنای زندگی و تقیدات مذهبی با نوع و میزان واکنش‌های استرس حاد پس از افشای خیانت همسر گزارش شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نوع و میزان واکنش‌های استرس حاد

متغیرهای پیش‌بین						زوج‌های درگیر در خیانت زناشویی
محدودیت‌های مختل	گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری	دیگرجهت‌مندی	خودگردانی و عملکرد مختل	بریدگی و طرد	طرح‌واره ناسازگار اولیه	
r	r	r	r	r	r	شاخص‌های آماری متغیرهای ملاک
۰/۲۵**	۰/۴۴**	۰/۲۹**	۰/۳۴**	۰/۴۰**	۰/۴۶**	میزان واکنش استرس حاد (نمره کلی)
۰/۱۷*	۰/۳۹**	۰/۲۲**	۰/۱۷*	۰/۲۴**	۰/۲۱**	نشانگان تجزیه‌ای
۰/۱۶*	۰/۲۴**	۰/۱۶*	۰/۲۱**	۰/۱۸*	۰/۲۰**	تجربه مجدد
۰/۲۱**	۰/۳۲**	۰/۲۰**	۰/۱۵*	۰/۲۷**	۰/۲۴**	اجتناب
۰/۲۵**	۰/۴۶**	۰/۲۷**	۰/۳۱**	۰/۳۵**	۰/۴۲**	اضطراب و بیش‌انگیزگی
۰/۲۴**	۰/۴۱**	۰/۲۴**	۰/۲۶**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	اختلال در کارکرد

P-value < 0/05*, P-value < 0/01**

آنان نسبت به خیانت همسر نیز شدیدتر خواهد بود و بالعکس. پیش از اجرای تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان، مفروضه‌ها یعنی نرمال بودن، خطی بودن رابطه، یکسانی پراکندگی حول خط رگرسیون، استقلال خطاها و عدم هم خطی مورد ارزیابی قرار گرفت. مقادیر به دست آمده برای کجی و کشیدگی متغیرها حاکی از برقراری مفروضه نرمال بودن بود (جدول ۱). برای تعیین مفروضه خطی بودن و یکسانی پراکندگی حول خط رگرسیون از نمودار پراکنش استفاده شد که این نمودارها حاکی از برقراری این مفروضه‌ها بود. فرض استقلال خطاها یا عدم همبستگی بین خطاها با استفاده از آزمون دوربین واتسون بررسی شد که چون مقدار آن (۱/۹۱) بین ۱/۵ تا ۲/۵ بود، نسبت به برقراری این مفروضه نیز اطمینان حاصل شد (جدول ۳).

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میزان واکنش‌های استرس حاد همسر نسبت به خیانت با نمره کلی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ($r = 0/46$, $P < 0/01$) و حوزه‌های آن، یعنی بریدگی و طرد ($r = 0/40$, $P < 0/01$)، خودگردانی و عملکرد مختل ($r = 0/34$, $P < 0/01$)، دیگرجهت‌مندی ($r = 0/29$, $P < 0/01$)، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری ($r = 0/44$, $P < 0/01$) و محدودیت‌های مختل ($r = 0/25$, $P < 0/01$) رابطه مثبت معنی‌داری دارند. انواع واکنش‌های استرس حاد همسر نسبت به خیانت نیز با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حوزه‌های آن رابطه مثبت معنی‌داری داشتند ($P < 0/05$). به عبارتی دیگر، هر چه سطح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد بیشتر باشد، میزان و انواع واکنش‌های استرس حاد

جدول ۳. نتایج آزمون دوربین واتسون جهت بررسی استقلال باقیمانده‌ها

مدل	خطای استاندارد برآورد (SE)	آماره دوربین-واتسون (D-W)
۱	۸/۷۵	۱/۹۱

استفاده شد که نتایج آن‌ها برای آماره‌های تحمل بین ۱/۵۱ تا ۲/۱۵ و برای VIF بین ۰/۴۷ تا ۰/۶۶ بود که این نتایج نشان می‌دهد بین متغیرهای پیش‌بین عدم هم خطی وجود دارد (جدول ۴).

همچنین از شاخص‌های «عامل تورم واریانس»^۱ (VIF) و «تحمل»^۲ به منظور بررسی هم خطی متغیرهای مستقل

1 . variance inflation factor
2 . tolerance

جدول ۴. مقادیر شاخص‌های عامل تورم واریانس و تحمل برای بررسی عدم هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین

متغیر	آماره تحمل (Tolerance)	افزایش واریانس (VIF)
بریدگی و طرد	۰/۵۸	۱/۷۲
خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۶۶	۱/۵۱
دیگرجهت‌مندی	۰/۶۴	۱/۵۶
گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری	۰/۵۱	۱/۹۷
محدودیت‌های مختل	۰/۴۷	۲/۱۵

جدول ۵. تحلیل رگرسیون توان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی میزان واکنش‌های استرس حاد

خلاصه مدل ۱				P-value	t	Beta	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
P-value	F	R ²	R				
۰/۰۰۱	۱۶/۰۷	۰/۳۳	۰/۵۷	۰/۰۰۱	۳/۹۳	۰/۲۶	بریدگی و طرد
				۰/۰۱۱	۲/۵۸	۰/۱۸	خودگردانی و عملکرد مختل
				۰/۲۳۵	۱/۱۹	۰/۱۱	دیگرجهت‌مندی
				۰/۰۰۱	۴/۱۶	۰/۲۹	گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری
				۰/۷۸۳	۰/۲۸	۰/۰۲	محدودیت‌های مختل

بریدگی و طرد ($P\text{-value} < ۰/۰۱$, $Beta = ۰/۲۶$) و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ($P\text{-value} < ۰/۰۱$, $Beta = ۰/۱۸$) توانایی پیش‌بینی واکنش‌های استرس حاد را داشتند. حوزه‌های دیگرجهت‌مندی و محدودیت‌های مختل نقش معنی‌داری در پیش‌بینی واکنش‌های استرس حاد نداشت ($P\text{-value} > ۰/۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش طرح‌واره‌های ناسازگار در اختلال استرس حاد ناشی از خیانت همسر انجام شد. نتایج نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حوزه‌های آن، یعنی بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری و محدودیت‌های مختل با انواع و میزان واکنش‌های استرس حاد نسبت به خیانت همسر رابطه دارند. حوزه‌های بریدگی

در جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان برای بررسی توان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی میزان واکنش‌های استرس حاد نسبت به خیانت همسر ارائه شده است.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان (جدول شماره ۵) نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با میزان واکنش‌های استرس حاد همبستگی چندگانه ۰/۵۷ وجود دارد ($P\text{-value} < ۰/۰۰۱$, $R = ۰/۵۷$). همچنین نتایج نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مجموع ۳۳٪ از کل واریانس میزان واکنش‌های استرس حاد را تبیین می‌کنند ($P\text{-value} < ۰/۰۰۱$, $R^2 = ۰/۳۳$). ضرایب Beta جهت نشان دادن نقش اصلی هر حوزه نشان داد که در درجه اول حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری ($P\text{-value} < ۰/۰۱$, $Beta = ۰/۲۹$) توانایی پیش‌بینی واکنش‌های استرس حاد را دارد، بعد از آن به ترتیب حوزه

به نظر برخی پژوهشگران، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ممکن است با رویدادهای تروماتیک (مانند افشای خیانت) فعال شوند و فرد را به هیجان‌های منفی قوی سوق دهند [۴۴]. از این رو می‌توان گفت، تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر اختلال استرس حاد شاید به این بازگردد که رویداد تروماتیک طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیمار را فعال یا تقویت می‌کند [۳۴] و یا وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باعث آسیب‌پذیری افراد در موقعیت‌های استرس‌آمیز (رویداد تروماتیک) می‌شود و در نتیجه ممکن است این طرح‌واره‌ها در جریان تجربه رویداد تروماتیک فعال شده، آسیب‌پذیری افراد را در ابتلا به این اختلال بیشتر کند. از طرفی شاید بتوان این نتایج را این طور تبیین کرد که تجربه تروماتیک باعث تقویت یا به وجود آمدن طرح‌واره بی‌اعتمادی در قربانیان تروما شده و لذا آن‌ها نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند و جهان را ناعادلانه و غیرمنصفانه می‌پندارند [۳۲].

از سوی دیگر، ویگنر [۵۱] مطرح کرد که بازمانده‌های تروما، تلاش مستمری برای بازسازی از افکار، هیجانات و تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده به کار می‌بندند و تلاش می‌کنند تا هیجانات خود را، به خصوص در شرایط تنش‌زا، سرکوب کنند. سخن آخر اینکه، پاسخگویی به این سؤال که تجربه تروما، طرح‌واره‌های ناسازگار را تقویت یا ایجاد کرد و یا طرح‌واره‌های ناسازگار باعث به وجود آمدن استرس حاد و در نتیجه اختلال استرس پس از سانحه می‌شود به پژوهش بیشتر نیازمند است، ولی آنچه این پژوهش مشخص می‌کند، وجود یک رابطه قوی میان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و استرس حاد است.

در این زمینه، لدوکس و همکاران [۵۲] معتقدند که طرح‌واره‌های مبتنی بر حوادث آسیب‌زا مانند رهاشدگی و بدرفتاری، برانگیخته می‌شوند، آن‌ها در تحلیل بیولوژی حوادث آسیب‌زا می‌نویسد: در حین بروز یک حادثه آسیب‌زا خاطره هشیار توسط سیستمی ذخیره می‌شوند که با هیپوکامپ و نواحی قشر مغز مرتبط است و خاطرات ناهشیار توسط سازوکارهای شرطی شدن ترس شکل می‌گیرند که این سازوکارها از طریق سیستم آمیگدال عمل می‌کند. این دو سیستم به طور مؤثری فعال می‌شوند و

و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری پیش‌بینی‌کننده میزان واکنش‌های استرس حاد بودند. این یافته‌ها همسو با مطالعاتی است که نشان داده‌اند طرح‌واره‌ها تعیین‌کننده واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به موقعیت‌های زندگی و روابط بین‌فردی هستند که با سطح تجربه استرس پس از وقایع آسیب‌زا رابطه دارند [۲۳، ۲۹]. در این زمینه گری و همکاران [۳۳] نشان دادند که مشکل تطبیق دادن اطلاعات مرتبط با تروما با طرح‌واره‌های اولیه ممکن است عامل زیربنایی بروز علائم استرس باشد. سیمونز و گرانولد [۳۴] نیز گزارش دادند که پردازش طرح‌واره‌های ناسازگار، آسیب‌پذیری افراد را بعد از مواجهه با رویداد آسیب‌زا بیشتر می‌کند و این ممکن است میزان ابتلا به اختلالات استرس حاد و استرس پس از سانحه را در افراد واجد طرح‌واره‌های ناسازگار افزایش دهد. این یافته با نتایج پژوهش احسان و بهرامی‌زاده [۴۷] و تیم [۴۸] همسو است که نشان دادند که تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با روان‌رنجوری به طور معناداری همبسته هستند. نادری و همکاران [۴۹] نیز طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را یک عامل خطر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه گزارش کردند و نشان دادند که نمره مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه در بیشتر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (از قبیل طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوا (کناره‌گیری اجتماعی)، آسیب‌پذیری، بازداری هیجانی و خویش‌تن‌داری ناکافی) به طور معناداری بیش از سایر گروه‌هاست.

از آنجا که چندین شاخص از سیاهه طرح‌واره‌های ناسازگار برخی نشانه‌های اختلال استرس حاد را توصیف می‌کنند، ممکن است این علائم خود را در شاخص‌های طرح‌واره ناسازگار نشان دهند؛ برای مثال، می‌توان به کسب نمره بالا در طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر صدمه با علائم تجربه مجدد و بیش‌برانگیختگی اشاره کرد که خود را به شکل ترس از وقوع دوباره یک فاجعه یا خطر قریب‌الوقوع نشان می‌دهد [۵۰]. طرح‌واره انزوای اجتماعی ممکن است به علائم گسستگی و بیگانگی از دیگران شباهت داشته باشد. این طرح‌واره فعالیت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد را به طور پیش‌رونده محدود می‌کند [۳۳].

دلیل پنهان بودن این جامعه، دشواری در جلب رضایت این افراد برای همکاری در تکمیل پرسشنامه‌های مرتبط با تجربه خیانت به دلیل زشت و قبیح دانستن این عمل، از جمله محدودیت‌هایی است که تعمیم یافته‌های پژوهشی را به جامعه در دسترس و هدف با محدودیت مواجه می‌کند؛ به علاوه همکاری نکردن برخی مسئولان مراکز و مؤسسات، به دلیل حساسیت زیاد موضوع و همچنین نگرانی مراجعه‌کنندگان از افشای هویت و اطلاعات شخصی از محدودیت‌های دیگر پژوهش است. استفاده از طرح همبستگی که به داده‌های جمع‌آوری شده در مقطعی از زمانی بستگی دارد و مانع دستیابی به تفسیرهای علیتی دقیق می‌شود، محدودیت دیگر این پژوهش بود. محدودیت آخر به «سوگیری تک‌روشی»^۱ مربوط است، استفاده صرف از پرسشنامه‌های خودگزارش، با افزایش احتمال عدم صداقت و بی‌دقتی در پاسخ‌دهی - به‌رغم مراقبت پژوهشگر و استفاده از روش‌های برانگیزنده - به کاهش روایی سازه^۲ پژوهش منجر می‌شود.

بنابراین برای افزایش روایی سازه پژوهش، پیشنهاد می‌شود همزمان با اجرای پرسشنامه از آزمودنی‌ها مصاحبه نیز به عمل آید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، اساتید و مسئولان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران و مسئولان محترم دادگاه‌ها و مراکز مشاوره خانواده شهرهای تهران و ساوه که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Tilden T, Gude T, Hoffart A. The course of dyadic adjustment and depressive symptoms during and after couples therapy: a prospective follow-up study of inpatient treatment. *J Marital Fam Ther.* 2010;36(1):43-58.
- 2- Olson JR, Marshall JP, Goddard HW, Schramm DG. Shared religious beliefs, prayer, and forgiveness as predictors of marital satisfaction. *Fam Relat.* 2015;64(4):519-33.

1 . one way bias
2 . construct validity

درباره تجربه آسیب‌زا، اطلاعات متفاوتی را ذخیره می‌کنند. هر یک از این دو سیستم می‌توانند به محض روبه‌رو شدن با محرک‌هایی که در طور حادثه آسیب‌زا وجود داشته است، خاطرات خود را ارزیابی کند و منجر به استرس شوند. نتایج ارزیابی سیستم آمیگدال نیز به صورت آمادگی پاسخ‌های بدنی را مقابل خطر ظاهر می‌شوند و سیستم هیپوکامپ خاطرات را به صورت هشیارانه به یاد می‌آورد. آمیگدال، خاطرات هیجانی را ذخیره می‌کند، درحالی‌که هیپوکامپ و قشر عالی مغز، خاطرات شناختی را نگهداری می‌کند. پاسخ‌های هیجانی می‌تواند بدون فعال شدن سیستم‌های پردازش قشر عالی مغز که درگیر تفکر، استدلال و هشپاری هستند، اتفاق بیفتد [۵۳].

در نتیجه، با توجه به تأثیر شوکه‌کننده افشای خیانت که به احتمال فراوان تجربه واکنش‌های استرس‌خاد را به همراه دارد پیشنهاد می‌شود که مشاوران خانواده و درمان‌گران با مداخله‌های اورژانسی - حمایتی خود از مراجعین برای حفظ سلامت و انسجام روانی آنان اقدام کنند تا زمینه برای مداخله‌های روان‌شناختی فراهم شود. به‌علاوه با توجه به اینکه نتایج مطالعه نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگاری که به دلیل خیانت همسر ایجاد می‌شوند، زمینه بروز اختلال استرس‌خاد پس از افشای خیانت را فراهم می‌سازند. پیشنهاد می‌شود میزان و نوع طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد آسیب‌دیده سنجیده شود تا در صورت تهدید توسط این عامل روان‌شناختی مداخله‌های مبتنی بر طرح‌واره درمانی کاهش واکنش‌های استرس‌خاد آنان صورت گیرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، جامعه آماری آن بود که تنها زوج‌های درگیر در خیانت زناشویی شهرهای تهران و ساوه که طی سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به دادگاه‌ها و مراکز مشاوره خانواده دربرمی‌گرفت. محدودیت بعدی در زمینه تعمیم‌پذیری یافته‌ها مربوط به روش نمونه‌گیری پژوهش که هدفمند بود؛ لذا به‌منظور افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود علاوه بر استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، پژوهش‌های مشابهی در نمونه‌های گسترده‌تر و با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت اجرا شود. دشواری در شناسایی اعضای نمونه به

- 16-Rotter JC. Letting go: Forgiveness in counseling. *Fam J*. 2001;9(2):174-7.
- 17-Rokach A, Philibert-Lignières G. Intimacy, loneliness & infidelity. *Open Psychol J*. 2015;8(1)71-7.
- 18-Blow AJ, Hartnett K. Infidelity in committed relationships ii: A substantive review. *J Marital Fam Ther*. 2005;31(2):217-33.
- 19-Jackman M. Understanding the cheating heart: What determines infidelity intentions? *Sex Cult*. 2015;19(1):72-84.
- 20-Fatehizade M, Rahimi A, Yousefi Z. The Lived Experiences of Iranian Women, Injured from Their Husbands' Infidelity. *Mod Appl Sci*. 2016;10(4):70-5.
- 21-Echeburúa E. The challenge of posttraumatic stress disorder prevention: how to survive a disaster? *Ter Psicol*. 2010;28(2):147-54.
- 22-Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed Editora; 2016.
- 23-Wen X, Wang D, Li N, Qin X, Gu D. The construction of the structural equation model of burden, benefit finding, and anxiety-depression of esophageal cancer caregivers based on Lazarus stress and coping theory. *Ann Palliat Med*. 2021;10(7):7644-52.
- ۲۴-دهقانی‌بنادکی، روح‌الله؛ روشن‌چسلی، رسول؛ عباسی، روح‌الله؛ فراهانی، حجت‌اله. پیش‌بینی تعهد زناشویی براساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (حیطه جدایی/ طرد): نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر گوشی هوشمند. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲):۳۳-۴۸.
- ۲۵-خوشینی، فاطمه؛ اکبری، مهدی؛ محمدخانی، شهرام. رابطه ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بدن با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بی‌اعتبارسازی هیجانی ادراک شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲):۱۰۱-۱۱۹.
- 26-Calvete E, Orue I, Hankin BL. A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *J Psychopathol Behav Assess*. 2015 Mar;37(1):85-99.
- 3- Jeanfreau MM, Jurich AP, Mong MD. An examination of potential attractions of women's marital infidelity. *Am J Fam Ther*. 2014;42(1):14-28.
- 4- Allendorf K, Ghimire DJ. Determinants of marital quality in an arranged marriage society. *Soc Sci Res*. 2013;42(1):59-70.
- 5- Johnson S. Your cheatin'heart: Myths and absurdities about extradyadic relationships. *J Couple Relatsh Ther*. 2005;4(2-3):161-72.
- 6- Capuzzi D, Stauffer M, editors. *Career counseling: Foundations, perspectives, and applications*. Routledge; 2012.
- 7- De Stefano J, Oala M. Extramarital affairs: Basic considerations and essential tasks in clinical work. *Fam J*. 2008;16(1):13-9.
- 8- Vossler A. Dr Peter Stratton (Professor Emeritus, Leeds University), Dr Naomi Moller (Open University) &. *The Counselling and Psychotherapy Research Handbook*. 2014.
- 9- Hertlein KM, Wetchler JL, Piercy FP. Infidelity: an overview. *J Couple Relatsh Ther*. 2005;4(2-3):5-16.
- 10-Glass S. Not" just friends": rebuilding trust and recovering your sanity after infidelity. Simon and Schuster; 2007.
- 11-Brown EM. Patterns of infidelity and their treatment. *Routledge*; 2013.
- 12-Shackelford TK, Buss DM. Cues to infidelity. *Pers Soc Psychol Bull*. 1997;23(10):1034-45.
- 13-L. Platt RA, Nalbone DP, Casanova GM, Wetchler JL. Parental conflict and infidelity as predictors of adult children's attachment style and infidelity. *Am J Fam Ther*. 2008 Mar 29;36(2):149-61.
- 14-Young K, DeBlasio FA. After the Affair: Healing the Pain and Rebuilding Trust When a Partner Has Been Unfaithful. By Janis Abrahms Spring with Michael Spring. New York: *Harper Collins Publishers, Inc*. 2015.
- 15-Warach B, Josephs L. The aftershocks of infidelity: a review of infidelity-based attachment trauma. *Sex Relatsh Ther*. 2021;36(1):68-90.

- 36-Nicol A, Mak AS, Murray K, Walker I, Buckmaster D. The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. *Cognit Ther Res*. 2020;44(4):715-51.
- 37-Hovrud L, Simons R, Simons J. Cognitive schemas and eating disorder risk: The role of distress tolerance. *Int J Cogn Ther*. 2020;13(1):54-66.
- 38-Boudoukha A H, Przygodzki-Lionet N, Hautekeete M. Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *European Review of Applied Psychology*. 2016;66(4):181-7.
- 39-Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Boston, MA: *pearson*; 2007.
- 40-Cardena E, Koopman C, Classen C, Waelde LC, Spiegel D. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):719-34.
- 41-Luo Y, He X, Wang S, Li J, Zhang Y. Media exposure predicts acute stress and probable acute stress disorder during the early COVID-19 outbreak in China. *PeerJ*. 2021;9:e11407.
- ۴۲- جهان‌بین، حامد؛ برجعلی، احمد؛ اسکندری، حسین. اثربخشی درمان روایتی - سازه‌گرایی به شیوه «بازگشت به آینده» بر کاهش نشانه‌های اختلال فشار روانی حاد ناشی از وقوع تصادف منجر به اغما در همسر. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۹۶؛ ۷(۲۷): ۱۱۷-۱۳۵.
- 43-Ames DR, Rose P, Anderson CP. The NPI-16 as a short measure of narcissism. *J Res Pers*. 2006;40(4):440-50.
- 44-Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognit Ther Res*. 1995;19(3):295-321.
- 45-Ahi Gh, Mohammadifar MA, Besharat MA. Reliability and validity of Young's schema questionnaire-short form. *J Psychol Educ*. 2007;37(3):5-20.
- 27-Bach B, Bernstein DP. Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(1):38-49.
- ۲۸- احمدی، سحر؛ ماردپور، علیرضا؛ محمودی، آرمین. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۴۱): ۵۳-۷۰.
- 29-Baugh LM, Cox DW, Young RA, Kealy D. Partner trust and childhood emotional maltreatment: The mediating and moderating roles of maladaptive schemas and psychological flexibility. *J Context Behav Sci*. 2019;12:66-73.
- 30-Janovsky T, Rock AJ, Thorsteinsson EB, Clark GI, Murray CV. The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clin Psychol Psychother*. 2020 May;27(3):408-47.
- 31-Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet PJ, Goudemand M, Hautekeete M. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *L'encephale*. 2004;30(3):255-8.
- 32-Ali T, Dunmore E, Clark D, Ehlers A. The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behav Cogn Psychother*. 2002 Jul;30(3):249-57.
- 33-Gray, M. J. Maguen, S. & Litz, B. T. (2007). Schema Constructs and Cognitive Models of Posttraumatic Stress Disorder. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 59-92). *American Psychological Association*.
- 34-Simmons CA, Granvold DK. A cognitive model to explain gender differences in rate of PTSD diagnosis. *Brief Treat Crisis Interv*. 2005 Aug 1;5(3):290.
- 35-Faustino B. Maladaptive and adaptive cognitions about the self and others: Confirmatory factor analysis of the brief core schemas scales. *Psychol Rep*. 2022.

- 50-Úbeda Y, Fatjó J, Rostán C, Crailsheim D, Gomara A, Almunia J, Llorente M. A preliminary investigation on the evaluation of psychopathologies in a group of ex-pet and ex-performer chimpanzees (Pan troglodytes): A rating approach based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *J Vet Behav.* 2021;41:52-64.
- 51-Dalgleish T, Mathews A, Wood J. Inhibition processes in cognition and emotion: a special case? In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 243-265). John Wiley & Sons Ltd. 1999.
- 52-Ledoux T, Winterowd C, Richardson T, Clark JD. Relationship of negative self-schemas and attachment styles with appearance schemas. *Body Image.* 2010;7(3):213-7.
- 53-Arntz A, Jacob G. *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach.* John Wiley & Sons; 2017.
- ۴۶-سهیلی صوفیانی، محمدرضا؛ پیرخانی، علیرضا؛ محمدی، اکبر. ویژگی‌های روان‌سنجی پروفایل بهزیستی پرما: ابزاری چند مؤلفه‌ای برای سنجش شکوفایی مؤلفه‌ای برای سنجش شکوفایی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت.* ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۱۵۱-۱۶۴.
- 47-Ehsan HB, Bahramizadeh H. Early maladaptive schemas and agreeableness in personality five factor model. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011;30:547-51.
- 48-Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2010;41(4):373-80.
- ۴۹-نادری، یزدان؛ مرادی، علیرضا؛ رحیمی موقر، وفا؛ رمضان‌زاده فاطمه. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یک عامل خطر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *تازه‌های علوم شناختی.* ۱۳۹۴؛ ۱۷ (۳): ۵۵-۶۴.

نقش صفات شخصیت در پیش‌بینی سندرم روده تحریک‌پذیر با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی

نویسندگان

عزت‌اله احمدی^{۱*}، حسن بافنده^۲، محمد محکی^۳

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. H_bafandeh@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

Mmahaki6411@yahoo.com

چکیده

مقدمه: نقش عوامل روانی و شخصیتی در پیش‌بینی و درمان سندرم روده تحریک‌پذیر بسیار حائز اهمیت بوده، در سال‌های اخیر توجه خاصی را از سوی پژوهشگران و درمانگران به خود جلب کرده است. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش صفات شخصیت در پیش‌بینی سندرم روده تحریک‌پذیر با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی بود.

روش: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان‌های شهرستان اسکو بودند که از میان آن‌ها ۲۹۲ دانش‌آموزان به‌عنوان نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و پرسشنامه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر (EISSS)، شخصیتی نئو (NEO-FFI) و فهرست تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (ASI-R) توسط آن‌ها تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Amos نسخه ۲۱ استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد صفات شخصیتی روان‌رنجوری، گشودگی به تجربه و وظیفه‌شناسی به‌طور مستقیم و نیز با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی رابطه مثبت و معنی‌دار با سندرم روده تحریک‌پذیر دارد و صفات شخصیتی توافق‌پذیری و برون‌گرایی به‌طور مستقیم و با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی رابطه منفی و معنی‌دار با سندرم روده تحریک‌پذیر دارند. در کل نتایج نشان داد صفات شخصیتی با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی بر سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر معنی‌داری دارند و شاخص مربعات خطای برآورد (RMSEA = ۰/۰۵) و نیکویی برازش (GFI = ۰/۹۱) مطلوب محاسبه شدند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به شواهد به‌دست آمده در خصوص نقش عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری، راه‌اندازی و تشدید یا تخفیف علائم، به نظر می‌رسد هیچ راهکار درمانی برای بیماران IBS نمی‌تواند بدون در نظر گرفتن نقش عوامل روانی به موفقیت دست یابد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۱۱/۰۵

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۴/۱۸



کلیدواژه‌ها

صفات شخصیتی؛ حساسیت اضطرابی؛ سندرم روده تحریک‌پذیر.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

amiraliahmadi91@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی نویسنده سوم است.

مقدمه

علائم گوارشی از قبیل دل‌درد و اختلالات عادت اجابت مزاج از شکایات بسیار شایعی هستند که متخصصان در درمانگاه‌های عمومی و تخصصی همه‌روزه به فراوانی با آن مواجه می‌شوند. بررسی برای تعیین ماهیت این شکایات باعث اتلاف وقت و هزینه بسیار زیادی برای مبتلایان می‌گردد. سندرم روده‌ تحریک پذیر^۱ یک اختلال شایع دستگاه گوارش در سراسر جهان [۱] و یکی از بیماری‌های غیرقابل درمان و بسیار عودکننده (یک بیماری مادام‌العمری در بعضی از بیماران) است که باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران از نظر جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی می‌شود [۲].

سندرم روده‌ تحریک‌پذیر (IBS) یک اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که شامل اختلالات عملکرد روده، اغلب همراه با درد شکمی است [۳]. اختلالات عملکردی دستگاه گوارش به‌عنوان «ترکیبی متغیر از علائم مزمن یا مکرر گوارشی تعریف شده است که توسط اختلالات ساختاری یا بیوشیمی قابل توضیح نیست. این علائم عبارت‌اند از علائم مربوط به رحم، مری، معده، درخت صفراوی، روده کوچک و بزرگ یا آنارکتوم» گفته می‌شود [۴]. حدود ۵۰ درصد از مراجعات به مراکز خدمات بیماری‌های گوارشی را اختلالات عملکردی گوارشی تشکیل می‌دهند که از این میان IBS عمده‌ترین اختلال در بررسی‌های بالینی و گوارشی بوده و حدود ۱۲ درصد از بیماران مراجعه‌کننده برای درمان‌های اولیه را تشکیل می‌دهند [۵]. پاتوفیزیولوژی بیماری هنوز مشخص نیست؛ ولی سابقه گاستروآنتریت، مصرف محرک‌های گوارشی، استرس‌های روانی، بعضی مکانیسم‌های ناشی از فعالیت جسمانی غیرطبیعی و افزایش حساسیت احشایی از عوامل مؤثر ایجادکننده IBS می‌باشند [۶]. در کنار عوامل متعدد، نقش عوامل روانی در سندرم روده‌ تحریک‌پذیر هنوز ناشناخته مانده است [۷]. پژوهش‌ها نشانگر این است که بیماری‌های روانی موجب ایجاد سندرم روده‌ تحریک‌پذیر نمی‌شوند؛ ولی بر روی درک درد در این بیماران طول مدت و شدت نفوذ ابتلا به سندرم روده‌ تحریک‌پذیر مؤثر هستند [۸]. در سال‌های اخیر علاوه بر نقش اختلالات روان‌پزشکی

در پیش‌بینی سندرم روده‌ تحریک‌پذیر به نقش صفات شخصیتی در ارتباط با کاهش فعالیت حرکتی روده در بیماران مبتلا به این اختلال توجه شده است [۹]. چهارچوب نظری مفید و توصیف دقیق‌تر ابعاد شخصیت توسط پنج عامل بزرگ شخصیتی نو و اهمیت آن در درک ساختار رفتار آدمی، باعث ایجاد علاقه در پژوهشگران در راستای تبیین رفتار شده، به‌طوری‌که در حال حاضر نیز مطالعه شخصیت در مبتلایان به اختلالات عملکرد گوارشی نیز مدنظر محققین است [۱۰]. در این پرسشنامه ارتباط نزدیکی بین روان‌رنجورخویی با IBS در پژوهش‌ها به دست آمد؛ به‌طوری‌که روان‌رنجورخویی آسیب‌پذیری مشخصی در ابتلا به این بیماری و نیز حالات هیجانی منفی داشت [۱۱].

بر اساس مدل پنج‌عاملی شخصیت، آسیب‌پذیری به احساسات منفی یکی از ویژگی‌های کسانی است که روان‌رنجوری بالایی دارند. بر این اساس، احتمال بیشتری دارد چنین افرادی در معرض تظاهرات فیزیکی IBS قرار بگیرند. محققانی که رابطه بین عوامل روان‌شناختی و IBS را مطالعه کرده، نشان داده‌اند که افراد مبتلا به سندرم روده‌ تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد سالم، تحت تأثیر سطح بالایی از افسردگی، اضطراب و روان‌رنجوری قرار دارند [۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲]. زروینسکا و کوکور^۲ در پژوهشی که به منظور ارزیابی صفات شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در میان بیماران مبتلا به اختلال سوءهاضمه و سندرم روده‌ تحریک‌پذیر انجام داده بودند، چنین نتیجه گرفتند که این دو گروه از بیماران، سازگاری و مسئولیت‌پذیری بالا و روان‌رنجورخویی، گشودگی به تجربه و برون‌گرایی متوسطی داشتند. همچنین در این تحقیق مشخص شد که افراد مبتلا به سندرم روده‌ تحریک‌پذیر بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند [۱۷].

در پژوهش دیگر نیز نشان داده شد که ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری هم با واسطه‌گری کنترل عواطف (۰/۱۲) و هم بدون واسطه‌گری آن (۰/۲۱) و در مجموع (۰/۳۳)، در سندرم روده‌ تحریک‌پذیر تأثیر معنی‌داری داشت؛ ولی ویژگی‌های شخصیتی دیگر مانند برون‌گرایی و توافق فقط قادر بودند با واسطه‌گری کنترل عواطف بر نشانه‌های سندرم روده‌ تحریک‌پذیر تأثیر معنی‌داری داشته

کشورهای غربی، سندرم روده تحریک‌پذیر و عوامل خطرزای آن در نوجوانان معمول دانسته شده، در ایران نیز بر اساس مطالعات، درصد شیوع از ۲/۴ تا ۱۶/۴ درصد گزارش شده است [۲۸]. برخی از مطالعات بالینی نیز بر غلبه IBS در افراد زیر ۲۵ سال توجه داشته‌اند. [۲۹] گاهی به لحاظ درگیری‌های ذهنی و هیجانی منفی در دوره نوجوانی و داشتن مسائل و مشکلات روانی، اضطراب و افسردگی در نوجوانان [۲۹] و تأثیر این درگیری‌ها بر واکنش‌های جسمانی به ویژه در ایجاد بیماری‌های روان‌تنی همچون سندرم روده تحریک‌پذیر (DSM-5)^۲ و نیز نامعلوم بودن نقش ویژگی‌های شخصیتی و حساسیت اضطرابی در این میان، از این گروه سنی برای به دست آوردن داده‌های پژوهش استفاده می‌شود؛ لذا بر اساس موارد مطرح شده، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش صفات شخصیتی در پیش‌بینی سندرم روده تحریک‌پذیر با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی است.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی - تحلیلی است که از نظر روش‌شناسی در طبقه پژوهش‌های همبستگی و معادلات ساختاری است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دبیرستانی تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در مدارس شهرستان اسکو مشغول به تحصیل بودند.

ب) نمونه پژوهش: نمونه مورد استفاده در پژوهش‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری تعداد ۸ نفر برای نمونه‌های بالینی تا تعداد ۱۰ نفر برای نمونه‌های غیربالینی برای هر زیر مقیاس در نظر گرفته می‌شود، بدین لحاظ حجم نمونه قابل قبول در پژوهش حاضر بر اساس اهداف پژوهش تعداد ۲۵۰ نفر باید در نظر گرفته شود که در مجموع تعداد ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب و پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص و مشکل‌دار، داده‌های ۲۹۲ نفر وارد تحلیل گردید. روش

باشند؛ در حالی که ویژگی‌هایی مانند تجربه‌پذیری و وجدانی بودن به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیری را نشان ندادند [۱۸].

در سال‌های اخیر مفهوم نسبتاً تازه حساسیت اضطرابی^۱ به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای در تعداد قابل ملاحظه‌ای از اختلالات روانی به‌ویژه اختلالات اضطرابی، روان‌تنی و شبه جسمانی توجه زیادی به خود جلب کرده است. حساسیت اضطرابی به‌عنوان میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به‌عنوان اموری آزارنده و خطرناک است [۱۹]. افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، اغلب اوقات به نشانه‌های اضطرابی به‌طور منفی واکنش نشان می‌دهند؛ اما افراد دارای حساسیت اضطرابی پایین ضمن تجربه امور ناخوشایند آن‌ها را تهدیدآمیز تلقی نمی‌کنند [۲۰]. حساسیت اضطرابی در تشدید بیماری‌های جسمی متعددی نظیر سرطان [۲۰]؛ بیماری قلبی [۲۱]؛ آسم [۲۲] نقش داشته و تحقیقات [۲۳، ۲۴، ۲۵] نشانگر وجود ارتباط معنادار بین میزان حساسیت اضطرابی با سندرم روده تحریک‌پذیر است.

در کنار مباحث ذکر شده از میان سنین مختلف، سن نوجوانی به‌عنوان یک دوره مهم تحولی در زمینه مطالعه بین هیجان و آسیب‌پذیری‌های فیزیولوژیکی و روانی است. دوره نوجوانی با تغییراتی که در اسلوب‌های زیستی، شناختی و اجتماعی ایجاد می‌کند، باعث بروز شرایط عاطفی‌ای می‌شود که می‌تواند به افزایش درک استرس منجر شود [۲۶]. مهم‌ترین ویژگی دوره رشدی نوجوانی، رسیدن به استقلال در برابر والدین و به دست آوردن یک هویت عمیق به همراه ایجاد روابط صمیمی با دیگران است. بدین لحاظ، لازم است نوجوان در تنظیم هیجان‌ات و تکانه‌های رفتاری بر خویش متکی باشد که در این دوران دشوار است. مجموعه این صفات می‌تواند به‌عنوان ویژگی‌های شخصیتی با الگوهای نسبتاً پایدار در افکار، هیجان‌ات و ویژگی‌های روانی و رفتاری در نظر گرفته شود [۲۷]. از آنجایی که دوران نوجوانی جزء مهم‌ترین دوران تحول می‌باشد، بدین لحاظ شناخت جنبه‌های مختلف هیجانی، اجتماعی، شناختی، انگیزشی و نگرشی در مداخلات روان‌شناختی اهمیت فراوانی دارد. از طرفی نیز بر اساس مطالعات اپیدمیولوژی محققین

2. Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)

1. Anxiety Sensitivity

تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی برای برآورد ضریب اعتبار استفاده شده است. در روش بازآزمایی کوتاه‌مدت، ضریب همبستگی نمرات نوبت اول و نوبت دوم که با فاصله بین ۲ تا ۳ هفته اجرا شد، برای هر یک از عوامل روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۶ به دست آمد.

فهرست تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی^۳ (ASI-R):

این مقیاس توسط «تیلور و کاکس» در سال ۱۹۹۸ و برای ارزیابی میزان ترس از علائم و پیامدهای اضطراب طراحی شده است [۳۲]. تیلور و کاکس در بررسی همسانی درونی این مقیاس ضرایب آلفای بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ را گزارش کرده‌اند [۳۳]. تحقیقات از سلسله مراتب ساختار عاملی، ثبات و همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی افتراقی این مقیاس حمایت کرده است [۳۴]. در ایران جهت مطالعه در زمینه روایی و پایایی این آزمون از سه روش همسانی درونی، دو نیمه کردن و آزمون باز آزمون جهت بررسی روایی استفاده شد که به ترتیب در دامنه‌های ۰/۸۲ تا ۰/۹۳، ۰/۷۶ تا ۰/۹۰، ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ قرار گرفتند [۳۵].

شیوه انجام پژوهش

در پژوهش حاضر ۲۹۲ نفر (۱۴۷ نفر مرد و ۱۴۵ نفر زن) شرکت کردند که در دایره سنی ۱۶ تا ۱۹ سال با میانگین ۱۷/۲۱ و انحراف استاندارد ۰/۶۷۷ بودند. در زمینه پژوهش به شرکت‌کنندگان اطلاعات لازم ارائه گردید و جهت رعایت اخلاق تحقیق به آزمودنی‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات اخذ شده صرفاً جهت انجام کار تحقیقاتی بوده و حقوق آن‌ها به لحاظ محرمانه بودن محفوظ خواهد بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها، از شاخص‌ها و روش‌های تحلیل آماری توصیفی-استنباطی استفاده شده است. بدین صورت که از شاخص توصیفی برای به دست آوردن میانگین و انحراف استاندارد و توزیع فراوانی و از آمار استنباطی برای به دست آوردن ماتریس همبستگی و تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزارهای spss و Amos استفاده شد.

نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد

بدین صورت که ابتدا مدارس دبیرستانی بر اساس شهر به سه خوشه اسکو، سهند و ایلخچی تقسیم شد و سپس از هر خوشه دو دبیرستان و از هر دبیرستان دو کلاس دبیرستانی انتخاب گردید.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سندرم روده تحریک‌پذیر (EISSS):

این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال است و هدف آن سنجش شدت علائم غیر روده‌ای سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد که توسط «فرانسیس، موریس و وورول»^۱ (۱۹۹۷) ساخته شد. طیف نمره گذاری آن از نوع هفت گزینه‌ای بوده است. گزینه‌های «گاهی اوقات=۰» تا «همیشه=۶» به عنوان وجود علامت در نظر گرفته می‌شوند. نمره نهایی پرسشنامه به ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شده که نمره بیشتر نشان‌دهنده شدت علائم بیشتر است. نسخه فارسی پرسشنامه دارای اعتبار و پایایی قابل قبولی بوده و در مطالعات مشابه مورداستفاده قرار گرفته است. (آلفای کرونباخ= ۰/۸۴) [۳۰]

پرسشنامه آزمون شخصیتی NEO-FFI^۲:

NEO-FFI یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. اگر وقت اجرای تست خیلی محدود باشد و اطلاعات کلی از شخصیت کافی باشد از این پرسشنامه استفاده می‌شود. از سوی دیگر اجرای این آزمون از نظر هزینه و زمان مقرون‌به‌صرفه است و مقیاس‌های آن از اعتبار بالایی برخوردارند و همبستگی بین مقیاس‌ها زیاد است و از همه مهم‌تر این آزمون برخلاف سایر آزمون‌های شخصیتی، با انتقادات کمتری مواجه شده است [۳۱].

این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌جویی و با وظیفه‌شناسی است. هر یک از این ۵ مقیاس دارای ۱۲ سؤال است که به صورت ۰ و ۱ و ۲ و ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شود و تعدادی از سؤالات نیز نمره معکوس دارند.

اعتبار و روایی این مقیاس در پژوهشی که در مورد دانشجویان علوم انسانی دانشگاه تهران انجام شده، مورد

1 . Francis, Morris & Whorwell

2 . Neo Five Factor Inventory

3 . Anxiety Sensitivity Index-Revised

نتایج

بودن داده‌ها مطمئن گشت؛ لذا در این بخش از پژوهش در قالب جدول ذیل، نرمال بودن داده‌ها برای هر یک از متغیرها در قالب آزمون «شاپیرو ویلک» و چولگی و کشیدگی آورده شده است. سطح معناداری آزمون شاپیرو ویلک در تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است. همچنین میزان چولگی و کشیدگی متغیرها در بازه ۲ تا -۲ قرار دارند؛ بنابراین می‌توان گفت که در همه متغیرها توزیع مقادیر حالت نرمال دارد.

در پژوهش حاضر ۲۹۲ نفر (۱۴۷ نفر مرد و ۱۴۵ نفر زن) شرکت کردند که در دایره سنی ۱۶ تا ۱۹ سال با میانگین ۱۷/۲۱ و انحراف استاندارد ۰/۶۷۷ بودند و برای تحلیل داده‌ها از ماتریس همبستگی و تحلیل مسیر استفاده گردید. همچنین داده‌های پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و از طریق نرم‌افزارهای «amos» و «spss» مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

قبل از اجرای هرگونه آزمونی لازم است در ابتدا از نرمال

جدول ۱. بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	سطح معناداری آزمون شاپیرو ویلک	چولگی	کشیدگی
سندرم روده تحریک‌پذیر	۰/۱۸۳	۰/۳۲	-۰/۱۴۲
وظیفه‌شناسی	۰/۱۵۴	-۰/۳۹	-۰/۳۶
توافق‌پذیری	۰/۱۴۹	-۰/۱۳	۰/۰۵
گشودگی به تجربه	۰/۱۲۶	۰/۱۳۸	۰/۳
برون‌گرایی	۰/۱۷۳	-۰/۳۹	۰/۰۵
روان‌رنجوری	۰/۱۶۴	-۰/۰۸	۰/۰۹
حساسیت اضطرابی	۰/۱۳۶	۰/۱۵	-۰/۱۳

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

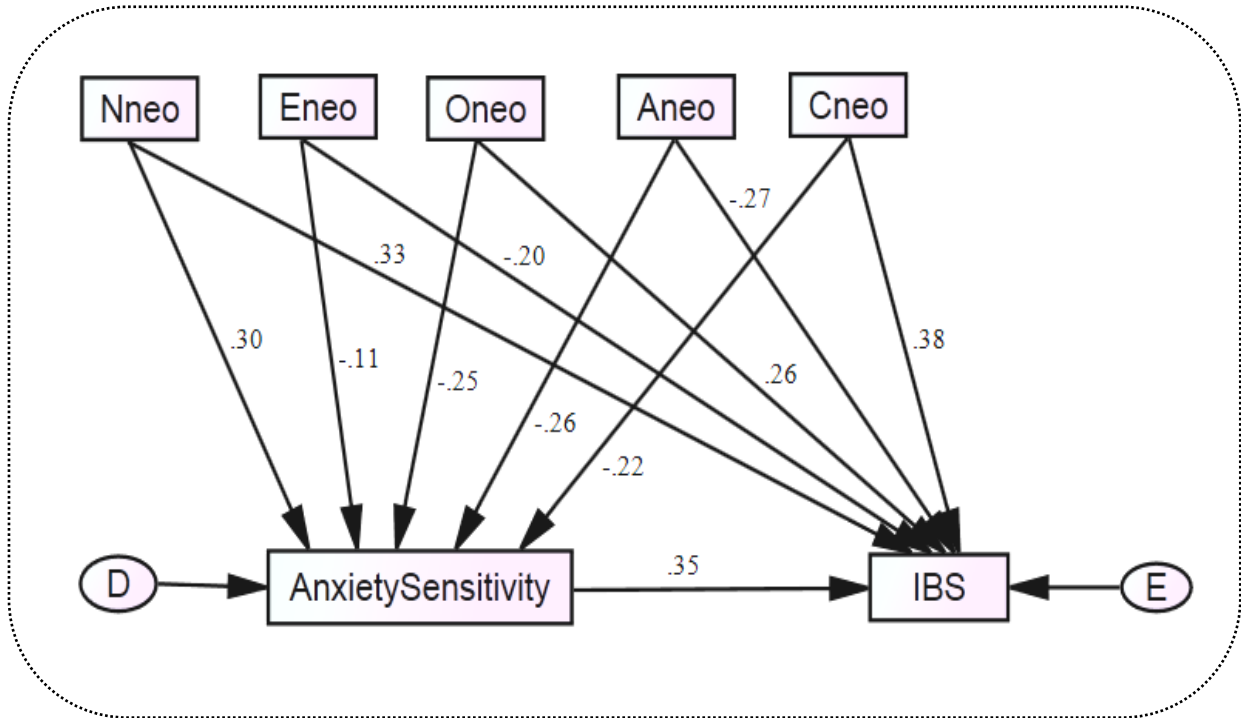
متغیر	IBS	وظیفه‌شناسی	توافق‌پذیری	گشودگی	برون‌گرایی	روان‌رنجوری
IBS	۱					
وظیفه‌شناسی	۰/۱۶۴** ۰/۰۰۵	۱				
توافق‌پذیری	-۰/۲۳۷** ۰/۰۰۰	۰/۲۳۸**	۱			
گشودگی	۰/۱۳۲* ۰/۰۲۵	۰/۳۲۹** ۰/۰۰۰	۰/۱۹۵** ۰/۰۰۱	۱		
برون‌گرایی	-۰/۰۴۸ ۰/۴۰۹	۰/۳۹۱** ۰/۰۰۰	۰/۳۵۵** ۰/۰۰۰	۰/۱۹۴** ۰/۰۰۱	۱	
روان‌رنجوری	۰/۳۰۸** ۰/۰۰۰	-۰/۲۰۹** ۰/۰۰۰	-۰/۳۳۷** ۰/۰۰۰	-۰/۱۰۲ ۰/۰۸۳	-۰/۳۳۲** ۰/۰۰۰	۱
حساسیت اضطرابی	۰/۳۵۶** ۰/۰۰۰	-۰/۱۴۲* ۰/۰۱۵	-۰/۲۲۱** ۰/۰۰۰	-۰/۱۷۰** ۰/۰۰۳	-۰/۰۸۷ ۰/۱۳۸	۰/۲۲۵** ۰/۰۰۱

*p<0/05 **p<0/01

معنی‌دار ($p= ۰/۰۰۰$) و حساسیت اضطرابی ارتباط مثبت و معنی‌داری ($p= ۰/۰۰۵$) با سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشند.

در ادامه، مدل معادله ساختاری پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار Amos ترسیم شده است.

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۲ وظیفه‌شناسی دارای ارتباط مثبت و معنی‌دار ($p= ۰/۰۰۵$)، توافق‌پذیری ارتباط منفی و معنی‌دار ($p= ۰/۰۰۰$)، گشودگی به تجربه ارتباط مثبت و معنی‌دار ($p= ۰/۰۲۵$)، برون‌گرایی ارتباط منفی ولی غیر معنی‌دار ($p= ۰/۴۰۹$)، روان‌رنجورخویی ارتباط مثبت و



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش

جدول ۳. جدول ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل

Sig	مسیر غیرمستقیم	sig	مسیر مستقیم	متغیرها
۰/۰۳	۰/۱۰۵	۰/۰۰۰	۰/۳۳	روان‌رنجورخویی
۰/۰۹	-۰/۰۳۸	۰/۰۴۳	-۰/۲۰	برون‌گرایی
۰/۰۵	-۰/۰۸۷	۰/۰۳۱	۰/۲۶	گشودگی به تجربه
۰/۰۴	-۰/۰۹۱	۰/۰۰۱	-۰/۲۷	توافق‌پذیری
۰/۰۷	-۰/۰۷۷	۰/۰۲۵	۰/۳۸	وظیفه‌شناسی
-	-	۰/۰۰۰	۰/۳۵	حساسیت اضطرابی

مستقیم ارتباط منفی و معنی‌دار ($p=0/001$) در مسیر غیرمستقیم ارتباط منفی و معنی‌دار ($p=0/004$)، وظیفه‌شناسی در مسیر مستقیم ارتباط مثبت و معنی‌دار ($p=0/025$) در مسیر غیرمستقیم و با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی ارتباط منفی و غیر معنی‌دار ($p=0/07$) و حساسیت اضطرابی نیز ارتباط مثبت و معنی‌داری ($p=0/000$) با سندرم روده‌ تحرک‌پذیر دارند.

با توجه به اطلاعات جدول ۳ روان رنجورخویی به طور مستقیم ($p=0/000$) و در مسیر غیرمستقیم و با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی ارتباط معنی‌دار ($p=0/003$)، برون‌گرایی در مسیر مستقیم ارتباط منفی و معنی‌دار ($p=0/043$) و در مسیر غیرمستقیم ارتباط منفی و غیر معنی‌دار ($p=0/09$)، گشودگی به تجربه در مسیر مستقیم ارتباط مثبت و معنی‌دار ($p=0/031$) و غیرمستقیم ارتباط منفی و معنی‌دار ($p=0/050$)، توافق‌پذیری در مسیر

جدول ۴. معیارهای برازش مدل و تفسیر برازش قابل قبول

معیار برازش مدل	مقدار حاصل در مدل مفروض	سطح قابل قبول	تفسیر	وضعیت پذیرش
نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	مقدار نزدیک به ۰/۹۵ منعکس‌کننده یک برازش مطلوب است.	قابل قبول
نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI)	۰/۹۲	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	مقدار نزدیک به ۰/۹۵ منعکس‌کننده یک برازش مطلوب است.	قابل قبول
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۴	کوچک‌تر از ۰/۰۵	مقدار کمتر از ۰/۰۵ یک برازش خوب را نشان می‌دهد.	قابل قبول
توکر لوئیس (TLI)	۰/۹۱	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	مقدار نزدیک به ۰/۹۵ منعکس‌کننده یک برازش مطلوب است.	قابل قبول
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۲	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	مقدار نزدیک به ۰/۹۵ منعکس‌کننده یک برازش مطلوب است.	قابل قبول
کای اسکور نسبی (CMIN/DF)	۳/۱۹	۱ تا ۵	مقدار کمتر از ۱ نشان‌دهنده ضعف برازش و مقدار بیشتر از ۵ منعکس‌کننده نیاز به بهبود است.	قابل قبول
شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۵۸		بالاتر از ۰/۵۰ یا ۰/۶۰	قابل قبول
شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI)	۰/۵۳		بالاتر از ۰/۵۰ یا ۰/۶۰	قابل قبول

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش نقش صفات شخصیت در پیش‌بینی سندرم روده‌ تحرک‌پذیر با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی

در جدول ۴، تعدادی از مهم‌ترین معیارهای برازش مدل و تفسیر برازش قابل قبول آمده است. به طور کلی می‌توان گفت که تمامی شاخص‌های برازش مدل قابل قبول هستند.

واکنش چند سامانه مانند دستگاه عصبی مرکزی (CNS)، عوامل روانی، حرکت‌های متغیر روده‌ای و حساسیت بیش از حد روده‌ای به وجود آید [۴۵]. محرک‌های تنش‌زا در افراد روان رنجورخو می‌توانند منجر به رشد بدکارکردی‌های روده شوند [۳۷، ۱۸].

بر اساس تأکید مک‌کری و کاستا مبنی بر اینکه عوامل پنج‌گانه شخصیت، خلق‌های ثابتی هستند که در الگوهای رفتاری آشکار می‌شوند، پایداری عامل روان رنجورخویی، فرد را روزانه فراروی بسیاری از تنیدگی‌ها و هیجان‌های منفی قرار می‌دهد؛ با توجه به نظریه استرس غیراختصاصی، استرس مزمن معمولاً با تداخل در عامل اضطراب، هم‌بسته‌های فیزیولوژی دارد که همراه با آسیب‌پذیری جسمی یا ناتوانی، برخی افراد را نسبت به اختلال روان‌تنی مستعد می‌کند [۴۶، ۴۷] و نیز می‌توان چنین بیان کرد که روان رنجوری به‌عنوان شاخصی اساسی در آسیب‌پذیری افراد در ابتلا به افسردگی و دیگر آسیب‌های روانی است [۴۸]. گرایش به تجربه هیجان‌های منفی نظیر تجربه اضطراب، ترس، خشم و خصومت، غم، احساس گناه و نفرت از مؤلفه‌های اصلی روان رنجوری می‌باشد. هیجان‌پذیری منفی احتمالاً می‌تواند باعث برانگیختگی فیزیولوژیک سیستم عصبی به صورت مداوم شود.

از آنجایی که دستگاه اعصاب روده‌ای نسبت به حالات هیجانی، فوق‌العاده حساس است، هیجان منفی مانند استرس و خشم، تغییراتی را در فعالیت حرکتی روده به وجود می‌آورد که می‌تواند سبب سندرم روده تحریک‌پذیر شود. مک‌کری و کاستا بیان می‌کنند افرادی که نمره بالایی در روان رنجوری به دست می‌آورند ممکن است احساس کنند که قادر به مقابله با استرس نیستند و در مواجهه با شرایط اضطرابی وابسته، ناامید و وحشت‌زده شوند. این افراد در موقعیت‌های استرس‌زا ارزیابی منفی می‌کنند و باعث تداوم بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر و نگرانی‌های همراه آن می‌شوند. به‌علاوه تحقیقات هم‌نشانه‌گر ارتباط حساسیت اضطرابی با تداوم بیماری هستند [۴۹] نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که روان رنجوری و آسیب‌پذیری به سطوح حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی IBS می‌تواند کمک‌کننده باشد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، ویژگی شخصیتی برون‌گرایی بر روی سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر دارد. نتیجه به

بررسی شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش صفات شخصیتی توانست تأثیر معنی‌داری بر روی سندروم روده تحریک‌پذیر نشان دهد. صفات شخصیتی به‌عنوان مدل پنج‌عامل بزرگ شخصیتی مطرح بوده که از آن میان در پژوهش حاضر نتایج حاکی از وجود ارتباط مثبت و معنی‌دار بین ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی به‌عنوان یکی از ابعاد صفات شخصیتی با سندرم روده تحریک‌پذیر است. نتیجه به دست آمده با مطالعات قبلی، [۳۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۳، ۳۷] همسو می‌باشد. تالی^۱ و همکاران دریافتند بیمارانی که معیارهای سندرم روده تحریک‌پذیر را به صورت کامل داشتند دارای سطح بالاتری از روان رنجوری بودند [۳۸]. فرنام و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقیاس روان رنجوری نمرات بیشتری به دست آوردند [۳۹]. توان اندک افراد روان رنجور در مقابله با عوامل فشارزا، خود می‌تواند دلیلی بر افزایش تأثیرپذیری از سندرم روده تحریک‌پذیر باشد.

استنلی، استوارت و پرتوریوس ارتباط روان رنجورخویی بالا با بیماری را این‌طور تبیین می‌کنند که افراد روان رنجورخو به علت فعال‌تر بودن سیستم سمپاتیکی نسبت به تغییرات جسمی، حساسیت بیش از حد نشان می‌دهند، همچنین به نظر می‌رسد افراد روان رنجور با تفسیر غیرمنطقی از این تغییرات به عنوان علائم بیماری، موجبات افزایش نگرانی خود را فراهم کرده و بیشتر در نقش بیمار مشاهده می‌شوند [۴۰]. پژوهشگران اذعان می‌دارند پاسخ‌های هیجانی و پرخاشگرانه به محیط، عاملی پرخطر در اختلالات کارکردی گوارشی و دیگر بدکارکردی‌های اتونومیک در اختلالات جسمانی شکل است و پیش‌بینی معنی‌داری در ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر هستند [۱۷، ۴۱]. در کنار این‌ها از نظر هانس آیزنگ [۴۲] روان رنجورخویی یک کارکرد تکاپو در دستگاه لیمبیک است و پژوهش‌ها [۴۳، ۴۴] نشان داده‌اند افرادی که روان رنجورخویی بالایی دارند، دستگاه عصبی سمپاتیکی پویاتری دارند و نسبت به محرک‌های محیطی حساسیت بیشتری نشان می‌دهند. بر پایه الگوی زیستی - روانی - اجتماعی، بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند از

کم‌وبیش حالت استراحت دارد، نسبت به برون‌گرایان از میزان برانگیختگی بیشتری برخوردارند [۵۰، ۵۵] با پذیرش این پیش‌فرض می‌توان گفت که اگر درون‌گرایی با سطح بالایی از حساسیت اضطرابی نیز همراه باشد می‌تواند در درازمدت زمینه بروز بیماری‌های روان‌تنی را فراهم آورد. البته چون جسم و روان بر یکدیگر اثر متقابل دارند شاید بتوان گفت IBS در این بیماران باعث گوشه‌گیری و کناره‌گیری از تکاپو شده و همچنین در ارتباط بین فردی آن‌ها تأثیر بگذارد. از آنجاکه افراد دارای شخصیت درون‌گرا احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بیشتری را تجربه می‌کنند [۵۵] در کنار آن داشتن شکایت‌های مداوم از دردهای مزمن شکمی و رنج از این دردها نیز تأثیر منفی بر کیفیت روابط داشته و می‌تواند منجر به افزایش تعارضات بین فردی در افراد شود و ممکن است باعث افزایش تمایل این افراد به کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی گردد.

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش بین توافق‌پذیری و سندرم روده‌ تحرک‌پذیر ارتباط منفی و معنی‌دار وجود دارد. بر پایه دیدگاه مک‌کری و کاستا افراد با توافق‌پذیری پایین نسبت به دیگران سستیزه‌جو، خودمحور و بدگمان هستند و به جای همکاری با دیگران بیشتر نسبت به آن‌ها حس چشم‌وهم‌چشمی دارند. شاید بتوان همبندی ارتباط منفی خرده‌مقیاس توافق‌پذیری با ارتباط مثبت خرده‌مقیاس روان‌رنجوری را این‌گونه توصیف کرد که این افراد نسبت به دیگران بی‌اعتماد بوده، گرایش به سرکشی، پرخاشگری، رقابت و تقلب داشته، احساسات منفی همچون اضطراب و تحرک‌پذیری را راحت‌تر احساس کرده و با دیگران همدلی کمی دارند. همچنین به نظر می‌رسد این افراد گرایش به جنگیدن با دیگران دارند و به هیچ‌عنوان از جایگاه خود کوتاه نمی‌آیند. این ویژگی‌های شخصیتی احتمالاً بتواند منفی بودن ارتباط و تأثیرگذاری عامل توافق‌پذیری را بر روی افراد مبتلا به IBS تبیین کند. توجه مغرضانه و احساسات منفی افراد دارای توافق‌پذیری پایین به اطرافیان خود می‌تواند باعث تنهایی آن‌ها در مواقع نیاز به دیگران شده و احتمال آسیب‌پذیری این افراد در شرایط سخت زندگی را موجب گردد.

بر اساس یافته‌های کامپ بل استیل [۵۶] و دیبیری [۱۲] احساسات منفی منجر به تجربه هیجان مداوم در سیستم عصبی فرد می‌شود که این امر با توجه به حساس

دست‌آمده همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی [۵۰، ۵۱، ۵۲] است. افرادی که درون‌گرا هستند به دلیل نداشتن مهارت‌های میان‌فردی لازم و داشتن الگوهای متخاصم بین فردی که شامل نقص در مهارت‌های خودکفایی یا عدم توانایی در اجرای یک رشته مهارت‌های ابراز وجود به دلیل وجود اضطراب یا خودارزیابی منفی یا سایر منابع دخیل هستند، می‌توانند مستعد ابتلا به IBS باشند [۵۳]. می‌تواند استدلال کرد که محیط‌های اجتماعی نامناسب می‌تواند به‌گونه‌ای سلامتی افراد را تضعیف کند، به‌ویژه اگر فرد در ایجاد روابط اجتماعی مشکل داشته باشد و تحت سلطه و کنترل قرار گیرد. افرادی که مهارت‌های بالایی در ایجاد ارتباط و مشکلات بین فردی کمتری دارند از مزایای حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند و استرس‌اندکی را تجربه می‌کنند که این در افراد برون‌گرا بیشتر قابل مشاهده است. افرادی که مشکلات بین فردی زیادی دارند که می‌تواند مشخصه بیماران مبتلا به IBS باشد، ممکن است از روابط بین فردی و اجتماعی حمایتی سود ببرند؛ اما آن‌ها برای دسترسی به آن، خود را بیش از حد مطیع، فرمان‌بردار، سازگار، سازنده و یا دارای دیگر خصوصیات مضر نشان می‌دهند. افراد دارای این پروفایل بین فردی، ممکن است در مهارت‌های تنظیم عاطفی نیز دچار اختلال باشند که این امر می‌تواند به عنوان یک مکانیسم روان‌شناختی کلیدی در ارتباط با تجارب ناتوان‌کننده و زودرس کودکی به مشکلات بلندمدت سلامتی منجر شود [۵۳].

افراد برون‌گرا برخلاف افراد روان‌آزرده به علت برخورداری از ویژگی‌های مهربانی، جمع‌گرایی، قاطعیت، فعال بودن و تهییج طلبی، مستعد تجربه هیجانات مثبت هستند و این هیجان‌های مثبت از یک‌سو با افزایش منابع تفکر فعال و از سوی دیگر با افزایش قابلیت‌های فردی به افراد برون‌گرا کمک می‌کند که از نظر روانی و جسمانی با تجارب استرس‌زا، به نحو بهتری کنار آیند. از سوی دیگر افراد برون‌گرا به علت گرایش به دل‌بستگی‌های بین فردی و لذت بردن از تعاملات اجتماعی از شبکه حمایت اجتماعی به عنوان عامل محافظتی در برابر موقعیت‌های استرس‌زا برخوردارند که این امر احتمالاً باعث سلامت روانی و جسمانی بهتر و کاهش احتمال مرگ و همچنین احتمال کاهش بروز بسیاری از بیماری‌ها در این افراد می‌شود [۵۴]. آیزنک بر این باور است که درون‌گرایان در شرایطی که

ناهمخوانی نتایج در پژوهش‌های متفاوت باشد نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی و سندرم روده‌ تحریک‌پذیر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این نتیجه با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های دیگر [۳۹، ۵۷، ۳۷، ۱۷] همسو می‌باشد. از سوی دیگر زرگر و دیگران [۲۲] در پژوهش خود به تفاوت معناداری در این زمینه دست نیافتند. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده در مطالعه بوت کیولی و ویکرز [۵۹] نشانگر ارتباط بین وجدان‌گرایی بالا با سلامت جسمانی و عمر طولانی بود. تفاوت‌های زیاد در نتایج پژوهش‌ها می‌تواند ناشی از جامعه و نمونه آماری انتخابی یا فرهنگ جامعه‌ای باشد که در آن تحقیق صورت پذیرفته است که این امر نیز نیازمند بررسی و پژوهش بیشتر می‌باشد. در پژوهش صورت گرفته توسط فرنام [۳۹] که IBS را در سه زیرگروه بر اساس علائم غالب یبوست، اسهال و یا هردو مطالعه کرده بود، نتایج نشانگر وجود ارتباط مثبت بین وجدان‌گرایی بالا با بعد غالب یبوست نسبت به دو گروه دیگر بود. ورزشینکا و کوکر [۱۷] نیز در پژوهش خود نشان دادند که میزان وجدان‌گرایی در افرادی که دچار IBS و سوء هاضمه هستند در سطح بالایی قرار دارد و میزان با وجدان بودن افراد مبتلا به IBS بیشتر بود. وظیفه‌شناسی بر اراده و قابلیت اطمینان تأکید دارد و شامل ویژگی‌هایی مثل دقیق بودن، مسئولیت‌پذیری و برنامه‌ریزی، سخت‌کوشی و جهت‌گیری به سوی پیشرفت و پشتکار است؛ لذا به نظر می‌رسد که بالابودن نمره افراد در شاخصه‌هایی از وجدان‌گرایی یا همچون سخت‌گیری و سخت‌کوشی آزارنده، برنامه‌ریزی یا دقیق بودن وسواسی که در کمال‌گرایی نیز وجود دارد می‌تواند بر سلامتی فرد تأثیر گذاشته و وی را مستعد بیماری‌های روان‌تنی همچون IBS کند. طبق پژوهش اسپنس و موریس [۶۰] بیماران IBS دارای رفتار همه‌یا هیچ بوده و دارای شخصیتی مضطرب و کمال‌گرا هستند. این حالات ممکن است همواره در فرد موجب تنش و احساس مزمنی از شکست، تعلل‌ورزی، بلا تکلیفی و شرمساری شود. همچنین داشتن اهداف بلندپروازانه، جاه‌طلبانه، مبهم و غیرقابل وصول و تلاش افراطی برای دست یافتن به این اهداف از مهم‌ترین عوامل آسیب‌پذیری سلامت روانی بوده و احتمالاً می‌تواند فرد را از نظر جسمانی نیز آسیب‌پذیر سازد. از طرفی نیز چنین به نظر می‌رسد که وجدان‌گرایی بالا و

بودن سیستم عصبی روده به حالات هیجانی می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در حرکت روده شده که این امر نیز به نوبه خود می‌تواند علائم روده‌ای مشابه علائم IBS ایجاد کند [15]. همچنین رفتارهای مربوط به اختلال IBS همچون اضطراب مربوط به بیماری، شکایات جسمانی و نیز کاهش سلامت روان در دو بعد افسردگی و کاهش کارکرد اجتماعی، می‌تواند تأثیر منفی بر کیفیت روابط داشته و احتمالاً باعث افزایش تعارضات در روابط بین‌فردی گردد.

بین ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه و سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این نتیجه با نتایج به دست آمده با پژوهش‌های انجام‌یافته [۵۷، ۳۶] همسو بوده و نتایج متفاوتی با پژوهش‌های دیگر [۳۷، ۲۲] نشان می‌دهد. در تبیین این یافته که نشانگر دامنه و عمق تجارب فکری و احساسی فرد است، می‌توان به یافته مک کری و کاستا [۵۸] اشاره داشت که نشان دادند افراد دارای ویژگی شخصیتی گشوده به تجربه، هیجانات مثبت و منفی را شدیدتر تجربه می‌کنند. در این خصوص می‌توان عنوان کرد که میزان زیاد گشودگی به تجربه که با زیاد بودن ویژگی‌هایی چون توجه به احساسات درونی، تنوع‌طلبی، کنجکاوی، استقلال رأی و توجه به تجربه‌ها و عقاید و ارزش‌های جدید همراه هستند، اگر در بعد هیجانات منفی همایند شوند، ممکن است بتوانند باعث تحریک و حساسیت سیستم عصبی فرد گشته و منجر به ایجاد نشانگان جسمانی شوند. از طرفی داشتن ایده‌ها، تخیل و فانتزی‌های مختلف و احتمال ناهمخوانی آن‌ها با واقعیت‌های موجود نیز از جمله علائم تسهیل‌کننده این نشانگان جسمانی در افراد با گشودگی به تجربه می‌باشند.

از سوی دیگر به نظر می‌رسد نتایج متفاوت مطالعات [۳۷، ۲۲] با پژوهش حاضر را شاید بتوان متأثر از همایندی ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه با هیجانات مثبت دانست. به این معنی که گشودگی به تجربه می‌تواند از طریق سوق دادن فرد به تجارب جدید احساسی و منطقی همچون همدلی با دیگران، اشتیاق به یادگیری، داشتن تفکر واگرا و درمیان گذاشتن احساسات درونی و بیرونی با دیگران شده که این امر نیز به نظر می‌رسد بتواند منجر به ارتباط منفی گشودگی به تجربه با نشانگان جسمانی و سندرم روده تحریک‌پذیر گردد. لذا نتایج به دست آمده بر مبنای یافته‌های مک کری و کاستا [۵۸] می‌تواند نشانگر

بود، بی‌تردید متغیرهای موجود در این پژوهش بسیار پیچیده‌تر از آن هستند که بتوان در اندازه‌گیری آن‌ها به یک ابزار اکتفا کرد. از طرفی پژوهش حاضر به بررسی کلی سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته و زیر مجموعه‌های آن را همچون غلبه اسهال، یبوست و تناوب اسهال - یبوست بر اساس موارد روان شناختی مطروحه مورد مطالعه قرار نداده است. از سویی در این پژوهش به عامل جنسیت و نقش آن در نتایج توجه اندکی شده است؛ لذا با توجه به موارد مذکور و نظر به اینکه نمونه مورد مطالعه شامل نوجوانان و جوانان شهرستان اسکو بودند، در تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها و سایر گروه‌های سنی لازم است که جانب احتیاط رعایت شود.

منابع

- 1- El-Salhy M, Hatlebakk JG, Hausken T. Possible role of peptide YY (PYY) in the pathophysiology of irritable bowel syndrome (IBS). *Neuropeptides*. 2020 Feb 1;79:101973.
- 2- Wang Y, Fan H, Qi X, Lai Y, Yan Z, Li B, Tang M, Huang D, Li Z, Chen H, Zhu Q. Are personalized tongxie formula based on diagnostic analyses more effective in reducing IBS symptoms?—A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 2018 Oct 1;40:95-105.
- 3- Friedrich M, Grady SE, Wall GC. Effects of antidepressants in patients with irritable bowel syndrome and comorbid depression. *Clinical therapeutics*. 2010 Jul 1;32(7):1221-33.
- 4- Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, Funch-Jensen P, Janssens J, Whitehead WE. Identification of sub-groups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology international*. 1990;3(4):159-72.
- 5- Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, De Carne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(2):84-91.
- 6- Saito YA, Schoenfeld P, Locke III GR. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *The American journal of gastroenterology*. 2002 Aug 1;97(8):1910-5.

ناراضایتی از عملکرد موجود در مقایسه با معیارهای ذهنی می‌تواند باعث عود بیماری IBS و مزمن شدن آن گشته و بالطبع فرایند فعال برنامه‌ریزی و سازماندهی و انجام وظایف را در فرد از بین می‌برد و می‌تواند عملکرد فرد را مختل سازد.

در خصوص متغیر واسطه‌ای حساسیت اضطرابی، نتایج پژوهش‌های [۲۴، ۶۱، ۲۵، ۶۲، ۶۳] حاکی از وجود ارتباط این متغیر با IBS می‌باشند. برخی پژوهشگران معتقدند که حساسیت اضطرابی در همایندی با برخی تجارب می‌تواند تشدید علائم IBS را به دنبال داشته باشد، بدین صورت که نگرانی در خصوص علائم مربوط به IBS باعث حفظ تشدید و یا حتی ایجاد علائم روده‌ای گردد [۲۳]. افراد دارای حساسیت اضطرابی به لحاظ داشتن تفسیرهای غیرواقعی از علائم بدنی اضطراب، ممکن است این علائم را به صورت منفی ارزیابی کنند. همچنین مانترا، یمز و آلکین [۶۴] نشان دادند افرادی که دارای حساسیت اضطرابی بالایی می‌باشند، متمایل به گریز از علائم غیرقابل پیش‌بینی اضطراب و سوءتعبیر آن‌ها به صورت وقایع خطرناک هستند. حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر واسطه‌ای بین صفات شخصیت و IBS می‌تواند باعث تشدید اثرات بیماری در رگه های منفی شخصیت گردد؛ چون افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا از تمام علائم معمولی اضطراب، ترس و ارزیابی منفی داشته، به طوری که این علائم می‌تواند با ایجاد واکنش های شدیدی در این افراد موجب عود و تشدید علائم اضطراب گردد. به نظر می‌رسد همایندی حساسیت اضطرابی با ابعاد منفی شخصیت می‌تواند یک دور بسته و معیوب در فرد را ایجاد نماید، به نحوی که این همایندی افزایش انعکاس بیشتر علائم برای فرد را در پی دارد و واکنشی که فرد به این افزایش علائم نشان می‌دهد شدت بیماری را افزایش داده و در کل این فرایند ممکن است فرد را در یک حالت عمومی ناخوشایند و ناراحت‌کننده قرار دهد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

از جمله محدودیت‌های پژوهش عبارت‌اند از اینکه افراد مورد مطالعه در این پژوهش دختران و پسران گروه سنی ۱۶ تا ۱۹ سال بودند که برای بررسی این اختلال لازم است از بین نمونه‌های درگیر در این سندرم انتخاب شوند. همچنین تنها ابزار اندازه‌گیری در پژوهش حاضر پرسشنامه

- 17-Wrzesińska MA, Kocur J. The assessment of personality traits and coping style level among the patients with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. *Psychiatria Polska*. 2008 Sep 1;42(5):709-17.
- ۱۸- رئیس، کشکولی. نقش پیش‌بینی‌کننده صفات شخصیتی با واسطه‌گری کنترل عواطف در رابطه با سندرم روده تحریک‌پذیر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر سال ۹۳-۱۳۹۲. دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، طب جنوب. ۲۰۱۶. ۱۰Sep; ۱۹(۴)، ۵۵۹-۷۰.
- 19-Goldin PR, Lee I, Ziv M, Jazaieri H, Heimberg RG, Gross JJ. Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 2014 May 1;56:7-15.
- ۲۰- میکاییلی، نیلوفر؛ احمدی، شیرین؛ حبیبی، یاسر؛ فلاحی، وحید؛ مرادی، علیرضا؛ هاشمی، جواد. نقش اضطراب مرگ و حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی تحمل ابهام بیماران مبتلا به سرطان ریه؛ ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۳۹۷؛ سال شانزدهم شماره ۸، صص ۶۱۲-۶۲۱
- ۲۱- قاسمی، نوشاد. مقایسه حساسیت اضطرابی و راهبردهای مقابله با استرس بین بیماران درد غیر قلبی قفسه سینه، بیماران قلبی و افراد سالم در شهر شیراز؛ نشریه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۳۹۵؛ سال ۷ شماره ۳ پیاپی ۶۵
- ۲۲- زرگر، یدالله؛ قاسمی‌نژاد، محمدعلی؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز و داودی، ایران. مقایسه حساسیت اضطرابی، عاطفه منفی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به آسم با افراد عادی در اهواز مجله دستاوردهای روان‌شناختی، ۱۳۹۰؛ سال هجدهم شماره ۲، صص ۲۱-۳۸
- ۲۳- قاسمی، نوشاد. مقایسه حساسیت اضطرابی و شادکامی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد سالم در شهر شیراز؛ مجله علوم پزشکی فسا، ۱۳۹۱؛ ۲(۲).
- 24-Hazlett-Stevens H, Craske MG, Mayer EA, Chang L, Naliboff BD. Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *Journal of psychosomatic research*. 2003 Dec 1;55(6):501-5.
- 7- Lee V, Guthrie E, Robinson A, Kennedy A, Tomenson B, Rogers A, Thompson D. Functional bowel disorders in primary care: factors associated with health-related quality of life and doctor consultation. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008 Feb 1;64(2):129-38.
- 8- Fauci, Braunwald, Lasselbacher, Wilson, Martin, Kasper, et al Principles of internal medicine (Harricon,s). *Hayyan Cultural Institute publications*. 1998
- 9- Welgan P, Meshkinpour H, Ma L. Role of anger in antral motor activity in irritable bowel syndrome. *Digestive diseases and sciences*. 2000 Feb;45(2):248-51.
- ۱۰- رحیمی احمدآبادی، سمیه؛ کلانتری، مهرداد؛ عابدی، محمدرضا؛ مدرس غروی، سید مرتضی. نقش ویژگی‌های شخصیتی و باورهای غیرمنطقی در پیش‌بینی نارضایتی جنسیتی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲۰۲۰؛ ۱۸(۱)، ۶۵-۵۷
- 11-Rosaria, M. A.R. Bruno, A. Mento, C. Pandolfo, G. &Zoccali, R. A. Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology*,2016, 22(28), 6402.
- 12-Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical psychology review*. 2007 Oct 1;27(7):781-97.
- 13-Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of anxiety disorders*. 2009 Mar 1;23(2):290-6.
- 14-Nicholl BI, Halder SL, Macfarlane GJ, Thompson DG, O'brien S, Musleh M, McBeth J. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome—results of a large prospective population-based study. *PAIN®*. 2008 Jun 30;137(1):147-55.
- 15-Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical psychology review*. 2007 Oct 1;27(7):821-41.
- 16-Riedl A, Maass J, Fliege H, Stengel A, Schmidtman M, Klapp BF, Mönnikes H. Subjective theories of illness and clinical and psychological outcomes in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of psychosomatic research*. 2009 Nov 1;67(5):449-55.

- ۳۵-مرادی‌منش، فردین؛ میرجعفری، گودرزی؛ محمدی، نوراله. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص تجدیدنظرشده حساسیت اضطرابی (ASIR). *روان‌شناسی*. ۲۰۰۷ Dec ۲۲ (۴۴): ۴۶-۴۲۶.
- 36-Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? *A population based study*. *Gut*. 1998 Jan 1;42(1):47-53.
- ۳۷-بشارت، محمدعلی؛ زریور، صدیقه؛ بهرامی احسان؛ هادی رستمی، رضا؛ میردامادی محمدجواد. مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر (IBS) و افراد غیرمبتلا. ۱۳۸۹
- 38-Talley NJ, Phillips SF, Bruce B, Twomey CK, Zinsmeister AR, Melton III LJ. Relation among personality and symptoms in nonulcer dyspepsia and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1990 Aug 1;99(2):327-33.
- 39-Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S, Yasrebinia S. Personality factors and profiles in variants of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2007 Dec 21;13(47):6414.
- 40-Stanley J, Stuart AD, Pretorius HG. Irritable bowel syndrome: Personality and health behaviours: A biopsychosocial approach. *Health SA gesondheid*. 1999 Oct 22;4(1):10-8.
- 41-De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Job stress, personality, and psychological distress as determinants of somatization and functional somatic syndromes in a population of nurses. *Stress and Health*. 2003 Oct;19(4):195-204.
- 42-Eysenck H J. ()Crime and personality. Routledge&K. Paul,1977; 34-35.
- 43-Rattel JA, Miedl SF, Liedlgruber M, Blechert J, Seidl E, Wilhelm FH. Sensation seeking and neuroticism in fear conditioning and extinction: The role of avoidance behaviour. *Behaviour research and therapy*. 2020 Dec 1;135:103761.
- 44-Peters JR, Eisenlohr-Moul TA, Walsh EC, Derefinco KJ. Exploring the pathophysiology of emotion-based impulsivity: The roles of the sympathetic nervous system and hostile reactivity. *Psychiatry research*. 2018 Sep 1;267:368-75.
- 25-Muscattello MR, Bruno A, Pandolfo G, Mico U, Stilo S, Scaffidi M, Consolo P, Tortora A, Pallio S, Giacobbe G, Familiari L. Depression, anxiety and anger in subtypes of irritable bowel syndrome patients. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2010 Mar;17(1):64-70.
- 26-McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*. 2011 Sep 1;49(9):544-54.
- 27-Fair B. The brain correlates of personality and sex differences. master of science thesis in Neuroscience, University of Vermont, USA; 2018.
- ۲۸-فدایی، میلاد؛ ثناگو، اکرم؛ جویباری، لیلا؛ آق‌ارکالی، کریم؛ سمنانی، شهریار. شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر گرگان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۳۸۸؛ ۱۱ (۴)، ۷۶-۸۱.
- 29-Jafri W, Yakoob J, Jafri N, Islam M, Ali QM. Frequency of irritable bowel syndrome in college students. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*. 2005;17(4):9.
- 30-Nemati, K. Bagherian, R. Kheir-AbadiGh, D. H. Davazdah-Emami, M. H. &Gholamrezaei, A. Coping strategies training in the management of irritable bowel syndrome. *Journal of Isfahan Medical School*, 2010; 28, 225-35.
- ۳۱-گروسی فرشی، میرتقی؛ مهربار امیرهوشنگ؛ قاضی طباطبایی، سیدمحمد. کاربرد آزمون جدید شخصیتی نئو (NEO) و بررسی تحلیل ویژگی‌ها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. ۱۳۸۰؛ ۱۷۳-۱۹۸.
- 32-Cox BJ, Borger SC, Taylor S, Fuentes K, Ross LM. Anxiety sensitivity and the five-factor model of personality. *Behaviour Research and Therapy*. 1999 Jul 1;37(7):633-41.
- 33-Flett GL, Greene A, Hewitt PL. Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2004 Mar;22(1):39-57.
- 34-Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, Spencer MA, Keller MB. Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behaviour research and therapy*. 2004 Jan 1;42(1):79-91.

- ۵۵- الهی، طاهره؛ بامدادی سبینی، محمد؛ شیرمحمدی، فاطمه. احساس تنهایی اجتماعی- عاطفی در شخصیت‌های برون‌گرا و درون‌گرا با توجه به نقش انواع حمایت اجتماعی ادراک شده. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲۰۲۰؛ ۱۷(۱): ۲۱-۱۱.
- 56-Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*. 2006 Apr 1;44(4):585-99.
- 57-Tanum L, Malt UF. Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001 Mar 1;50(3):139-46.
- 58-Costa PT, McCrae RR. Revised professional manual NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI). Odessa: *Psychological Assessment Resources*; 1992
- 59-Booth-Kewley S, Vickers Jr RR. Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of personality*. 1994 Sep;62(3):281-98.
- 60-Spence MJ, Moss-Morris R. The cognitive behavioural model of irritable bowel syndrome: a prospective investigation of patients with gastroenteritis. *Gut*. 2007 Aug 1;56(8):1066-71.
- 61-Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. Outline of a Fear-Avoidance Model of exaggerated pain perception-I. *Behav Res Ther*, 1983; 21:401-8.
- 62-Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002 Jun;70(3):678.
- 63-Sugaya N, Yoshida E, Yasuda S, Tochigi M, Takei K, Ohtani T, Otowa T, Minato T, Umekage T, Sakano Y, Chen J. Irritable bowel syndrome, its cognition, anxiety sensitivity, and anticipatory anxiety in panic disorder patients. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2013 Sep;67(6):397-404.
- 64-Mantar A, Yemez B, Alkin T. The validity and reliability of the Turkish version of the anxiety sensitivity index-3. *Turk Psikiyatri Derg*. 2010 Sep 1;21(3):225-34.
- 45-Porcelli, P. Psychological abnormalities in patients with irritable bowel syndrome. *Indian journal of gastroenterology: official journal of the Indian Society of Gastroenterology*. 2004; 23(2), 63-69.
- 46-Pinhasi R, Timpson A, Thomas M, Šlaus M. Bone growth, limb proportions and non-specific stress in archaeological populations from Croatia. *Annals of Human Biology*. 2014 Mar 1;41(2):127-37.
- 47-Ribot I, Roberts C. A study of non-specific stress indicators and skeletal growth in two mediaeval subadult populations. *Journal of Archaeological Science*. 1996 Jan 5;23(1):67-79.
- ۴۸-فاعلی، افسانه؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ عزیزپور، مهدیه؛ دبیری، رضا. مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۳۹۶؛ سال نهم، شماره (۱ پیاپی) ۳۳
- 49-Rose L. Anxiety sensitivity and panic-fear in pediatric asthma. University of Calgary; 1996.
- 50-Lackner JM, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2005 Jun 1;58(6):523-32.
- 51-Tosic-Golubovic S, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatria Danubina*. 2010 Oct 29;22(3):418-24.
- ۵۲- یونس، فاطمه؛ کافی، سید موسی؛ امینیان، کیوان؛ قنبری، عباس. مقایسه ویژگی‌های شخصیت در زنان و مردان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر؛ نشریه دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۹۰؛ بهار ۱۳۹۰، ۲۰(۷۷)
- 53-Horowitz, L. M. Communion and agency in interpersonal interactions. *Interpersonal foundations of psychopathology*. 2004, 53-79.
- 54-Ironson GH, O'Cleirigh C, Schneiderman N, Weiss A, Costa Jr PT. Personality and HIV disease progression: Role of NEO-PI-R openness, extraversion, and profiles of engagement. *Psychosomatic medicine*. 2008 Feb;70(2):245.

رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و شفقت به خود با کیفیت خواب: نقش میانجی تنظیم هیجان

نویسندگان

مریم دلدار گوهردانی^{۱*}، منصوره ستوده^۲، کسری بیگ محمدی^۳، امید امانی^۴

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.
mansore.sotode@yahoo.com

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
kasrabik@gmail.com

۴. دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناس بالینی و سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. o.amani69@yahoo.com

چکیده

مقدمه: کیفیت خواب یک ساختار بالینی مهم است و خواب ضعیف به‌طور فزاینده‌ای در افراد، به‌ویژه دانشجویان شایع است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و شفقت به خود با کیفیت خواب با توجه به نقش میانجی تنظیم هیجان در بین دانشجویان انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان دانشگاه گیلان تشکیل می‌دادند. به این منظور نمونه‌ای به حجم ۳۸۴ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ «بویس و همکاران» (۱۹۸۹)، پرسشنامه شفقت به خود «نف» (۲۰۰۳)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی «دنيس و واندر وال» (۲۰۱۰)، پرسشنامه تنظیم هیجان «گراس و جان» (۲۰۰۳) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-27 و Amos-24 انجام شد.

نتایج: نشان داد که رابطه معناداری بین سه متغیر انعطاف‌پذیری شناختی، شفقت به خود و تنظیم هیجان به‌ویژه خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد با کیفیت خواب وجود دارد ($p < 0/05$). به‌علاوه رابطه معناداری بین دو متغیر مستقل انعطاف‌پذیری شناختی و شفقت به خود با ارزیابی مجدد وجود دارد، همچنین رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و سرکوبی معنادار بود ($p < 0/05$). علاوه بر این رابطه بین کیفیت خواب و سرکوبی معنادار نبود و رابطه‌ای معناداری نیز بین شفقت به خود و سرکوبی مشاهده نشد ($p > 0/05$). متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی، شفقت به خود و ارزیابی مجدد توانستند ۱۴ درصد از متغیر وابسته کیفیت خواب را تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، تنظیم هیجان به‌ویژه خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و شفقت به خود را با کیفیت خواب میانجی‌گری می‌کند؛ لذا بهره‌مندی از توانائی تنظیم هیجان به‌ویژه خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد می‌تواند به‌عنوان یک راهکار درمانی مؤثر در جهت بهبود کیفیت خواب دانشجویان مورد توجه قرار بگیرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۲/۲۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۷/۱۰



کلیدواژه‌ها

انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان، شفقت به خود، کیفیت خواب.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Maryam4deldar@gmail.com

مقدمه

خواب^۱ یک فرآیند بیولوژیکی و عنصری حیاتی است که برای زندگی، سلامتی و تندرستی ضروری هست [۱، ۲]، چنانکه نزدیک به یک‌سوم عمر انسان‌ها در خواب سپری می‌شود [۳]. کیفیت خواب^۲ به‌عنوان یک عامل مهم و شاخص شناخته‌شده برای بهزیستی و سرزندگی است [۴]. خواب کافی و باکیفیت می‌تواند اثرات مثبتی بر عملکرد هیجانی، عاطفی [۵، ۶]، شناختی [۷] و بهبود سلامت روانی داشته باشد [۸]. در مقابل اثرات مخرب فقدان خواب باکیفیت هم می‌تواند با برخی شرایط از جمله دیابت، چاقی [۹]، بیماری‌های قلبی عروقی [۱۰]، افزایش خستگی، نداشتن تمرکز و تصمیم‌گیری [۱۱ - ۱۲] و حتی مرگ‌ومیر مرتبط باشد [۹]. همچنین می‌تواند بر عملکرد کاری روز بعد نیز تأثیر منفی بگذارد [۱۳]. به‌ویژه اگر به‌صورت طولانی‌مدت ادامه یابد [۱۴].

بررسی‌ها نشان می‌دهد افراد زیادی با مشکلات خواب دست‌وپنجه نرم می‌کنند [۱۵]. در این بین دانشجویان دانشگاه که در حال گذار از نوجوانی به بزرگسالی هستند، معمولاً با چالش‌های متعددی مانند سازگاری با موقعیت‌های اجتماعی جدید، ترک خانه، کنار آمدن با تقاضاهای تحصیلی _ اجتماعی بالا در دانشگاه مواجه می‌شوند این امر می‌تواند [۱۶] دانشجویان را مستعد ابتلا به خواب ناکافی نماید و خطر کیفیت خواب ضعیف را در آنان افزایش دهد و بر عملکرد تحصیلی آن‌ها نیز تأثیر منفی بگذارد [۱۷]. همچنان که میزان شیوع خواب ضعیف و ناکافی در دانشجویان ایرانی نیز برابر با ۶۴/۵۲ درصد گزارش شده است [۱۹]. شواهد محکمی برای توجه بیشتر به کیفیت خواب دانشجویان وجود دارد؛ زیرا خواب ناکافی و باکیفیت پایین در طول دوره‌های تقاضای تحصیلی بیشتر مشاهده می‌شود [۱۷، ۲۰]. به‌علاوه اثرات مخرب کیفیت خواب تا سنین بالاتر ادامه می‌یابد و درنهایت ممکن است به مشکلات بیشتر سلامتی و شناختی کمک کند [۲۱]. از آنجایی که کیفیت خواب یک جنبه مهم سلامتی است [۲۲] و برای بازیابی عملکرد روزانه مهم به نظر می‌رسد و می‌تواند توانایی افراد را برای مقابله با استرس‌های هیجانی در زندگی روزمره

افزایش دهد [۲۳]. لذا، تعیین عواملی که منجر به کیفیت خواب ضعیف می‌شود، حائز اهمیت است تا از پیامدهای منفی که برای سلامتی دارد، پیشگیری شود [۵]. در مطالعات گوناگون به نقش عوامل و متغیرهای مختلفی در ارتباط باکیفیت خواب اشاره شده است [۲۴]، یکی از این عوامل که می‌تواند افراد را مستعد ایجاد کیفیت خواب ضعیف نماید، میزان پائین شفقت به خود^۳ است [۲۵]. در همین راستا پژوهش‌ها [۲۶، ۲۷] و [۲۸] نشان دادند که مداخلات شفقت به خود باعث افزایش کیفیت و بهبود خواب می‌شود و این مداخلات می‌توانند نقش مهم و بارزی در رفتارهای خواب داشته باشند. در یک متاآنالیز نیز نشان داده شده است که افراد دارای شفقت به خود بالا مشکلات خواب کمتری را گزارش می‌کنند [۲۹].

شفقت به خود توانایی یک فرد برای مهربانی و درک نسبت به خود، به‌جای انتقاد شدید، در مواجهه با کمبودها یا شکست‌های شخصی است و به افراد کمک می‌کند تا بدون قضاوت در مورد رنج‌ها و شکست‌های خود فکر کنند. این توانایی، بخش جدائی‌ناپذیر از تجربه بزرگ‌تر انسان در نظر گرفته می‌شود [۳۰ - ۳۱] و منجر به روش‌های مقابله‌ای سازگارانه در زمان‌های سخت می‌شود [۳۲]. در همین راستا در پژوهشی [۳۳] نشان داده شده است که شفقت به خود پیامدهای مهمی برای رفتارها و واکنش‌های ارتقادهنده سلامت به بیماری دارد. از آنجایی که افراد دارای شفقت معطوف به خود دیدگاه متعادل‌تری در مورد خود و زندگی دارند، بهتر می‌توانند عاطفه منفی و ناراحتی روانی خود را کاهش دهند [۳۴]. این افراد به‌احتمال زیاد رنج خود را به‌دقت مشاهده و بدون تشدید آن را تصدیق می‌کنند [۳۵]. این ویژگی‌ها به‌ویژه در افرادی که دارای انعطاف‌پذیری شناختی^۴ بالایی هستند ممکن است موجب تقویت شفقت به خود مؤثر شود [۳۶].

انعطاف‌پذیری شناختی یکی از مؤلفه‌های مهم کارکردهای اجرائی است [۳۷] که برای جابه‌جایی بین تفکر در مورد دو مفهوم مختلف با توجه به زمینه یک موقعیت به کار گرفته می‌شود [۳۸]. این توانایی به افراد امکان می‌دهد که مسئولیت‌پذیر باشند، تجربیات خود را معنا دهند، به محیط خود علاقه نشان دهند، به آن‌ها کمک می‌کند تا در

3 . Self- Compassion
4 . Cognitive Flexibility(CF)

1 . Sleep
2 . Sleep Quality

یک پژوهش نشان داد که استفاده از راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان ممکن است در اثربخشی مداخلات باهدف بهبود کیفیت خواب سودمند باشد [۶۶]. همچنین در پژوهش دیگری دریافتند که کیفیت پائین خواب و محرومیت از خواب می‌تواند با اختلال در عملکرد هیجانی و بی‌نظمی در تنظیم هیجان مرتبط باشد و به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان سازگاران را مختل کند و پیامدهای بالقوه نامطلوبی را برای بهزیستی هیجانی ایجاد کند [۶۷]. به‌علاوه محققان نشان داده‌اند که تنظیم ضعیف هیجان‌ها ممکن است یکی از عوامل مؤثر در خطر روان‌پزشکی مبتنی بر خواب باشد [۶۸]. با توجه به نظریه تنظیم هیجان، شفقت به خود می‌تواند یک راهبرد خودتنظیمی هیجانی باشد [۶۹] که از طریق ارتباط شخص با خودش در زمان پریشانی عمل می‌کند.

شفقت‌ورزی معطوف به خود باعث احساس دلگرمی، بخشش و حمایت نسبت به خطاها، نقاط ضعف و کاستی‌های فرد شده و موجب احترام فرد به خود به‌عنوان یک انسان می‌شود [۷۰]. بدین طریق تمرین بیشتر شفقت به خود با افزایش ذهن‌آگاهی [۷۱] موجب کاهش ترس از شکست، آمادگی برای شرم کمتر، حل مسئله سازنده [۷۲]، تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان شده [۷۳، ۷۴] و مسیر انعطاف‌پذیری شناختی را در افراد فراهم می‌آورد [۷۵].

در همین راستا نتایج تحقیقاتی که به بررسی درباره مداخلات شفقت به خود پرداختند، نشان می‌دهد که مداخلات شفقت به خود باعث افزایش عاطفه مثبت و مهارت‌های تنظیم هیجان مانند ارزیابی مجدد شناختی در نمونه‌ای از شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شد [۷۶]. به‌علاوه پژوهش‌ها در رابطه با پیش‌بینی تاب‌آوری و شفقت به خود بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی در پدران کودکان با اختلال طیف اتیسم نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی تاب‌آوری و شفقت به خود پدران کودکان اتیسم نقش اساسی دارد [۷۷].

در مجموع، با توجه به موارد مطرح‌شده در بالا و طبق پیشینه پژوهش که حاکی از اثرات و پیامدهای مخرب و منفی منتج از خواب ناکافی و باکیفیت پائین در جنبه‌های جسمانی، روانی، شناختی و هیجانی دانشجویان است [۱] و از آنجایی که این قشر درصد قابل‌توجهی از افراد جامعه ما را تشکیل می‌دهند و همواره کیفیت خواب نامطلوب و

روابط محیطی خود احساس امنیت بیشتری کنند [۳۹]، به افکار جایگزین روی آورند [۴۰] و توانایی ارزیابی مجدد موقعیت‌ها و تغییر تفسیر آن‌ها را داشته باشند؛ درحالی‌که افراد با انعطاف‌پذیری شناختی پائین کمتر در ارزیابی مجدد شرکت می‌کنند، در یافتن راه‌هایی برای مقابله با موقعیت‌های نامطلوب شکست می‌خورند، بیشتر مستعد ابتلا به علائم روانی، از جمله اضطراب، افسردگی [۴۱]، نشخوار فکری می‌شوند [۴۲]؛ حتی ممکن است مشکلات خواب شدید را تجربه کنند [۴۳]. به‌طوری‌که نشان داده‌شده است؛ افراد با سطح بالاتری از تحمل رنج دارای درجات بالاتری از انعطاف‌پذیری شناختی هستند و افرادی که از نظر شناختی انعطاف‌پذیرتر هستند، دشواری کمتری در تنظیم هیجان تجربه می‌کنند [۴۴].

تنظیم هیجان امری ضروری برای بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی است [۴۵، ۴۶، ۴۷] و به هر فرآیند یا عملی اشاره دارد که از طریق آن فرد بر هیجان‌ها و یا بیان هیجان‌ها تأثیر می‌گذارد [۴۸]. به عبارتی فرآیندهایی که برای مدیریت هیجان‌ها به کار برده می‌شود [۴۹] و طی آن انسان‌ها می‌توانند به‌طور داوطلبانه مدت، شدت و نوع هیجانی را که تجربه می‌کنند، دست‌کاری نمایند [۵۰].

دو راهبرد تنظیم هیجان عبارت‌اند از ارزیابی مجدد شناختی [۵۳-۵۲، ۵۱] که به تفسیر مجدد شناختی یک رویداد هیجانی اشاره دارد و در نتیجه تأثیر هیجانی آن را تغییر می‌دهد [۴۸، ۵۴] و سرکوب بیانی که به یک راهبرد پاسخ‌محور اشاره دارد [۶۰-۵۹، ۵۸، ۵۶-۵۷، ۵۵] که مهار بیان رفتاری مرتبط با یک هیجان مداوم است [۴۸] و با خلق منفی بیشتر، عملکرد بین فردی بدتر و سطوح بالاتر آسیب‌شناسی روانی مرتبط است [۶۱، ۵۹]. در بررسی‌های آزمایشگاهی نشان داده‌شده است که ارزیابی مجدد مؤثرتر از سرکوب بیانی است [۶۲، ۵۹] و پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی را ایجاد می‌کند که برای فرد مفیدتر است [۶۳]، به‌شدت در درازمدت برای سلامت روان مؤثر است [۶۴]؛ اما عواملی می‌تواند به‌کارگیری این راهبردهای تنظیم هیجان را مختل نماید و ممکن است پیامدهای بالقوه نامطلوبی را برای بهزیستی هیجانی ایجاد کند، محرومیت و کیفیت نامطلوب خواب است [۶۵]. در همین راستا نتایج

دانشجویان انجام گرفته است و در راستای پاسخ‌گوئی به این سؤال است که آیا کیفیت خواب در دانشجویان از طریق شفقت به خود، انعطاف‌پذیری‌شناختی و نقش میانجی تنظیم هیجان قابل پیش‌بینی است؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از دسته تحقیقات کمی و از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی^۱ بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند.

ب) نمونه پژوهش

در این پژوهش روش نمونه‌گیری غیر تصادفی (در دسترس)، به کار گرفته شد. حجم نمونه طبق جدول «کرجسی و مورگان» ۳۸۴ نفر انتخاب شد (از آنجایی که تعداد جامعه دانشجویان بالاتر از صد هزار نفر بوده تعداد نمونه ۳۸۴ نفر تعیین شده است).

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ دانشجوی بودن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰-۴۵، رضایت آگاهانه برای ورود به پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل؛ وجود اختلالات جسمانی و روانی، مصرف داروهایی مانند؛ آرام‌بخش‌ها یا خواب‌آورها و عدم تمایل به همکاری بود. (قابل ذکر است که تمامی ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش از طریق پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته ارزیابی شد. این پرسشنامه محقق ساخته سؤالاتی در ارتباط با سن، جنسیت، تحصیلات، داروهای مصرفی و سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان را با توجه به هدف پژوهش در برمی‌گرفت).

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹)، مقیاس شفقت به خود «نف» (۲۰۰۳)، انعطاف‌پذیری‌شناختی «دنيس و وندر وال» (۲۰۱۰) و پرسشنامه تنظیم هیجان «گراس و جان» (۲۰۰۳) برای

ضعیف به‌عنوان یک معضل بهداشتی در این افراد مطرح بوده است، به‌علاوه مطابق با بررسی‌ها که نشان‌دهنده شیوع بیش از ۵۸ درصد مشکلات کیفیت خواب در بین دانشجویان ایرانی است و با توجه به جو و فضای حاکم بر زندگی آنان، این قشر در معرض مشکلات خواب و کیفیت خواب نامطلوب و ضعیف‌تری به نسبت جمعیت عمومی قرار دارند [۱۸] ممکن است این کیفیت نامطلوب خواب در دانشجویان بدون مداخله بهنگام و مؤثر در بلندمدت و به‌صورت مادام‌العمر ادامه یافته و متعاقب آن این افراد در آینده کشور خویش سهیم هستند و سلامت روانی این قشر می‌تواند سهم بسزایی در سلامت روانی جامعه داشته باشد، با در نظر داشتن خلأ پژوهشی قابل توجه در این زمینه که موجب ضرورت انجام پژوهش حاضر است و با نظر به اینکه بررسی نویسندگان این پژوهش نشان می‌دهد که در داخل کشور تاکنون پژوهشی جامع و بدین شکل در زمینه متغیرهای پژوهش حاضر صورت نگرفته است یا پژوهش‌های موجود از ابعاد دیگری به موضوع پرداخته‌اند و مطالعات اندکی در این باب وجود دارد،

بنابراین پژوهش حاضر می‌تواند به‌عنوان نخستین پژوهش در این زمینه باشد که کیفیت خواب را در این دوره تحصیلی و با ترکیبی از این متغیرها موردبررسی قرار داده است. به‌علاوه پژوهش حاضر از این لحاظ می‌تواند حائز اهمیت باشد که نقش متغیرهای مذکور را در تبیین متغیر وابسته کیفیت خواب آشکار و تصویر روشنی از نحوه تعامل و ارتباط آنان به دست می‌دهد، همچنین تعیین میزان اهمیت و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی هر یک از این متغیرها می‌تواند از اهمیت بالایی برخوردار باشد تا با توجه به این تبیین بتوان درک بهتری از این متغیر به دست آورده و با مداخلات بهنگام برای ارتقا و بهبود کیفیت خواب دانشجویان اقدامات لازم و مناسبی صورت پذیرد و از پیامدهای منفی بعدی آن بتوان پیشگیری نموده یا عوارض آن را به حداقل رسانید یا از بار مالی گزافی که بر جامعه برای درمان و مداخله این معضل بهداشتی برای قشر دانشجویان در نظر گرفته می‌شود جلوگیری کرده، بتوان این بار مالی را در مسیر آموزش در جهت پیشگیری از مشکلات خواب برای این قشر سرمایه‌گذاری کرد.

بر همین اساس هدف پژوهش پیش رو به‌منظور شناخت هر چه بیشتر متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت خواب

1. The Structural Equation Model (SEM)

گردآوری داده‌های پژوهش استفاده شد:

۱) پرسشنامه بررسی کیفیت خواب پیتزبورگ^۱: توسط بویس و همکاران در سال (۱۹۸۹) در کلینیک روان‌پزشکی پیتزبورگ طراحی شد [۲۴] که یک شاخص عملکردی و قابل اعتماد برای سنجش کیفیت خواب جهانی است که اختلالات خواب را در ماه گذشته اندازه‌گیری و ارزیابی می‌کند [۷۸]. این پرسشنامه شامل ۷ عامل و ۱۹ گویه می‌باشد [۵۱، ۷۹] و تکمیل آن تقریباً ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. این ۷ عامل از [۷۸] «کیفیت ذهنی خواب^۲، مدت‌زمان خواب^۳، تأخیر در به خواب رفتن^۴، کارایی خواب^۵، استفاده از داروهای خواب‌آور^۶، اختلالات خواب^۷ و اختلال عملکردی روزانه^۸» تشکیل شده است [۵۱]، پاسخ‌ها با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای [۶۶]، در محدوده ۰ تا ۳ رتبه‌بندی می‌شوند [۵۱]، به‌عنوان مثال ۰ نشان‌دهنده عدم مشکل خواب «کیفیت خواب خوب» و ۳ نشان‌دهنده مشکلات شدیدتر خواب «کیفیت خواب بد» است [۷۸]. نمره کلی از مجموع نمرات مقیاس‌های هفت‌گانه حاصل می‌شود که در دامنه بین ۰ تا ۲۱ قرار می‌گیرد [۶۶]. نمرات بالاتر نشان‌دهنده اختلال کیفیت ذهنی خواب است، به‌علاوه نمره بین ۵ - ۰ نشانگر عادت خواب طبیعی، اختلال خواب خفیف در دامنه بین ۸ - ۶، اختلال خواب متوسط در دامنه ۱۱ - ۹ و اختلال خواب شدید در دامنه ۱۲ یا بیشتر طبقه‌بندی و مشخص می‌شود [۸۰]. معمولاً نمره جهانی بالاتر از ۵ به‌عنوان شاخصی از اختلالات خواب مرتبط در حداقل دو مؤلفه یا مشکلات متوسط در بیش از سه مؤلفه در نظر گرفته می‌شود [۷۸]. در پژوهشی اعتبار پرسشنامه را برابر با ۰/۸۳ و روایی را از ۸۶/۵ تا ۸۹/۶ برآورد کردند. در ایران نیز روایی و اعتبار این پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۹ برآورد شد [۸۱]. تحلیل عامل تأییدی این پرسشنامه، همه ماده‌ها بار عاملی بیشتر از ۰/۴۰ داشتند [۸۲]. به‌علاوه اعتبار پرسشنامه کیفیت خواب در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۳ به دست آمد.

- 1 . Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
- 2 . Subjective sleep Quality
- 3 . Sleep Duration
- 4 . Sleep Latency
- 5 . Sleep Efficiency
- 6 . Use of Sleep Medication
- 7 . Sleep Disturbances
- 8 . Daytime Dysfunction

۲) مقیاس شفقت به خود^۹: توسط نف در سال (۲۰۰۳) طراحی شده است [۳۰]. یک ابزار خود گزارشی ۲۶ ماده‌ای است که برای اندازه‌گیری شش زیرمقیاس شفقت به خود مورداستفاده قرار می‌گیرد [۸۳، ۸۴]. سه زیر مقیاس از شش خرده‌مقیاس مثبت هستند [۸۵] که شامل: خود مهربانی (۵ آیتم) به‌عنوان مثال «من سعی می‌کنم نسبت به خودم عشق بورزم وقتی درد عاطفی دارم»، انسانیت مشترک (۴ آیتم) به‌عنوان مثال «وقتی اوضاع برای من بد پیش می‌رود، من مشکلات را بخشی از زندگی می‌دانم که همه از آن عبور می‌کنند» و ذهن آگاهی (۴ آیتم) به‌عنوان مثال «وقتی چیزی من را ناراحت می‌کند، سعی می‌کنم احساساتم را متعادل نگه‌دارم» است [۲۵]. سه خرده‌مقیاس دیگر منفی و به‌صورت معکوس کدگذاری می‌شوند [۸۶]. شامل خودقضاوتی (۵ آیتم) به‌عنوان مثال «من درباره عیوب و نارسایی‌های خودم ناراضی هستم و قضاوت می‌کنم»، انزوا (۴ آیتم) به‌عنوان مثال «وقتی به نارسائی‌هایم فکر می‌کنم، باعث می‌شود بیشتر احساس جدایی و جدا شدن از بقیه دنیا کنم» و شناسایی بیش‌ازحد (افراطی) (۴ آیتم) به‌عنوان مثال «وقتی من احساس ناراحتی می‌کنم، تمایل به وسواس دارم و روی هر چیزی که اشتباه است تمرکز می‌کنم» است [۳۰]. پاسخ‌ها در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت [۸۷] از ۱ «تقریباً هرگز» تا ۵ «تقریباً همیشه» برای نشان دادن میزان نگرش شفقت به خود رتبه‌بندی می‌شوند [۸۸]. به‌علاوه ۹ گویه در زیر مقیاس‌های خودقضاوتی یعنی گویه‌های «۱»، «۸»، «۱۱» و «۱۶» و «۲۱» و در شناسایی بیش‌ازحد موارد «۲»، «۶»، «۲۰» و «۲۴» نیاز به کدگذاری معکوس دارند [۸۹]. نمره کل با محاسبه نمره میانگین شش خرده‌مقیاس به دست می‌آید [۳۰] نمره بالاتر از ۶۰ حاکی از سطوح بالای شفقت به خود است [۷۷، ۳۰]. اعتبار پرسشنامه مزبور در نسخه اصلی برابر با ۰/۹۲ گزارش شد [۳۰]. در نسخه ایرانی اعتبار این مقیاس برابر با ۰/۷۹ برآورد شد [۹۰]. تحلیل عامل تأییدی مقیاس شفقت به خود ۰/۹۳ گزارش شد [۹۱]. به‌علاوه اعتبار این مقیاس در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۶ بود.

۳) پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^{۱۰}: توسط

- 9 . Self-Compassion Scale (SCS)
- 10 . Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ به‌عنوان مثال «هنگامی که می‌خواهم هیجان مثبت‌تری داشته باشم، روشی را که در مورد اوضاع فکر می‌کنم تغییر می‌دهم»، چهار مورد آن نیز سرکوبی بیانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ به‌عنوان مثال «من هیجانانگام را با عدم بیان آن‌ها کنترل می‌کنم» [۹۷، ۵۹]. آیت‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای [۹۹] که ۱ مساوی با «کاملاً مخالفم» تا ۷ مساوی با «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری شده‌اند [۷۳، ۵۹]. دامنه نمره برای ارزیابی مجدد شناختی ۴۲ - ۶ و برای سرکوب بیانی ۲۸ - ۴ در نظر گرفته شده است [۵۹]. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس حاکی از استفاده مکرر از راهبردهای مربوط به آن‌هاست [۹۸، ۵۹].

اعتبار این پرسشنامه برای ارزیابی مجدد و سرکوبی بالاتر از ۰/۷۹ به دست آمد، به‌علاوه اعتبار بازآزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس برابر با ۰/۶۹ گزارش شده است [۶۲، ۵۹]. در ایران نیز پژوهشی که توسط حسینی و خیر (۱۳۹۰) انجام شد، روایی کل مقیاس را برابر با ۰/۶۸ گزارش کردند [۱۰۰]. در پژوهشی که توسط حسینی (۲۰۱۶) انجام شد نتایج تحلیل عاملی تأییدی از مدل (بارهای عاملی) بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ گزارش شد [۱۰۱]. به‌علاوه اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای ارزیابی مجدد شناختی برابر با ۰/۸۱ و سرکوبی برابر با ۰/۷۱ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

به علت محدودیت‌های ناشی از شیوع ویروس کرونا، پرسشنامه‌ها به‌صورت برخط (آنلاین) در بستر سایت پرس‌لاین تنظیم و از طریق شبکه‌های اجتماعی پرمخاطب مانند تلگرام و واتساپ برای شرکت‌کنندگان (دانشجویان) ارسال شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده و برای پژوهشگران ارسال کنند. افراد به‌صورت انفرادی و به‌صورت مجازی پرسشنامه‌های به‌کار گرفته شده در پژوهش را تکمیل کردند. همچنین برای ملاحظات اخلاقی و رعایت اصول اخلاقی - انسانی در زمینه محرمانه و خصوصی ماندن داده‌های حاصل از پرسشنامه به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد. علاوه بر این در مورد هدف و مشارکت داوطلبانه آنان در پژوهش توضیحات لازم ارائه شد و اینکه

دنیس و وندر وال در سال (۲۰۱۰) طراحی شد، این پرسشنامه ۲۰ ماده‌ای برای تعیین سطح انعطاف‌پذیری شناختی افراد استفاده می‌شود [۹۲، ۴۲]. شامل دو خرده‌مقیاس، جایگزینی‌های شناختی و کنترل شناختی است [۹۳، ۴۲] که سعی می‌کند سه جنبه انعطاف‌پذیری شناختی را در افراد اندازه‌گیری کند (الف) تمایل به درک شرایط سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، (ب) توانایی درک تعدادی از توجیه‌های جایگزین شده برای رویدادهای زندگی و رفتارهای انسانی (ج) پتانسیل تولید برخی از راه‌حل‌های جایگزین در ایجاد افکار انعطاف‌پذیر برای موقعیت‌های سخت [۴۲]. شیوه نمره‌گذاری بر اساس معیار لیکرت ۷ درجه‌ای است [۹۴] که از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۷ «کاملاً موافقم» رتبه‌بندی می‌شود [۷۷، ۴۲]. خرده‌مقیاس جایگزین شامل ۱۳ آیت «۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰» است؛ درحالی‌که مقیاس کنترل ۷ آیت «۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۷» را شامل می‌شود [۴۲]. آیت‌های «۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷» در فهرست آیت‌های معکوس هستند که برای تجزیه و تحلیل نیاز به کدگذاری مجدد دارند [۹۴، ۴۲].

نمرات این پرسشنامه بین حداقل ۲۰ تا حداکثر ۱۴۰ مشخص می‌شود [۹۵]. نمره بالاتر، نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر در فرد است [۹۳، ۴۲]. به‌علاوه اعتبار در کل این مقیاس برابر با ۰/۹۱ و در خرده‌مقیاس‌های جایگزین و کنترل به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۸۴ به دست آمد [۴۲].

در ایران نیز طی پژوهشی که صورت گرفت اعتبار برابر با ۰/۹۰ گزارش شد [۹۶]. تحلیل عاملی تأییدی این پرسشنامه در دامنه بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۲ به دست آمد [۹۴]. به‌علاوه اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۷ به دست آمد.

۴) پرسشنامه تنظیم هیجان: توسط گراس و جان در سال (۲۰۰۳) طراحی شد [۹۷، ۵۹]. این پرسشنامه ۱۰ آیت [۹۸، ۵۹]، دارای دو زیرمؤلفه شامل ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی بیانی است [۲۴، ۵۹]؛ تمایل به استفاده از این دو راهبرد تنظیم هیجان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۹۸، ۵۹]. شش سؤال این پرسشنامه ارزیابی مجدد

مشارکت یا انصراف از همکاری در این پژوهش هیچ‌گونه هزینه مالی برای آنان به همراه نخواهد داشت.

شیوه تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، به منظور بررسی سؤال پژوهش، از دو سطح یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی استفاده شد. در سطح یافته‌های استنباطی رابطه بین متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون و مدل پژوهش با تکنیک تحلیل مسیر آزمون شد. حداکثر سطح خطای آلفا جهت آزمون فرضیه‌ها، مقدار ۰/۰۵ تعیین شد ($p \leq 0.05$). تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS 27 و Amos 24 انجام شد.

نتایج

جنسیت بیشتر پاسخگویان یعنی ۲۸۸ نفر (۷۸/۷ درصد) زن و ۷۸ نفر (۲۱/۳ درصد) مرد بود. بیشتر پاسخگویان یعنی ۲۴۱ نفر (۶۵/۸ درصد) مجرد، ۱۱۷ نفر (۳۲ درصد) متأهل و ۸ نفر (۲/۲ درصد) مطلقه بودند. ۳۶ نفر (۹/۸ درصد) در مقطع کاردانی، ۲۱۸ نفر (۵۹/۶ درصد) در مقطع کارشناسی، ۹۴ نفر (۲۵/۷ درصد) در مقطع ارشد و ۱۸ نفر (۴/۹ درصد) در مقطع دکتری مشغول تحصیل بودند. میانگین سنی پاسخگویان ۳۱/۵۶ با انحراف استاندارد ۷/۵۱ سال بود. اکثر پاسخگویان یعنی ۳۱۲ نفر (۸۵/۲ درصد) با خانواده زندگی می‌کردند، ۴۳ نفر (۱۱/۷ درصد) در خوابگاه دانشگاه و ۱۱ نفر (۳ درصد) تنها زندگی

می‌کردند.

در جدول ۱، آماره‌های توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرها آمده است. قبل از تحلیل داده‌ها، مقادیر پرت تک متغیره با نمودار جعبه‌ای و مقادیر پرت چندمتغیره با فاصله «مهالانوبیس» شناسایی شدند که موارد پرت اصلاح شدند و نیازی به حذف پاسخگویان نبود. مفروضه نرمال بودن تک متغیره با شاخص‌های کجی و کشیدگی بررسی شد و مقادیر کجی و کشیدگی ۲- تا ۲+ مورد قبول قرار گرفت [۱۰۲]. نتایج جدول ۱ نشان داد مقادیر کجی و کشیدگی تمامی متغیرها به‌طور تقریبی در دامنه ۲+ تا ۲- به دست آمد و اختلاف زیادی با محدوده مورد نظر نداشت، در نتیجه از آزمون همبستگی پارامتریک پیرسون و آزمون تحلیل مسیر در نرم‌افزار ایموس استفاده شد. همچنین نرمال بودن چندمتغیره که پیش‌فرض آزمون تحلیل مسیر بود با ضریب «مردیا» بررسی شد که ضریب به دست آمده برابر با ۳/۳۵ به دست آمد بر اساس معیار ۵ برای ضریب مردیا [۱۰۳] می‌توان نتیجه گرفت مفروضه توزیع نرمال چندمتغیره برقرار بود. دو متغیر انعطاف‌پذیری‌شناختی و شفقت به خود دارای کشیدگی جزئی بودند که با توجه به اینکه میزان کشیدگی مقدار زیادی نبود و نزدیک به معیار ۲ بود و از سوی دیگر با توجه به حجم نمونه نسبتاً بزرگ پژوهش، انحراف جزئی از نرمال بودن مشکل‌ساز تلقی نشد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	انعطاف‌پذیری	شفقت به خود	ارزیابی مجدد	سرکوبی	کیفیت خواب	تورم واریان
انعطاف‌پذیری‌شناختی	۹۳/۸۵	۱۳/۷۶	-۰/۸۲	۲/۱۴	۱					۱/۷۸
شفقت به خود	۷۷/۹۰	۱۱/۲۰	-۰/۳۹	۲/۲۳	۰/۵۴**	۱				۱/۴۵
ارزیابی مجدد	۲۷/۸۳	۶/۴۶	-۰/۳۳	۰/۳۲	۰/۵۶**	۰/۴۰**	۱			۱/۵۳
سرکوبی	۱۶/۴۰	۴/۷۸	-۰/۰۸	-۰/۲۷	-۰/۱۹**	-۰/۰۷	-۰/۲۲**	۱		۱/۰۶
کیفیت خواب	۱۲/۸۶	۷/۱۴	۰/۹۲	۱/۰۵	۰/۳۲**	۰/۳۰**	۰/۳۱**	-۰/۰۳	۱	-

** = $p \leq 0.01$ و * = $p \leq 0.05$

وجود نداشت.

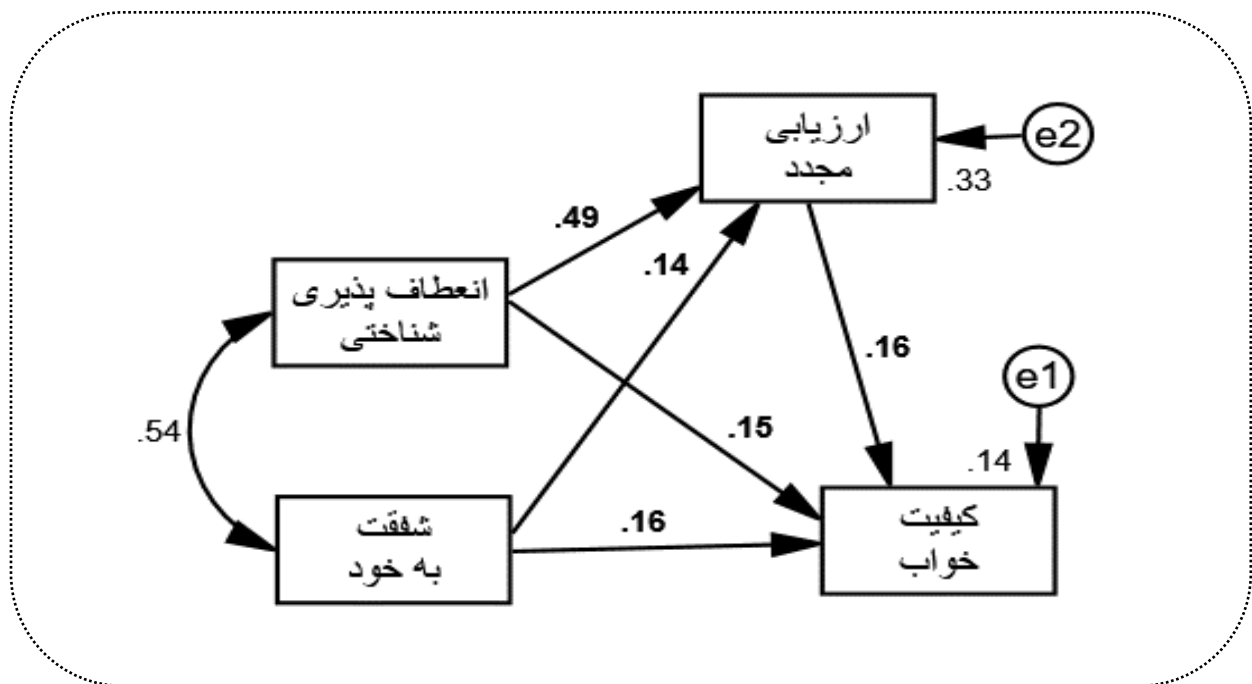
آزمون مدل پژوهش

مدل مفهومی پژوهش با استفاده از تکنیک تحلیل مسیر آزمون شد. شکل ۱ مدل تجربی در حالت ضرایب استاندارد است. لازم به ذکر است که بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون (جدول ۱) متغیر میانجی سرکوبی با متغیر وابسته کیفیت خواب رابطه معنی‌دار نداشت و شدت همبستگی نیز بسیار ضعیف بود، همچنین بین شفقت به خود و سرکوبی نیز رابطه‌ای مشاهده نشد و بر این اساس و باهدف بهبود برازش مدل و ارائه مدل بهینه‌تر، متغیر سرکوبی از مدل مفهومی کنار گذاشته شد و مدل نهایی بدون متغیر سرکوبی تحلیل شد. لازم به ذکر است که در مرحله آزمون اولیه مدل نیز بین سرکوبی با کیفیت خواب رابطه‌ای مشاهده نشد.

شکل ۱ مدل تجربی در حالت مقادیر استاندارد است. تمامی روابط در شکل ۱ از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0.05$). قوی‌ترین تأثیر در مدل مربوط به تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی بر ارزیابی مجدد با ضریب تأثیر ۰/۴۹ بود. در جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل آمده است و در جداول ۳ و ۴ نتایج آزمون روابط مدل آمده است.

جدول ۱ نشان داد میانگین انعطاف‌پذیری شناختی برابر با ۹۳/۸۵، شفقت به خود برابر با ۷۷/۹۰، ارزیابی مجدد برابر با ۲۷/۸۳، سرکوبی برابر با ۱۶/۴۰ و کیفیت خواب برابر با ۱۲/۸۶ به دست آمد. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه معنی‌داری بین سه متغیر انعطاف‌پذیری شناختی، شفقت به خود و ارزیابی مجدد با کیفیت خواب مشاهده شد ($p < 0.05$)؛ اما بین سرکوبی و کیفیت خواب رابطه معنی‌دار مشاهده نشد ($p > 0.05$). رابطه معنی‌داری بین دو متغیر مستقل انعطاف‌پذیری شناختی و شفقت به خود با ارزیابی مجدد وجود داشت و همچنین رابطه معنی‌داری بین انعطاف‌پذیری شناختی و سرکوبی معنی‌دار بود ($p < 0.05$)، اما بین شفقت به خود و سرکوبی رابطه‌ای مشاهده نشد ($p > 0.05$).

بررسی شدت همبستگی بین متغیرهای مستقل و میانجی (مؤثر بر کیفیت خواب) نشان داد که شدت همبستگی‌ها در حد متوسط و کمتر از ۰/۷۰ بود که نشان داد همبستگی شدید و مشکل‌سازی بین متغیرهای مستقل وجود نداشت و همچنین مقادیر عامل تورم واریانس (VIF) برای تمامی متغیرهای مؤثر بر کیفیت خواب کمتر از ۲ بود که مقدار مورد تأییدی برای عدم هم خطی چندگانه بود [۱۰۴] که نشان داد هم خطی شدید بین متغیرهای مستقل



شکل ۱. مدل تجربی در حالت ضرایب استاندارد

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص برازش	R ²	AGFI	PGFI	IFI	NFI	CFI	GFI	RMSEA	نسبت مجذور کای بر درجه آزادی
معیار	> ۰/۳۳	> ۰/۷۰	> ۰/۷۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	< ۰/۰۸	در بازه ۱ تا ۵
نتیجه	۰/۱۴	۰/۷۵	۰/۷۴	۰/۸۸	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۰۶۳	۳/۸۰

در مجموع می‌توان برازش مدل را تأیید کرد. ضریب تعیین متغیر وابسته کیفیت خواب برابر با ۰/۱۴ به دست آمد که نشان داد متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی، شفقت به خود و ارزیابی مجدد توانستند ۱۴ درصد از واریانس متغیر وابسته کیفیت خواب را تبیین کنند. در جدول ۳ نتایج آزمون روابط مستقیم مدل آمده است.

در مجموع با ارزیابی تمامی شاخص‌های برازش می‌توان استنباط کرد که شاخص‌های برازش به دست آمده نشان از برازش قابل قبول داده‌ها با مدل دارد و می‌توان برازش مدل را با توجه به شاخص‌های برازش جدول ۲ قابل قبول و مورد تأیید دانست. هیچ‌کدام از شاخص‌های برازش مقدار ضعیفی ندارند، شاخص IFI مقدار متوسطی دارد و تمامی شاخص‌های دیگر مقدار مناسب و مطلوبی کسب کرده‌اند؛

جدول ۳. نتایج آزمون روابط ساختاری در مدل (اثرات مستقیم)

رابطه	ضریب استاندارد	ضریب غیر استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	مقدار p
انعطاف‌پذیری شناختی -> ارزیابی مجدد	۰/۴۹	۰/۲۳	۰/۰۲۴	۹/۵۴	< ۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری شناختی -> کیفیت خواب	۰/۱۵	۰/۰۸	۰/۰۳۳	۲/۳۰	۰/۰۲۱
شفقت به خود -> ارزیابی مجدد	۰/۱۴	۰/۰۸	۰/۰۲۹	۲/۷۶	۰/۰۰۶
شفقت به خود -> کیفیت خواب	۰/۱۶	۰/۱۰	۰/۰۳۷	۲/۶۸	۰/۰۰۷
ارزیابی مجدد -> کیفیت خواب	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۰۶۵	۲/۷۱	۰/۰۰۷

شناختی بر کیفیت خواب تأیید شد. جدول ۴ نتایج آزمون نقش میانجی‌گری آمده است. نقش میانجی به کمک روش «بوت استرایپینگ» و خطای استاندارد به دست آمده از آن تحلیل شد. تعداد نمونه‌گیری جهت اجرای بوت استرایپینگ برابر با ۲۰۰ نمونه بود.

نتایج آزمون اثرات مستقیم نشان داد که تمامی پنج مسیر یا تأثیر در مدل تجربی (شکل ۱) تأیید شد. یافته‌ها (جدول ۳) نشان داد تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی و شفقت به خود بر متغیر میانجی ارزیابی مجدد و بر متغیر وابسته کیفیت خواب تأیید شد ($p < ۰/۰۵$). جهت تمامی مسیرها مثبت بود. همچنین تأثیر متغیر میانجی ارزیابی مجدد

جدول ۴. نتایج آزمون میانجی‌گری به روش بوت‌استرپینگ

مقدار p	مقدار t	خطای استاندارد	ضریب استاندارد	نوع رابطه
۰/۰۱۲	۲/۵۲	۰/۰۳۱	۰/۰۷۸	انعطاف‌پذیری‌شناختی -> ارزیابی مجدد -> کیفیت خواب
۰/۰۳۷	۲/۰۹	۰/۰۱۱	۰/۰۲۳	شفقت به خود -> ارزیابی مجدد -> کیفیت خواب

توانائی می‌تواند نحوه ارتباط فرد با اختلال خواب، استرس‌های زندگی روزمره یا افکار نشخوارکننده را شکل دهد و از آرامش شبانه حمایت کرده [۲۷]، نقش محافظتی در بهبود اثرات منفی عوامل استرس‌زا بر کیفیت خواب داشته باشد. درنهایت پیامد این توانائی منجر به کیفیت خواب بهتر می‌شود، زیرا افراد دارای شفقت به خود نسبت به سلامت و بهزیستی خود فعال‌تر هستند [۳۰] و از تعامل با عوامل بالقوه حواس‌پرتی پرهیز کرده، متعاقب آن در تعویق انداختن زمان خواب کمتر شرکت می‌کنند [۸۷]. در مجموع افراد با این توانائی با مشاهده علائم زودتر از افراد دارای عدم شفقت به خود یا شفقت به خود پائین از یک متخصص پزشکی مشاوره دریافت می‌نمایند [۳۳]. بدین طریق افراد دارای شفقت به خود به‌سادگی خود را برای داشتن یک خواب خوب مهیا می‌کنند، همچنین رفتن به‌موقع به رختخواب نیز می‌تواند به‌سادگی نشان‌دهنده مهربانی با خود و اطمینان از خواب کافی در شب باشد [۸۷].

نتیجه دیگر این پژوهش نشان داد که انعطاف‌پذیری‌شناختی می‌تواند در افزایش و بهبود کیفیت خواب نقش داشته باشد یا به عبارتی افراد دارای انعطاف‌پذیری بالا می‌توانند از کیفیت خواب بهتری بهره‌مند شوند. نتایج این مطالعه را می‌توان با نتیجه [۴۳] همسو و با نتیجه [۳] ناهم‌سو دانست. در تبیین این نتیجه می‌توان ابراز داشت که انعطاف‌پذیری‌شناختی یک عملکرد شناختی محسوب می‌شود و در بسیاری از محیط‌های دنیای واقعی که کاهش هوشیاری یک مسئله محسوب می‌شود، ضروری است؛ بنابراین برای دانشجویان که نیاز به هوشیاری برای فراگیری بیشتر موضوعات دارند، دارا بودن این توانائی بسیار مهم هست [۱۱]؛ زیرا انعطاف‌پذیری‌شناختی این امکان را

مطابق نتایج نقش میانجی‌گری ارزیابی مجدد تأیید شد. نتایج جدول ۴ نشان داد که ارزیابی مجدد توانست در رابطه بین انعطاف‌پذیری‌شناختی و کیفیت خواب و در رابطه بین شفقت به خود و کیفیت خواب نقش میانجی‌گری ایفا کند ($p < 0/05$). برای تعیین شدت اثر میانجی‌گری از آماره VAF استفاده شد. این آماره مقداری بین ۰ تا ۱ اختیار می‌کند و هرچه به ۱ نزدیک‌تر باشد نشان از قوی‌تر بودن تأثیر متغیر میانجی دارد [۱۰۶، ۱۰۵]. یافته‌ها نشان داد آماره VAF در رابطه انعطاف‌پذیری‌شناختی و کیفیت خواب برابر با ۰/۳۴ و در رابطه شفقت به خود و کیفیت خواب برابر با ۰/۱۲ به دست آمد که نشان داد نقش میانجی‌گری ارزیابی مجدد شناختی در رابطه با انعطاف‌پذیری‌شناختی و کیفیت خواب بیشتر از شفقت به خود بود و سهم خیلی بیشتری از تأثیر شفقت به خود بر کیفیت خواب به‌طور مستقیم بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه بین انعطاف‌پذیری‌شناختی و شفقت به خود با کیفیت خواب با توجه به نقش میانجی تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه گیلان انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که شفقت به خود منجر به افزایش کیفیت خواب خوب می‌شود و افراد دارای شفقت معطوف به خود می‌توانند از کیفیت خواب مطلوب برخوردار باشند. نتیجه حاضر را می‌توان با نتایج مطالعات [۳۳، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵] همسو دانست، پژوهش‌های ناهم‌سو در این‌باره یافت نشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت؛ شفقت به خود رابطه مستقیمی با کیفیت خواب داشته، می‌تواند به‌طور هم‌زمان تأثیر سایر عوامل مهم از جمله استرس ادراک‌شده، نشخوار فکری و اضطراب را بر کیفیت خواب کاهش دهد [۲۹]. لذا این

می‌شود. این نتیجه پژوهش با نتایج پژوهش‌های [۸۴، ۷۶، ۳۲] همسو است، پژوهش‌های ناهم‌سو یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که راهبردها و کمبودهای تنظیم هیجان تأثیر شفقت به خود را بر علائم آسیب‌شناسی روانی واسطه می‌کند [۷۳]. بدین طریق افراد دارای شفقت به خود اقدامات سازنده‌ای را که موجب کاهش ناراحتی می‌شود شناسایی کرده، متعاقب آن اقداماتی که برای رسیدگی به مشکلات ضروری است، انجام می‌دهند [۸۳] و این پتانسیل را در افراد ایجاد می‌کند تا هیجانات منفی خود را از طریق بهبود توانایی‌های خود برای تنظیم هیجانات مرتفع سازند؛ بنابراین به آن‌ها در روند مقابله (کنار آمدن) با علائم خود کمک می‌کند یا توانایی تحمل هیجانات منفی را در افراد افزایش می‌دهد [۳۵]. این توانایی‌ها می‌توانند از طریق القای شفقت به خود که توانایی فعال کردن ارزیابی مجدد شناختی افزایش یابد [۳۲] که یکی از راهبردهای تنظیم هیجان سالم و انطباقی است و منجر به کاهش خلق‌وخوی منفی می‌شود [۸۷]. از آنجایی که ارزیابی مجدد شناختی یک راهبرد مسئله‌مدار است موجب می‌شود تا افراد افکار و هیجانات ناسازگارانه خود را مورد باز ارزیابی قرار داده و به‌طور مطلوب‌تر به آن واکنش نشان داده و متعاقب آن رفتارهای مناسب‌تری را در پیش گرفته و از رفتار یا افکاری که منجر به پیامدهای آسیب‌زننده برای آنان می‌شود، اجتناب ورزند [۸۴] و بدین ترتیب منجر به یک تفسیر مثبت‌تر و خوش‌خیم از یک رویداد استرس‌زا به‌منظور کاهش پریشانی عمل می‌کند [۵۹].

نتیجه دیگر پژوهش نشان می‌دهد که متغیر شفقت به خود نمی‌تواند از طریق زیرمؤلفه سرکوبی مورد پیش‌بینی واقع شود و راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان به‌مانند زیرمؤلفه سرکوبی بیانی نیز هیچ‌گونه تأثیری در افزایش یا کاهش شفقت به خود ندارد. نتیجه حاضر با نتایج پژوهش [۸۷، ۷۴، ۷۳، ۳۰] همسو است، مطالعات ناهم‌سو یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان ابراز داشت که سرکوبی بیانی اغلب غیر مولد تلقی می‌شود؛ زیرا می‌تواند به‌جای کاهش تجربه ذهنی هیجان منفی را تشدید کند و درعین حال تجربه عاطفه مثبت را کاهش دهد [۵۷]، از بیان هیجانات نامطلوب جلوگیری به عمل آورد؛ اما تجربه هیجانی منفی را به‌طور کامل ناپدید نمی‌کند؛ تنها به‌زور آن را سرکوب می‌نماید [۵۹]؛ اما شفقت در هنگام تجربه

برای فرد ایجاد می‌کند تا موقعیت‌های چالش‌زا را به‌عنوان یک موقعیت قابل کنترل تبدیل و درک نمایند [۴۲]؛ بر همین اساس رفتار خود را با تغییرات موردنیاز مورد تطبیق قرار دهند تا بهتر بتوانند اشتباهات را تحمل و همدلی کنند و به‌راحتی راهی برای سازش پیدا می‌کنند [۴۱] تا با شرایط و تقاضاهای در حال تغییر انطباق یابند [۴۳]. در مجموع این توانایی به‌عنوان یک عامل محافظتی در سازگاری با تغییرات موجود و کاهش خطر ابتلا به علائم روان‌شناختی در فرد عمل می‌کند.

دیگر نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان به‌ویژه زیرمؤلفه ارزیابی مجدد شناختی می‌تواند در رابطه با کیفیت خواب خوب نقش ایفا کند و منجر به افزایش کیفیت خواب شود و پیامد این افزایش نیز موجب بهبود تنظیم هیجان و راهبردهای سازگارانه آن به‌مانند ارزیابی مجدد شناختی می‌شود. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های [۶۸، ۶۷، ۶۱، ۲۳، ۲۱] همسو و با نتیجه پژوهش [۶۲] ناهم‌سو هست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نحوه مقابله (کنار آمدن) فرد با استرس هیجانی یا روشی که در آن فرد هیجانات خود را تنظیم می‌کند، اثرات هیجانی استرس بر خواب را تعدیل می‌کند. رویدادهای هیجانی نیز در طول ساعات بیداری بر خواب تأثیر می‌گذارند، همچنین کیفیت و میزان خواب سالم و خوب هم بر نحوه واکنش به این رویدادها تأثیر گذاشته که این نیز ظرفیت تنظیم هیجانات و بهزیستی افراد را بهبود می‌بخشد [۲۳].

از آنجایی که ارزیابی مجدد شناختی نوعی از تنظیم هیجان محسوب می‌شود، به افراد کمک می‌کند در رویدادهای استرس‌آمیز آرامش خود را حفظ کرده، این موقعیت‌ها و رویدادهای عاطفی منفی را دوباره ارزیابی کنند [۵۴]. این نشان می‌دهد که راهکارهای ارزیابی مجدد شناختی با محافظت از منابع درونی و کاهش تجارب عاطفه منفی [۵۹] به‌مانند یک سپر و محافظ برای کمک به خواب خوب در رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کند [۵۱] و متعاقب آن به افراد کمک می‌کند به رفتارهای سالم‌تر و سازگارانه روی‌آورد [۸۴].

نتیجه دیگر پژوهش حاکی از این است که افزایش شفقت معطوف به خود منجر به افزایش استفاده از راهبرد انطباقی تنظیم هیجان به‌مانند ارزیابی مجدد شناختی

انعطاف‌پذیری‌شناختی بالا نشان‌دهنده کنترل شناختی بالا و توانایی ارزیابی مجدد شناختی موقعیت‌های کنونی است، این توانایی‌ها و مهارت‌های شناختی با راهبردهای تنظیم هیجان انطباقی به اشتراک گذاشته می‌شود [۴۱] و از آنجایی که ارزیابی مجدد شناختی فرآیند سالم‌تری نسبت به سرکوبی بیانی است موجب هیجانات مثبت و هیجانات ناخواسته منفی کمتری می‌شود [۵۷] و تأثیر رویدادهای منفی را با تغییر درک رویداد هیجانی در اوایل تولید آن کاهش می‌دهد [۵۹]، یا به عبارتی عمل تغییر طرز تفکر فرد در مورد یک محرک (ارزیابی مجدد شناختی) به‌نوعی یک عمل انعطاف‌پذیری‌شناختی محسوب می‌شود [۴۷] و چون انعطاف‌پذیری بیشتر فرآیندهای شناختی مرتبط با ارزیابی مجدد شناختی را منعکس می‌کند؛ لذا برای این راهبرد انطباقی تنظیم هیجان ضروری محسوب می‌شود.

درنهایت نتیجه دیگر پژوهش حاکی از این است که متغیر کیفیت خواب نمی‌تواند از طریق زیرمؤلفه سرکوبی بیانی مورد پیش‌بینی قرار گیرد و تنها افزایش یا کاهش سرکوبی بیانی هیچ‌گونه تأثیری در متغیر کیفیت خواب نمی‌تواند داشته باشد. این یافته با نتایج پژوهش [۲۴، ۲۰] همسو و با نتایج مطالعه [۶۶] ناهمسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت داشتن یک خواب باکیفیت و بهینه می‌تواند از افراد در برابر تنظیم ضعیف هیجانات محافظت کند [۹۸] و بر پیامدهای عاطفی سالم تأکید کند [۶]، لذا این خواب خوب و مکفی می‌تواند توانایی مقابله (کنار آمدن) با استرس هیجانی در زندگی روزمره را در افراد به وجود آورده و از طریق به‌کارگیری به‌ویژه تنظیم هیجان انطباقی به خواب بعدی کمک و برای آن سودمند واقع شود [۲۳] و از افراد در برابر اختلال خواب محافظت کند [۲۱]. این امر نشان‌دهنده تأثیر متقابل و تعامل بین تنظیم هیجان به‌ویژه راهبردهای انطباقی آن اعم از ارزیابی مجدد شناختی با خواب باشد، به‌طوری‌که کیفیت خواب خوب برای تنظیم هیجان انطباقی ضروری است و تنظیم هیجان سازگارانه نیز مقدمه‌ای برای کیفیت خواب خوب به حساب می‌آید [۷۹] و بدین طریق کیفیت خواب خوب از طریق استفاده از این راهکارهای انطباقی موجب کاهش هیجانات منفی و ناسازگارانه راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان به‌ویژه زیرمؤلفه سرکوبی بیانی می‌شود، بدین دلیل که راهبردهای منفی و مثبت اثر مخالف تعدیل‌کنندگی یکدیگر را دارا بوده،

هیجانات منفی در افراد به تعدیل حالات عاطفی خاص کمک می‌کند و استفاده خودکار از راهبردهای تنظیمی خاص را اصلاح کرده [۵۳] و روشی قدرتمند برای کاهش رنج است که در هر لحظه برای هرکسی قابل‌دسترس است [۲۸] که پیامد آن با کاهش آسیب‌شناسی روانی همراه است [۸۷]، به‌علاوه افراد را به دنبال آنچه به نفع سلامتی و بهزیستی آن‌ها است سوق می‌دهد [۳۰] و بدین طریق شفقت به خود در افراد تمایل به کاهش استفاده از سرکوب بیانی را منجر می‌شود [۷۴، ۷۳].

نتیجه دیگر پژوهش حاضر حاکی از این است که با افزایش انعطاف‌پذیری‌شناختی راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان به‌ویژه زیرمؤلفه سرکوبی کاهش می‌یابد. این نتیجه با نتایج پژوهش [۹۳] همسو است، پژوهش‌های ناهم‌سو در این رابطه یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری‌شناختی به‌طور منفی با مشکلات در تنظیم هیجان مرتبط است [۹۳]، زیرا سرکوبی بیانی واکنش فرد را به‌وسیله سرکوب هیجاناتی که قرار است بیان شوند یا در حال بیان هستند را به هیجانات منفی تغییر می‌دهد [۵۹] و هنگامی که افراد از سرکوبی بیانی برای تنظیم هیجان خود استفاده می‌کنند، این راهبرد به هیجانات منفی آن‌ها کمک کرده و متعاقب آن افراد نمی‌توانند به‌طور مؤثری از شر هیجانات منفی خود رهایی یابند [۶۳] و موجب سطوح بالاتری از عاطفه منفی می‌شود [۶۰]. درحالی‌که انعطاف‌پذیری‌شناختی بالا در افراد در حین تجربه هیجانات منفی و ناسازگارانه سبب می‌شود که به‌سرعت نظر خود را برای مقابله (کنار آمدن) با چنین چالش‌هایی، به وضعیت مثبت تغییر دهند [۴۰]. به‌علاوه توانایی انعطاف‌پذیری‌شناختی بالا در افراد تمایل به ایجاد تغییر بین راهبردهای گوناگون تنظیم هیجان در موقعیت‌های مختلف را موجب می‌شود [۵۸].

به‌علاوه نتیجه دیگر پژوهش نشان می‌دهد که با افزایش انعطاف‌پذیری‌شناختی زیرمؤلفه ارزیابی مجدد شناختی نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش [۶۴، ۴۱، ۳۷] همسو است و پژوهش‌های ناهم‌سو در این‌باره یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد با سطوح بالای انعطاف‌پذیری‌شناختی می‌توانند از ذهنیت‌های قبلی جدا شوند، اطلاعات جدید را در خود بگنجانند، باورهای جدیدی را که با شرایط فعلی مناسب‌تر است، شکل دهند.

سیاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همه دانشجویانی که در پژوهش حاضر شرکت کردند، به خاطر همکاری صمیمانه‌شان تشکر به عمل آورند.

منابع

- 1- Medic G, Wille M, Hemels ME. Short-and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and science of sleep*. 2017 May 19;151-61.
- 2- Walker MP. *Sleep essentialism*. *Brain*. 2021 Mar;144(3):697-9.
- 3- Chen Y, Wang Y, Wang S, Zhang M, Wu N. Self-reported sleep and executive function in early primary school children. *Frontiers in Psychology*. 2021 Dec 20;12:793000.
- 4- Monteiro LZ, de Farias JM, de Lima TR, Schäfer AA, Meller FO, Silva DA. Physical Activity and Sleep in Adults and Older Adults in Southern Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023 Jan 13;20(2):1461.
- 5- Blaxton, J. M. Bergeman, C. S. Whitehead, B. R. Braun, M. E. & Payne, J. D. (2017). Relationships among nightly sleep quality, daily stress, and daily affect. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 72(3), 363–372.
- 6- Tomaso CC, Johnson AB, Nelson TD. The effect of sleep deprivation and restriction on mood, emotion, and emotion regulation: Three meta-analyses in one. *Sleep*. 2021 Jun;44(6):zsaa289.
- 7- Farah Natashah Mohd, A. Manh, A. & Hanapiah, M. H. Poor sleep quality among medical students in International Islamic University Malaysia (IIUM) and its association with mental health and other factors. *IMJM* 19 (2020).
- 8- Ranasinghe AN, Gayathri R, Vishnu Priya V. Awareness of effects of sleep deprivation among college students. *Drug Invention Today*. 2018 Sep 1;10(9).
- 9- Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep medicine*. 2017 Apr 1;32:246-56.

لذا افرادی که از کیفیت خواب خوبی برخوردارند، از نظر تنظیم هیجانات خود دچار مشکل نیستند. در نتیجه واضح است که این افراد بیشتر از راهبردهای مثبت استفاده می‌کنند که این نیز باعث تعدیل هیجانات منفی آنان می‌شود.

محدودیت‌ها و پیشنهاد‌های پژوهش

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از: روش نمونه‌گیری غیر تصادفی (در دسترس)، مشخص نبودن فراوانی دانشجویان وابسته به وزارت علوم یا وزارت بهداشت و اینکه صرفاً داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و از طریق خود گزارشی در اوج شیوع ویروس کرونا جمع‌آوری شده است که به دلیل محدودیت‌های اعمال شده، دسترسی به نمونه‌ها با مشکل و دشواری صورت گرفت؛ به علاوه احتمال دارد نتایج تحت تأثیر سوگیری این ابزارها قرار گرفته شده باشد و نظر به اینکه نمونه‌های پژوهش متشکل از دانشجویان دانشگاه گیلان است و متعاقب اینکه دانشجویان ممکن است الگوی خواب متفاوتی داشته باشند، لذا در تعمیم نتایج به دست آمده به سایر افراد یا گروه‌ها باید احتیاط لازم صورت گیرد؛ بنابراین به پژوهشگران علاقه‌مند در این حوزه پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی روش نمونه‌گیری تصادفی را مدنظر قرار داده، دانشجویان دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم یا وابسته به وزارت بهداشت را تعیین و مشخص کنند. علاوه بر اجرای پرسشنامه، می‌توان از مصاحبه نیز به‌عنوان یک روش تکمیلی برای ارزیابی متغیرهای پژوهش استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش را تنها در گروه دانشجویان با توجه به جنسیت خاصی (دختر یا پسر) انجام دهند؛ به علاوه نتایج پژوهش حاضر می‌تواند راهنمای مراکز مشاوره و متخصصین در امور سلامت دانشجویان قرار گیرد تا در جهت بهبود و ارتقا کیفیت خواب این قشر توجه ویژه‌ای مبذول دارند و با راهکارهای آموزشی موجب توسعه و استفاده بیشتر قشر دانشجو از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان به‌ویژه زیرمؤلفه ارزیابی مجدد شناختی شده که این نیز بتواند به تلاش‌هایی در جهت مداخله مؤثرتر کمک کند. همچنین پژوهش مذکور می‌تواند بستری را برای پژوهشگران علاقه‌مند در این حوزه فراهم آورد و مقدمه‌ای برای مطالعات آینده باشد.

- 20-Zamani E, Akbari M, Mohammadkhani S, Riskind JH, Drake CL, Palagini L. The Relationship of Neuroticism with Sleep Quality: The Mediating Role of Emotional, Cognitive and Metacognitive Factors. *Behavioral sleep medicine*. 2022 Jan 2;20(1):74-89.
- 21-Sheffler JL, Pickett S. Adverse Childhood Experiences and Poor Sleep Quality in Older Adults: *The Influence of Cognitive Reappraisal*. *Alzheimer's & Dementia*. 2022 Dec;18:e067729.
- 22-Scott J, Kallestad H, Vedaa O, Sivertsen B, Etain B. Sleep disturbances and first onset of major mental disorders in adolescence and early adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2021 Jun 1;57:101429.
- 23-Vandekerckhove M, Wang YL. Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship. *AIMS neuroscience*. 2018;5(1):1.
- ۲۴- قریب بلوک، معصومه؛ میکائیلی، نیلوفر؛ بشرپور، سجاد. پیش‌بینی کیفیت خواب در نوجوانان بر اساس نگرش ناکارآمد درباره خواب، روان‌آزردگی‌گرایی، اعتیاد به اینترنت و حساسیت اضطرابی با میانجی‌گری راهبردهای تنظیم هیجان و ذهن آگاهی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۴۰۱؛ ۲۱ (۱۱۶): ۱۵۳۸-۱۵۲۱.
- 25-Rakhimov A, Ong J, Realo A, Tang NK. Being kind to self is being kind to sleep? A structural equation modelling approach evaluating the direct and indirect associations of self-compassion with sleep quality, *emotional distress and mental well-being*. *Current Psychology*. 2022 Jan 23:1-4.
- 26-Butz S, Stahlberg D. The relationship between self-compassion and sleep quality: An overview of a seven-year German research program. *Behavioral sciences*. 2020 Mar 6;10(3):64.
- 27-Butz S, Stahlberg D. Can self-compassion improve sleep quality via reduced rumination? *Self and Identity*. 2018 Nov 2;17(6):666-86.
- 28-Hu Y, Wang Y, Sun Y, Arteta-Garcia J, Purol S. Diary study: the protective role of self-compassion on stress-related poor sleep quality. *Mindfulness*. 2018 Dec;9:1931-40.
- 29-Brown L, Houston EE, Amonoo HL, Bryant C. Is self-compassion associated with sleep quality? A meta-analysis. *Mindfulness*. 2021 Jan;12:82-91.
- 10-Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, Dauvilliers Y, Ferri R, Fung C, Gozal D, Hazen N. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep health*. 2017 Feb 1;3(1):6-19.
- 11-Whitney P, Hinson JM, Jackson ML, Van Dongen HP. Feedback blunting: total sleep deprivation impairs decision making that requires updating based on feedback. *Sleep*. 2015 May 1;38(5):745-54.
- ۱۲- نصیری، اسمعیل؛ اشرفی، سمیه؛ خالصی، مریم. بهبود کیفیت خواب و خلق‌وخوی بدن‌سازان با ماساژ درمانی پس از تمرین ورزشی شدید. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲): ۱۷۷-۱۸۷.
- 13-Lee S, Mu C, Gonzalez BD, Vinci CE, Small BJ. Sleep health is associated with next-day mindful attention in healthcare workers. *Sleep Health*. 2021 Feb 1;7(1):105-12.
- 14-Stormark KM, Fosse HE, Pallesen S, Hysing M. The association between sleep problems and academic performance in primary school-aged children: Findings from a Norwegian longitudinal population-based study. *PloS one*. 2019 Nov 7;14(11):e0224139.
- 15-Wang F, Boros S. The effect of physical activity on sleep quality: a systematic review. *European Journal of Physiotherapy*. 2021 Jan 2;23(1):11-8.
- 16-Suardiaz-Muro M, Ortega-Moreno M, Morante-Ruiz M, Monroy M, Ruiz MA, Martín-Plasencia P, Vela-Bueno A. Sleep quality and sleep deprivation: relationship with academic performance in university students during examination period. *Sleep and Biological Rhythms*. 2023 Apr 10:1-7.
- 17-Fu X, Zhang K, Chen X, Chen Z. Report on national mental health development in China (2019-2020). *Social Sciences Academic Press: Beijing, China*. 2021.
- ۱۸- نادری، حبیب‌الله؛ دهقان، حمیدرضا؛ قادری، محمد؛ مؤمنی، فاطمه. کیفیت خواب دانشجویان با نقش میانجی فراشناخت‌ها. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۳۹۶؛ ۴(۲): ۲۳-۱۲.
- ۱۹- بهارلو، سعیده؛ موسی‌زاد، محمود؛ ستاره، جواد. رابطه ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت خواب، خواب‌آلودگی روزانه و کیفیت زندگی دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۴۰۰؛ ۳۱ (۱۹۸): ۱۴۴-۱۵۸.

- 41-Gabrys RL, Tabri N, Anisman H, Matheson K. Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology*. 2018 Nov 19;9:2219.
- 42-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.
- 43-Inozu M, Gök BG, Tuzun D, Hacımeroglu AB. Does cognitive flexibility change the nature of the relationship between intolerance of uncertainty and psychological symptoms during the COVID-19 outbreak in Turkey? *Current Psychology*. 2022 Jan 4:1-2.
- 44-Arici-Ozcan N, Cekici F, Arslan R. The relationship between resilience and distress tolerance in college students: The mediator role of cognitive flexibility and difficulties in emotion regulation. *International Journal of Educational Methodology*. 2019;5(4):525-33.
- 45-Marroquín B, Tennen H, Stanton AL. Coping, emotion regulation, and well-being: Intrapersonal and interpersonal processes. The happy mind: *Cognitive contributions to well-being*. 2017:253-74.
- 46-Troy AS, Shallcross AJ, Brunner A, Friedman R, Jones MC. Cognitive reappraisal and acceptance: Effects on emotion, physiology, and perceived cognitive costs. *Emotion*. 2018 Feb;18(1):58.
- 47-Malooly AM, Genet JJ, Siemer M. Individual differences in reappraisal effectiveness: the role of affective flexibility. *Emotion*. 2013 Apr;13(2):302.
- 48-McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion*. 2020 Feb;20(1):1.
- 49-Opitz PC, Cavanagh SR, Urry HL. Uninstructed emotion regulation choice in four studies of cognitive reappraisal. *Personality and Individual Differences*. 2015 Nov 1;86:455-64.
- 50-Ray-Yol E, Ülbe S, Temel M, Altan-Atalay A. Interpersonal emotion regulation strategies: can they function differently under certain conditions? *Current Psychology*. 2020 Apr 28:1-8.
- 51-Liu Y, Li H, Xu X, Li Y, Wang Z, Zhu H, Zhang X, Jiang S, Li N, Gu S, Wang F. The relationship between insecure attachment to depression: mediating role of sleep and cognitive reappraisal. *Neural Plasticity*. 2020 Apr 14;2020.
- 30-Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003 Apr 1;2(2):85-101.
- 31-Talwar V, Castellanos M, Bosacki S. Self-compassion, social cognition, and self-affect in adolescence: A longitudinal study. *Self and Identity*. 2023 Jan 2;22(1):58-76.
- 32-Burnham C. Inducing Kindness to Cope with Social Stress: Comparing Self-Compassion with Cognitive Reappraisal.
- 33-Terry ML, Leary MR, Mehta S, Henderson K. Self-compassionate reactions to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2013 Jul;39(7):911-26.
- 34-Inwood E, Ferrari M. Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2018 Jul;10(2):215-35.
- 35-Diedrich A, Burger J, Kirchner M, Berking M. Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017 Sep;90(3):247-63.
- 36-Güler KA. The Relationship Between Self-Compassion, Cognitive Flexibility and Psychological Symptoms. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 2022a.16(1):454-8.
- 37-Guassi Moreira JF, Sahi R, Ninova E, Parkinson C, Silvers JA. Performance and belief-based emotion regulation capacity and tendency: Mapping links with cognitive flexibility and perceived stress. *Emotion*. 2022 Jun;22(4):653.
- 38-Uddin LQ. Cognitive and behavioural flexibility: neural mechanisms and clinical considerations. *Nature Reviews Neuroscience*. 2021 Mar;22(3):167-79.
- 39-Bilgin M. Ergenlerin beş faktör kişilik özelliği ile bilişsel esneklik ilişkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2017 Jul 15;16(62):945-54.
- 40-Toraman Ç, Özdemir HF, Aytuğ Koşan AM, Orakçı Ş. Relationships between cognitive flexibility, perceived quality of faculty life, learning approaches, and academic achievement.

- 62-Ellis EM, Prather AA, Grenen EG, Ferrer RA. Direct and indirect associations of cognitive reappraisal and suppression with disease biomarkers. *Psychology & Health*. 2019 Mar 4;34(3):336-54.
- 63-Sun Y, BO S, LV J. Brain network analysis of cognitive reappraisal and expressive inhibition strategies: Evidence from EEG and ERP. *Acta Psychologica Sinica*. 2020 Jan 25;52(1):12.
- 64-Zaehring J, Falquez R, Schubert AL, Nees F, Barnow S. Neural correlates of reappraisal considering working memory capacity and cognitive flexibility. *Brain Imaging and Behavior*. 2018 Dec;12:1529-43
- 65-Zhang J, Lau EY, Hsiao JH. Using emotion regulation strategies after sleep deprivation: ERP and behavioral findings. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 2019 Apr 15;19:283-95.
- 66-Latif I, Hughes AT, Bendall RC. Positive and negative affect mediate the influences of a maladaptive emotion regulation strategy on sleep quality. *Frontiers in Psychiatry*. 2019 Aug 30;10:628.
- 67-O'Leary K, Bylsma LM, Rottenberg J. Why might poor sleep quality lead to depression? A role for emotion regulation. *Cognition and Emotion*. 2017 Nov 17;31(8):1698-706.
- 68-Palmer CA, Oosterhoff B, Bower JL, Kaplow JB, Alfano CA. Associations among adolescent sleep problems, emotion regulation, and affective disorders: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*. 2018 Jan 1;96:1-8.
- 69-Finlay-Jones AL. The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*. 2017 Jul 1;21(2):90-103.
- ۷۰- غفاری جاهد، زهره؛ امینی، ناصر؛ دیره، عزت؛ میرزایی، کامران. مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی در مردان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *سلامت جامعه*، ۱۴۰۰؛ ۱۵(۳): ۱-۱۰.
- 71-Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*. 2023 Jan 18;74:193-218.
- 52-John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*. 2004 Dec;72(6):1301-34.
- 53-Jazaieri H, McGonigal K, Lee IA, Jinpa T, Doty JR, Gross JJ, Goldin PR. Altering the trajectory of affect and affect regulation: The impact of compassion training. *Mindfulness*. 2018 Feb;9:283-93.
- 54-Xu C, Xu Y, Xu S, Zhang Q, Liu X, Shao Y, Xu X, Peng L, Li M. Cognitive reappraisal and the association between perceived stress and anxiety symptoms in COVID-19 isolated people. *Frontiers in psychiatry*. 2020 Sep 2;11:858.
- 55-Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*. 2017 Feb;46:261-76.
- 56-Gross JJ. Emotion regulation: conceptual and empirical foundations.
- 57-Dryman MT, Heimberg RG. Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical psychology review*. 2018 Nov 1;65:17-42.
- 58-Pruessner L, Barnow S, Holt DV, Joormann J, Schulze K. A cognitive control framework for understanding emotion regulation flexibility. *Emotion*. 2020 Feb;20(1):21.
- 59-Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003 Aug;85(2):348.
- 60-Gutiérrez-Cobo MJ, Megías-Robles A, Gómez-Leal R, Cabello R, Fernández-Berrocal P. Emotion regulation strategies and aggression in youngsters: The mediating role of negative affect. *Heliyon*. 2023 Mar 1;9(3).
- 61-Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnülle J, Fischer S, Gross JJ. Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*. 2010 Aug;10(4):563.

- ۸۱- آروین، مجتبی؛ رسولی، هادی؛ عاشوری، روح‌الله؛ صفرزاده، زیبا. ارتباط بین کیفیت زندگی و اختلالات خواب در بیماران مبتلا به فشارخون. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۱۳۹۸؛ ۶۲(۵): ۳۴-۴۲.
- ۸۲- سرآبادانی، الهه؛ مروتی، ذکر اله؛ بخشی، مریم. رابطه آشفته‌گی ذهنی و کیفیت خواب با حافظه کاری دانشجویان پزشکی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۱۳۹۸؛ ۶۲(۳): ۱۵۴۵ - ۱۵۵۵.
- 83-Adie T, Steindl SR, Kirby JN, Kane RT, Mazzucchelli TG. The relationship between self-compassion and depressive symptoms: Avoidance and activation as mediators. *Mindfulness*. 2021 Jul;12(7):1748-56.
- ۸۴- امیری پیچاکلائی، احمد؛ اکبری، مهدی؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر. ارزیابی مقدماتی بسته آموزشی فرا تشخیصی مبتنی بر مدل طرح‌واره درمانی، خودشفقتی و تنظیم هیجان در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب. *دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲؛ ۴۰(۱): ۱-۱۸.
- 85-Neff KD, Tóth-Király I, Yarnell LM, Arimitsu K, Castilho P, Ghorbani N, Guo HX, Hirsch JK, Hupfeld J, Hutz CS, Kotsou I. Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological assessment*. 2019 Jan;31(1):27.
- 86-Kocur D, Flakus M, Fopka-Kowalczyk M. Validity and reliability of the Polish version of the Self-Compassion Scale and its correlates. *Plos one*. 2022 May 16;17(5):e0267637.
- 87-Sirois FM, Nauts S, Molnar DS. Self-compassion and bedtime procrastination: an emotion regulation perspective. *Mindfulness*. 2019 Mar 15;10:434-45.
- 88-Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and identity*. 2013 Mar 1;12(2):160-76.
- 89-Tran, T. H. & Tran, M. D. (2017). Evaluation of self-compassion: A quantitative study in Vietnamese students [in Vietnamese]. *The Journal of Psychology*, 10(223), 13-23.
- 72-Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and identity*. 2013 Mar 1;12(2):160-76.
- 73-McBride NL, Bates GW, Elphinstone B, Whitehead R. Self-compassion and social anxiety: The mediating effect of emotion regulation strategies and the influence of depressed mood. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2022 Dec;95(4):1036-55.
- 74-Paucsik M, Nardelli C, Bortolon C, Shankland R, Leys C, Baeyens C. Self-compassion and emotion regulation: testing a mediation model. *Cognition and Emotion*. 2023 Jan 2;37(1):49-61.
- 75-Deniz M, Gunduz M. Öz-Anlayışın Yordayıcıları Olarak Psikolojik Katılık ve Bilişsel Esneklik. *Kalem Uluslararası Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*. 2021;11(1):75-94.
- 76-Diedrich A, Hofmann SG, Cuijpers P, Berking M. Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2016 Jul 1;82:1-0.
- ۷۷- ستاری، مریم؛ اشرفی علویجه، معصومه؛ جراح، الهه. پیش‌بینی تاب‌آوری و شفقت به خود بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی در پدران دارای کودکان با اختلال طیف اوتیسم. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۴۰۱؛ ۱۲: ۹۶-۹۶.
- 78-Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989 May 1;28(2):193-213.
- 79-Kirwan M, Svenson DW, Pickett SM, Parkhill MR. Emotion regulation as a mediator between sleep quality and interpersonal aggression. *Personality and individual differences*. 2019 Oct 1;148:32-7.
- 80-Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep*. 1991 Jul 1;14(4):331-8.

- 98-Mantua J, Helms SM, Weymann KB, Capaldi VF, Lim MM. Sleep quality and emotion regulation interact to predict anxiety in veterans with PTSD. *Behavioural neurology*. 2018 Jun 5;2018.
- 99-Grezellschak S, Jansen A, Westermann S. Emotion regulation in patients with psychosis: A link between insomnia and paranoid ideation? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2017 Sep 1;56:27-32.
- ۱۰۰- حاتمیان، پیمان؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم؛ سوری، احمد. تأثیر واقعیت‌درمانی بر تنظیم هیجان و شادکامی دختران مبتلا به پرخوری عصبی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۴۰۰؛ ۸(۴): ۱۲۴-۱۳۴.
- 101- Khanjani S, Foroughi AA, Bazani M, Rafiee S, Tamannaifar S, Habibi M. Psychometric properties of Persian version of five facets of mindfulness questionnaire. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2022;27.
- 102- George, D. & Mallery, M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 0/17 update (10a ed).2010. Boston: Pearson.
- 103- Byrne, B. M. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (2nd ed).2010. New York, NY: Routledge.
- ۱۰۴- حبیب‌پور، کرم؛ صفری شالی، رضا. راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات پیمایشی، تهران: ۱۳۸۸: انتشارات لویه و متفکران.
- ۱۰۵- داوری، علی؛ رضازاده، آرش. مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار PLS تهران: ۱۳۹۲: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی.
- ۱۰۶- میرز، لاورنس اس؛ گامست، گلن؛ گارینو، ا.جی. پژوهش چندمتغیری کاربردی (طرح و تفسیر)، ترجمه؛ پاشا شریفی، حسن؛ فرزاد، ولی‌الله؛ رضاخانی، سیمین دخت؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ ایزانلو، بلال؛ حبیبی، مجتبی. ۱۳۹۱. تهران: رشد.
- ۹۰- چاووشی، حانیه؛ سرافراز، مهدی رضا؛ گودرزی، محمدعلی. نقش واسطه‌ای شفقت به خود و به هشیاری در رابطه بین استرس ادراک‌شده و سلامت روانی- جسمانی. *روانشناسی*، (۱۴۰۱)؛ ۱۱(۸)، ۱۳-۲۴.
- 91-Cleare S, Gumley A, Cleare CJ, O'Connor RC. An investigation of the factor structure of the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*. 2018 Apr;9:618-28.
- ۹۲- پور صالح، عطیه؛ سرپرست، علی. اثربخشی آموزش برخط برنامه شفقت به خود به هوشیار بر اضطراب سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دوران شیوع بیماری کرونا. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴۰۱؛ ۲(۲): ۱۳۵-۱۴۷.
- 93-Başaran SK, Gökdağ C, Yildirim ZE. How does cognitive flexibility associate with depressive symptoms? A multiple mediation model including emotion dysregulation and problem-solving. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*. 2022;6(11):23-37.
- 94-Wang RN, Chang YC. Effect of Intrinsic Motivation on Junior High School Students' Creativity: Mediating Role of Cognitive Flexibility. *International Journal of Educational Methodology*. 2022;8(2):297-312.
- 95-Khazaei S, Bababei M. The Role of Cognitive Flexibility and Religious Coping Strategies in Predicting Divorce of Women with Betrayal Experiences. *Journal of Family Relations Studies*. 2022 Mar 1;2(4):4-12.
- ۹۶- حمزه‌ای، امین؛ آقا یوسفی، علیرضا. الگوی معادلات ساختاری زوجی بر اساس تمایز یافتگی - خود و انعطاف‌پذیری شناختی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای. *نشریه مدیریت/ارتقای سلامت*. بهمن و اسفند ۱۴۰۱؛ ۱۲(۱): ۱۶-۳۱.
- 97-Gong L, Liu Q. Mobile Phone Addiction and Sleep Quality: The Mediating Role of Anxiety and the Moderating Role of Emotion Regulation. *Behavioral Sciences*. 2023 Mar 12;13(3):250.

اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشخوار خشم افراد مبتلا به اضطراب ناشی از بیماری کرونا

نویسندگان

راضیه اعتصامی پور^{۱*}، خدیجه رمضانزاده مقدم^۲

۱. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. kh.ramazanzadeh@gmail.com

چکیده

مقدمه: افراد مبتلا به اضطراب کرونا ممکن است از نشخوار به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد در مقابله با تجارب هیجانی استفاده کنند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشخوار خشم افراد مبتلا به اضطراب ناشی از بیماری کرونا صورت گرفت.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد دارای اضطراب کرونا شهرستان جهرم در سال ۱۴۰۰ بودند که از بین آنان ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹ (علی‌پور و همکاران) و نشخوار خشم ساکودولسکی، گلاب و کرومول. پارادوکس درمانی در ۸ جلسه دوساعته و هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

نتایج: نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌های نشخوار خشم و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون در همه متغیرها به جز مؤلفه افکار تلافی‌جویانه در هم‌سنجی با پیش‌آزمون کاهش معنادار داشته است ($p < 0/05$). این کاهش تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است ($p = 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که پارادوکس درمانی، می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در کاهش نشخوار خشم ناشی از اضطراب بیماری کرونا استفاده شود.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۲/۰۴

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۵/۰۴



کلیدواژه‌ها

اضطراب، بیماری کرونا، پارادوکس درمانی، نشخوار خشم.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

r_etesamipour@pnu.ac.ir

مقدمه

راه‌حل، توجه را به راهبردهای هیجانی مشکل‌زا معطوف کند و در نتیجه باعث کاهش سلامت روانی و جسمی شود [۹]. افراد مبتلا به اضطراب کرونا ممکن است نشخوار فکری و تنهایی بیشتری را به دلیل ترس و اضطراب در مورد عواقب آلوده شدن به این ویروس کشنده تجربه کنند. در واقع افراد برای رهایی از اضطراب و یا استرس به نشخوار فکری می‌پردازند. بر این اساس نشخوار منجر به تشدید احساسات منفی و افزایش خطر درگیر شدن در رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار می‌شود و فرد خود را در معرض رویارویی های متعدد و استرس‌زا قرار می‌دهد و در نتیجه باعث ایجاد یک نوع اضطراب مزمن می‌شود. این امر می‌تواند نشان دهنده این باشد که بالا بودن اضطراب کرونا در افراد منجر به نشخوار فکری و تداوم اضطراب می‌شود و در نتیجه بر بهزیستی این افراد تأثیر منفی می‌گذارد [۱۰].

از طرفی نشخوار فکری با خشم در ارتباط است [۱۱]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد نشخوار یک راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد در مقابله با تجارب هیجانی است و با سوگیری شناختی، وضعیت خلقی منفی و اختلال در حل مسئله همراه است [۱۲]؛ بنابراین اجتناب از تجربه خشم می‌تواند نوعی از کنترل افراطی خشم باشد که پردازش شناختی آن می‌تواند به صورت سرکوب کردن یا نشخوار خشم خود را نشان دهد [۱۳]. به دلیل جدید بودن اضطراب بیماری کرونا پژوهش‌های بسیار اندکی درباره این بیماری و واکنش‌های روانی نسبت به آن و راه‌کارهای درمانی مرتبط با آن صورت گرفته است. تحقیقات قبلی در درمان با رویکردهای روان‌درمانی اثربخشی قابل توجهی در زمینه علائم افسردگی داشتند تا اضطراب. استراتژی‌های رایج و مفید مورد استفاده پاسخ‌دهندگان ورزش، تمرکز حواس و تمرینات تنفسی بود. هیچ استراتژی دیگری با بهبود سلامت روان مرتبط نبود. آگاهی قبلی از استراتژی‌های روان‌درمانی ممکن است در مدیریت سلامت روان در رویدادهای بی‌سابقه بهداشت عمومی مانند همه‌گیری جهانی نقش داشته باشد. ترویج گسترده این تکنیک‌ها در جامعه ممکن است برای مدیریت ناراحتی عمومی در چنین مواقعی ارزشمند باشد [۱۴]. ارائه درمان و حمایت روان‌شناختی ممکن است از بار بیماری‌های روانی هم‌زمان کاسته و موجب سلامت افراد آسیب‌دیده شود.

مطالعات متعدد مقطعی در سراسر جهان نشان‌دهنده تأثیر منفی کووید-۱۹ بر سلامت روان بوده است. بااین‌حال، مطالعات اندکی در زمینه عوامل خطرزای همه‌گیری بر سلامت روان انجام شده است [۱]. مروری بر مطالعات انجام‌شده در زمینه تأثیر پاندمی ویروس کرونا بر سلامت روان افراد نشان داد که (احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی و عصبانیت) در زمان پاندمی افزایش می‌یابد، درحالی‌که احساسات مثبتی مانند خوشبختی و رضایت از زندگی کاهش یافته است [۲]. اضطراب کرونا به‌عنوان یکی از شایع‌ترین پیامدها در افرادی که در معرض همه‌گیری مرگبار قرار دارند شناسایی می‌شود و پیامدهای آن خطر بالقوه‌ای برای کیفیت زندگی افراد دارد [۳]. روی‌هم‌رفته، گسترش بیماری‌های واگیردار می‌تواند موجب افزایش اضطراب گردد و این اضطراب نیز به‌نوبه خود دارای اثرات ناخوشایندی بر وضعیت روانی افراد است [۴]. تحقیقات نشان داده است افرادی که در معرض موقعیت‌های استرس‌زایی مانند همه‌گیری کووید-۱۹ و قرنطینه‌ها و مقررات منع آمودشد که در تلاش برای کنترل آن بیماری همه‌گیر اعمال شده‌اند قرار می‌گیرند، در برابر مشکلات مرتبط با سلامت روان و خشم آسیب‌پذیر هستند [۵].

مشکلاتی همچون ترس، اضطراب و خشم در امتداد هم به وجود می‌آیند و به‌هم‌پیوسته هستند. همچنان که وجود بیماری کووید-۱۹ در جامعه ترس و نگرانی شدیدی ایجاد نمود، وجود محدودیت‌های اعمال‌شده در جهت کاهش تلفات، خشم زیادی را در افراد ایجاد نمود؛ چراکه این محدودیت‌ها در زندگی طبیعی مردم اختلال ایجاد کرد و آن‌ها را از بسیاری از امکانات جامعه محروم نمود. بدون شک این مشکلات خشم بسیاری در افراد ایجاد می‌کند و این خشم ممکن است به شکل‌های متفاوتی همچون عمل نکردن به قوانین و توجه نکردن به آن بروز نماید [۶].

بیماری کرونا به‌عنوان یک عامل استرس‌زای شدید موجب نگرانی‌های مکرر و مداوم شده و این نگرانی‌ها به‌صورت علائم نشخوارکننده ظاهر می‌شوند [۷]. نشخوار فکری در هر حیطه از جمله خشم و ... با تمرکز اجبارگونه بر علائم و نشانه‌های پریشانی می‌تواند بلا تکلیفی را در زمینه کنترل بیماری افزایش داده [۸] و به‌جای تمرکز بر

اضطراب کرونا شواهد جدیدی ارائه می‌کنیم که به بهبود گزینه‌های درمانی کمک می‌کند. این روش در مواردی توصیه می‌شود که علت زمینه‌ای اضطراب یک «عادت شناختی» باشد. مداخله پارادوکسی متوجه خود افکار نیست بلکه متوجه موضوع افکار است. قرار گرفتن مکرر در معرض محرک‌های نشخوارکننده ترسناک منجر به عادت کردن به پریشانی ذهنی و برانگیختگی روانی فیزیولوژیکی یا ایجاد بازدارنده شرطی می‌شود. با پارادوکس درمانی چرخه اضطراب عملکرد بیمار که با ناتوانی در کنترل نشخوارهای ناراحت‌کننده او تشدید شده شکسته می‌شود. در چنین مواردی، درمانگر اطلاعات و بازخورد اصلاحی را به شیوه‌ای متناسب با ویژگی‌های بیمار ارائه می‌کند تا اضطراب مرتبط با افکار یا فعالیت‌های مزاحم را از بین ببرد. بازخورد صریح عدم وجود علائم نگران‌کننده به بیمار موجب از بین رفتن نگرانی‌های او می‌شود. درمانگر با دستور دادن به درمان‌جو برای انجام ندادن یا تلاش برای به حداکثر رساندن اضطراب ناشی از نارسایی‌های عملکردی، به جای مهار آن، اضطراب را کاهش می‌دهد و در نتیجه عملکرد کافی را تسهیل می‌کند [۲۰].

این روش با موفقیت در مورد تعداد کثیری از اختلال‌های روان‌شناختی شامل طیف گسترده اختلال‌های اضطرابی^۳، اختلال پرخوری، طیف وسواس‌های فکری و عملی و اختلال‌های مرتبط^۴ با تروما و استرس^۵ و اختلال‌های نشانه‌های بدنی به کار بسته شده است [۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵]. با توجه به تأثیر این مدل درمانی در درمان اختلالات وسواسی و نشخوار فکری، بررسی اثربخشی آن بر نشخوار خشم مبتلایان به اضطراب ناشی از بیماری کرونا، می‌تواند قابل توجه باشد؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشخوار خشم افراد مبتلا به اضطراب ناشی از بیماری کرونا انجام گرفت.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش، از جمله پژوهش‌های کاربردی می‌باشد.

در این مقاله از مدل روان‌درمانی پارادوکسی^۱ برای درمان نشخوار خشم در مبتلایان اضطراب ناشی از بیماری کرونا استفاده می‌شود. این مدل روان‌درمانی پارادوکسی که به اختصار^۲ PTC نامیده می‌شود، روشی از درمان اختلال‌های روان‌شناختی است که بسیاری از محدودیت‌ها و کاستی‌های روش‌های دیگر را برطرف کرده است. مدل برنامه زمانی پارادوکسی به دلیل کوتاه مدت بودن نسبت به درمان‌های طولانی مدت که باعث می‌شد افراد آن را نیمه‌کاره رها کنند و به لحاظ اینکه مبتنی بر تجویز نشانه است نقش مؤثری در درمان افرادی که مقاومت بالایی در مقابل درمان دارند مورد استفاده قرار گرفت [۱۵]. از جمله ویژگی‌های دیگری که درمان برنامه زمانی پارادوکسی را از دیگر روش‌های روان‌درمانی ممتاز کرده است می‌توان به مواردی از این قبیل اشاره کرد: می‌تواند باعث بهبود بیماران سرپایی روان‌پزشکی شود [۱۶]. در درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، اجباری وجود دارد که قدرت و توانایی فرد را برای حل‌وفصل موضوع کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد دستوری بودن مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ، فرد را وابسته به درمانگر نموده و وی احساس می‌کند در فرایند مداخلات این توانایی را ندارد، این امر نمی‌تواند به درستی ایگو فرد را پرورش دهد [۱۷]. به نظر می‌رسد در درمان پارادوکسیکال، عدم تحمل و تجویز نشانه و مصنوعی سازی باعث می‌شود بیمار همه چیز را به صورت عادی تجربه نموده بدون اینکه تلاشی نماید تا اضطراب را تحمل کند، آن را بپذیرد یا آن را کاهش دهد [۱۸].

مروری بر پیشینه تحقیق حاکی از این است که تکرار اجتناب‌ناپذیر فکر کردن در مورد تجربه‌های خشم‌انگیز سلامت جسمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بدین ترتیب، خشم از طریق فعال‌سازی و افزایش نشخوار خشم از یکسو باعث کاهش احتمال سلامت جسمی و از سوی دیگر باعث افزایش خطر بیماری جسمی می‌شود. در این میان کاهش نشخوار خشم زمینه را برای افزایش و بهبود شاخص‌های جسمی فراهم می‌سازد [۱۹]. با توجه به بررسی‌های موجود هیچ پژوهش خاصی در ارتباط با کاهش نشخوار خشم انجام نگرفته است. در این تحقیق با مشخص کردن روابط بین برنامه زمانی پارادوکسی و نشخوار خشم افراد مبتلا به

3 . Anxiety disorders

4 . obsessive-compulsive and related disorders

5 . trauma-and stress-related disorders

1 . Paradoxical psychotherapy (PT)

2 . Paradox+Timetable=cure(PTC)

رضایت شفاهی و کتبی گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که فرایند تحقیق بدون ذکر نام و محرمانه خواهند بود و شرکت در جلسات، داوطلبانه است و هر زمان مایل بودند می‌توانند همکاری خود را ادامه ندهند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اضطراب ابتلا به کرونا (CDAS)^۱: این مقیاس با هدف تعیین میزان اضطراب کرونا در نمونه بالینی توسط علی‌پور و همکاران در سال ۱۳۹۸ ساخته شده و دارای ۱۸ گویه و دو عامل روانی و جسمانی و یک نمره کل است [۲۷]. سوالات ۱-۹ خرده مقیاس روانی و سوالات ۱۰-۱۸ خرده مقیاس جسمانی را مورد سنجش قرار می‌دهند. نمره‌گذاری در یک مقیاس از طریق طیف لیکرت بین صفر تا سه و نمره کل بین صفر تا ۵۴ است. بر این اساس نمره صفر تا ۱۸ دارای اضطراب خفیف، ۱۹ تا ۳۶ دارای اضطراب متوسط و ۳۷ تا ۵۴ دارای اضطراب شدید و نیازمند مداخله است. نمره‌گذاری برای علائم روانی و جسمانی با توجه به تعداد سوالات هر عامل دامنه‌ای بین ۰ تا ۲۷ را دربر می‌گیرند. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ($a=0/87$) عامل دوم ($a=0/86$) و برای کل پرسشنامه ($a=0/91$) به دست آمد. روایی ملاک از طریق محاسبه همبستگی با پرسشنامه GHQ-28 مورد تأیید قرار گرفته است 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 کلیه این ضرایب در سطح $0/01$ معنادار بود [۲۷]. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل $0/85$ به دست آمده است.

مقیاس نشخوار خشم (ARS)^۲: مقیاس نشخوار خشم به وسیله «ساکودولسکی»^۳ و همکاران [۲۸] تهیه شده و شامل ۱۹ سؤال می‌باشد و تمایل به تفکر در مورد شرایط خشم‌انگیز فعلی و به‌خاطر آوردن تجربه‌های خشم‌انگیز قبلی را می‌سنجد. سؤال‌های آزمون چهار زیرمقیاس نشخوار خشم شامل افکار تلافی‌جویانه، شناختن علت‌ها، خاطره‌های

طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش کلیه افراد دارای اضطراب کرونا شهرستان جهرم در سال ۱۴۰۰ بودند. برای دسترسی به جامعه مورد نظر در شرایط اپیدمی کرونا، پس از انتشار فراخوانی مبنی بر مشارکت در مطالعه‌ای مداخله‌ای برای نشخوار خشم ناشی از اضطراب بیماری کرونا در شبکه‌های اجتماعی، افراد متقاضی بر اساس پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹ و نشخوار خشم سنجیده شدند.

ب) نمونه پژوهش

حجم نمونه ۳۰ نفر و انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری هدفمند بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر $0/5$ و توان آزمون $0/75$ برابر ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و گواه برآورد شد. ۳۰ شرکت‌کننده با سطوح بالای نشخوار خشم و اضطراب کووید-۱۹ به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ($n=15$) و گواه ($n=15$) گمارده شدند و از آن‌ها پیش‌آزمون گرفته شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از سن بالاتر از ۲۰ سال، داشتن تحصیلات دیپلم و بالاتر، انگیزه و رضایت به حضور در جلسات مداخله و عدم وجود اختلالات روان‌شناختی هم‌زمان با اضطراب کرونا (شامل استرس، افسردگی، وسواس، استرس پس از سانحه) و گرفتن نمره حداقل ۱۸ در پرسشنامه اضطراب کرونا و نمره حداقل ۳۸ در پرسشنامه نشخوار خشم [۲۶].

ملاک‌های خروج نیز شامل: غیبت بیش از سه جلسه، عدم تمایل برای ادامه شرکت در جلسات درمان و عدم پابندی به قوانین تعیین شده در گروه.

پارادوکس درمانی در ۸ جلسه دوساعته و هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از پایان مداخله و تکمیل پرسشنامه‌ها، گروه آزمایش درمان را دریافت کردند. پس از آن از تمام افراد دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و بعد از دو ماه به منظور ماندگاری اثر درمان مجدد از هر دو گروه آزمون گرفته شد. در ابتدای تکمیل پرسشنامه، از افراد شرکت‌کننده

1. Corona Disease Anxiety Scale (CDAS)
2. Anger Rumination Scale (ARS)
3. Sukhodolsky

جدول ۱. پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامه زمانی پارادوکسی (قدیمی نوران و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	شناخت افراد از اهداف پژوهش و شروع تمرینات فردی	۱- انجام پیش‌آزمون ۲- تعریف اضطراب کرونا ۳- تعریف و بیان مفاهیم مرتبط با نشخوار خشم و ذکر مثال ۴- ارائه هدف درمانی	ارائه برنامه تجسمی پارادوکسی
جلسه دوم	بررسی و تصحیح برنامه زمانی پارادوکسی تجسمی برای هر فرد	تنظیم برنامه زمانی پارادوکسی تجسمی با کم‌وزیاد کردن تجویز نشانه در زمان‌های مربوط به هر فرد با توجه به شدت و ضعف هیجانات هر فرد	ادامه تکالیف تجسمی پارادوکسی
جلسه سوم	افزایش شدن تکالیف عملی پارادوکسی	بررسی رفتارها و نگرش‌های مرتبط با خشم و نشخوار خشم افراد، اضافه کردن برنامه زمانی پارادوکسی عملی به تمرینات تجسمی در زمان‌های مشخص	انجام تکالیف تجسمی به همراه تکالیف عملی
جلسه چهارم	کاهش هیجانات منفی و قطع آگاهی نسبت به موقعیت‌های راه‌انداز اضطراب و نشخوار خشم و دوره‌های تشدید نشانگان باطل اضطرابی ناشی از احساسات منفی که با خشم آزمودنی همراه بود	بررسی تکالیف و اصلاح آن‌ها، بر حسب نیاز کم‌وزیاد کردن تکالیف (با توجه به پیشرفت هر فرد)	ادامه برنامه تجسمی و عملی فردی
جلسه پنجم	کاهش تکالیف تجسمی و عملی	اصلاح تکالیف تجسمی و عملی و تقلیل به دو نوبت در روز	ادامه برنامه تجسمی و عملی فردی
جلسه ششم	اطمینان از کاهش هیجانات منفی و قطع آگاهی نسبت به موقعیت‌های راه‌انداز اضطراب، نشخوار خشم و دوره‌های تشدید نشانگان اضطرابی	بررسی تکالیف و عملکرد افراد و تقلیل برنامه تجسمی و عملی به روزی یک نوبت	ادامه برنامه تجسمی و عملی فردی
جلسه هفتم	بررسی تمرینات درمانی و پیشرفت هر فرد در تمرینات تجسمی و عملی پارادوکسی	بررسی عملکرد افراد در طول مدت درمان و تقلیل تکالیف تجسمی و عملی یک روز در میان	ادامه برنامه تجسمی و عملی فردی
جلسه هشتم	بررسی بازخورد افراد از درمان، اتمام درمان و ارائه توصیه‌های لازم	گرفتن بازخورد از آن‌ها راجع به طرح درمانی	

نشخوار خشم (نمره کل)، پس فکرهای خشم، افکار تلافی جویانه، خاطره‌های خشم و شناختن علت‌ها به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۷۸ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۴ به دست آمده است.

پروتکل درمانی مبتنی بر برنامه زمانی پارادوکسی:

در این مطالعه پروتکل بر مبنای نظری در چهارچوب مدل‌های نظری متفاوت، از تکنیک‌های تکرار انبوه، سیری محرکه، غرقه‌سازی تجسمی و عینی در رفتاردرمانی تا باز چهارچوب‌دهی در شناخت درمانی، قصد پارادوکسی در معنادرمانی و برنامه پارادوکسی برای درمان پرخوری زنان قدیمی نوران و همکاران [۲۵] اقتباس شده است و سپس

خشم و پس فکرهای خشم را در طیف پنج درجه‌ای لیکرت از نمره خیلی کم (نمره ۱) تا نمره خیلی زیاد (نمره ۵) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در نمره‌گذاری آزمون، نمره زیاد بیانگر نشخوار خشم بیشتر است و از محاسبه مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها، نمره کلی نشخوار خشم حاصل می‌شود. ماکسول^۱ و همکاران [۲۹] ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نشخوار خشم در چندین پژوهش بررسی و تأیید شده است [۳۰]. در پژوهش بشارت [۳۱] ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از مقیاس‌های

1. Maxwell

درصد) و ۸ نفر متأهل (۵۳/۳ درصد) بودند، در گروه آزمایش ۶ نفر مجرد (۰/۴۰ درصد) و ۹ نفر متأهل (۰/۶۰ درصد) بودند، در گروه کنترل ۱۱ نفر خانه‌دار (۷۳/۳۳ درصد)، ۲ نفر شغل آزاد (۱۳/۳۳ درصد) و ۲ نفر شغل دولتی (۱۳/۳۳ درصد) داشتند، در گروه آزمایش ۹ نفر خانه‌دار (۶۰ درصد)، ۲ نفر شغل آزاد (۱۳/۳۳ درصد) و ۴ نفر شغل دولتی (۲۶/۶۷ درصد) داشتند، در هر دو گروه کنترل ۱۴ نفر زن (۹۳/۳ درصد) و ۱ نفر مرد (۶/۷ درصد) بودند، در گروه کنترل ۲ نفر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۹ نفر فوق‌دیپلم (۶۰ درصد) و ۴ نفر لیسانس به بالا (۲۶/۶۷ درصد) داشتند، در گروه آزمایش ۴ نفر دیپلم (۲۶/۶۷ درصد)، ۳ نفر فوق‌دیپلم (۲۰ درصد) و ۸ نفر لیسانس به بالا (۵۳/۳۳ درصد) داشتند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ آمده است.

روایی محتوایی بر اساس نظر ۳ نفر از روان‌شناسان آشنا به برنامه زمانی پارادوکس درمانی تأیید شد. این پروتکل در ۸ جلسه دوساعته و به صورت هفته‌ای یک جلسه، بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. قبل از اجرای پروتکل پیش‌آزمون و پس از اجرای کامل پروتکل درمانی، پس‌آزمون انجام شد و جهت بررسی پایداری درمان، پس از دو ماه آزمون پیگیری نیز اجرا گردید.

شیوه تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار آماری spss نسخه ۲۱ نرم‌افزار استفاده شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی گروه گواه $8/83 \pm$ (۲۷/۶۰) و میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش $31/07 \pm 9/28$ بود. در گروه کنترل، ۷ نفر مجرد (۴۶/۷)

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر نشخوار خشم و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و گواه (n=۳۰)

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نشخوار خشم	۱۶/۰۶	۲۹/۲۰	۱۴/۴۹	۴۳/۲۰
پس‌فکرهای خشم	۱۶/۱۳	۹/۱۳	۴/۹۵	۱۳/۴۰
افکار تلافی‌جویانه	۹/۶۷	۵/۸۷	۳/۰۷	۷/۵۳
خاطره‌های خشم	۱۳/۸۷	۷/۴۷	۴/۵۵	۱۱/۶۷
شناختن علت‌ها	۱۱/۶۰	۶/۹۳	۳/۴۰	۱۰/۶۰

واریانس‌ها محاسبه شد. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شود و نتایج نشان داد که شاخص کجی و کشیدگی نشخوار خشم و مؤلفه‌های آن در دامنه ۲ و ۲-قرار داشت و این به معنی نرمال بودن داده‌ها می‌باشد. نتایج آماره در آزمون لون برای نشخوار خشم و همه مؤلفه‌های آن به جز پیگیری خشم و خاطره خشم ($p \geq 0/05$)

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. به منظور پاسخ‌دهی به سؤال تحقیق از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس، پیش‌فرض‌های مهم آن بررسی شدند. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع و همگنی

همگنی ضرایب رگرسیون برقرار است. همچنین استفاده از آزمون موچلی نشان داد که مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به نشخوار خشم و همه مؤلفه‌های آن و گروه رعایت شده است؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای تمام متغیرها رعایت شده است ($p \geq 0/05$).

به دست آمد؛ بنابراین فرض همسانی واریانس نمرات برقرار بود. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون از معنی‌داری تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری استفاده شده است. آماره‌های چند متغیری مربوطه یعنی «لامبدای ویلکز» در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نیستند؛ بنابراین مفروضه

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین تأثیر پارادوکس درمانی بر نشخوار خشم

مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
نشخوار خشم	زمان	۲۲۳۵/۴۸۹	۱/۱۴	۱۹۵۹/۲۷۸	۱۳/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳۰
	گروه	۱۷۶۰/۰۴۴	۱	۱۷۶۰/۰۴۴	۸/۹۵	۰/۰۰۶	۰/۲۴۲
	تعامل زمان و گروه	۳۰۷۰/۱۵۶	۱/۱۴	۲۶۹۰/۸۱۵	۱۸/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۴۰۴
پس فک‌های خشم	زمان	۲۲۴/۴۶۷	۱/۳۰	۱۷۲/۴۴۱	۱۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۴
	گروه	۱۷۰/۸۴۴	۱	۱۷۰/۸۴۴	۶/۳۲۰	۰/۰۱۸	۰/۱۸۴
	تعامل زمان و گروه	۳۵۲/۹۵۶	۱/۳۰	۲۷۱/۱۵۰	۱۸/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۳۹۶
افکار تلافی‌جویانه	زمان	۵۷/۸۶۷	۱/۲۹	۴۴/۸۹۱	۴/۳۲	۰/۰۳۶	۰/۱۳۴
	گروه	۲۳/۵۱۱	۱	۲۳/۵۱۱	۱/۱۹۱	۰/۲۸۴	۰/۰۴۱
	تعامل زمان و گروه	۱۱۷/۴۲۲	۱/۲۹	۹۱/۰۹۲	۸/۷۷	۰/۰۰۳	۰/۲۳۹
خاطره‌های خشم	زمان	۱۹۸/۰۲۲	۱/۲۹	۱۵۳/۴۲۲	۹/۳۸	۰/۰۰۲	۰/۲۵۱
	گروه	۱۶۲/۶۷۸	۱	۱۶۲/۶۷۸	۱۰/۱۳۰	۰/۰۰۴	۰/۲۶۶
	تعامل زمان و گروه	۲۷۲/۱۵۶	۱/۲۹	۲۱۰/۸۵۷	۱۲/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۳۱۵
شناختن علت‌ها	زمان	۱۴۱/۹۵۶	۱/۴۰	۱۰۱/۱۳۴	۱۲/۱۲۶	۰/۰۰۰	۰/۳۰۲
	گروه	۱۰۸/۹۰۰	۱	۱۰۸/۹۰۰	۱۳/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰
	تعامل زمان و گروه	۱۱۶/۲۶۷	۱/۴۰	۸۲/۸۳۲	۹/۹۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶۲

تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳، تفاوت بین نمرات نشخوار خشم و تمامی مؤلفه‌های آن در ۳ مرحله از پژوهش معنادار است ($p < 0/01$). علاوه بر این، تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی در همه متغیرهای پژوهش معنادار است ($p < 0/01$)؛ به عبارت دیگر

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان پارادوکسی و گواه در سه مرحله پژوهش در متغیر نشخوار خشم و مؤلفه‌های آن

متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشخوار خشم	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۰/۳۶۷	۲/۷۰۶	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۰/۷۶۷	۲/۸۶	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۸۶۰	۱/۰۰۰
پس‌فکرهای خشم	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۳/۳۶۷	۰/۹۶۰	۰/۰۰۵
	پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۳۳۳	۰/۹۱۰	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۴۱۸	۱/۰۰۰
افکار تلافی‌جویانه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۷۳۳	۰/۷۴۶	۰/۰۸۳
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۶۶۷	۰/۸۱۳	۰/۱۵۰
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۳۴۷	۱/۰۰۰
خاطره‌های خشم	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۹۶۷	۰/۹۴۴	۰/۰۱۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۳۰۰	۱/۰۱۵	۰/۰۰۹
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۳۳۳	۰/۴۳۴	۱/۰۰۰
شناختن علت‌ها	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۴۰۰	۰/۶۹۱	۰/۰۰۵
	پیش‌آزمون - پیگیری	۲/۸۶۷	۰/۷۴۴	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۴۶۷	۰/۳۷۴	۰/۶۶۶

جدول ۴ نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌های نشخوار خشم و مؤلفه‌های آن را نشان می‌دهد. در گروه آزمایش میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون در همه متغیرها به جز مؤلفه افکار تلافی‌جویانه در همسنجی با پیش‌آزمون کاهش معنادار داشته است ($p < 0.05$). این کاهش تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد پارادوکس درمانی بر کاهش نشخوار خشم و مؤلفه‌های آن در مبتلایان به اضطراب ناشی از سبیماری کرونا مؤثر است. به دلیل اینکه هنوز درمان مشخص و قطعی برای کرونا ویروس کشف

نشده؛ این بیماری می‌تواند واکنش‌های روانی مختلفی را ایجاد کند. از جمله واکنش‌های روانی شایع می‌توان به نگرانی و نشخوار ذهنی، اضطراب، پرخاشگری، ناامیدی، سرزنش خود، عذاب وجدان، انکار و اجتناب اشاره نمود [۳۲]. موقعیت‌هایی مانند تغییرات ناگهانی زندگی، جدایی از عزیزان، محدودیت آزادی، عدم اطمینان در مورد بیماری، استرس، درماندگی و کسالت، اضطراب ناشی از بلاتکلیفی ایجاد می‌کنند که بر سلامت روان تأثیر منفی می‌گذارد [۳۳]. در طول این بحران بهداشت عمومی، افراد مبتلا به اضطراب بالای ویروس کرونا بیشتر احتمال دارد که افکار و احساسات ناسازگار بیشتری (مانند تنهایی و نشخوار فکری) در مورد روند و پیامدهای همه‌گیری را تجربه کنند [۳].

استفاده از یک مداخله درمانی را نشان می‌دهد. برنامه زمانی پارادوکس به‌عنوان یک روش درمان جایگزین در پیشگیری از پاسخ، می‌تواند استراتژی‌های تفکر ناسازگارانه در مورد اضطراب و واکنش‌های روانی وابسته به آن را از بین ببرد. با روش پارادوکسیکال افکار و احساسات به‌طور معمول به‌گونه‌ای طراحی شده است که نحوه تفکر درباره ترس یارفتار ناخواسته را بیش‌ازحد تحریک می‌کند [۳۸].

از جمله اهداف برنامه زمانی پارادوکسی، رفع کلیه هیجانات منفی مرتبط با اضطراب و علائم و نشانه‌های روانی مرتبط با آن است. در تمرینات مرتبط با تکنیک پارادوکسی از افراد خواسته شد تا هیچ کنترلی بر روی افکار خود (افکار مرتبط با مرگ خود و عزیزانشان، ترس از بستری شدن در بیمارستان، علل بیماری و اتفاقات ناگوار ناشی از آن در مورد خود یا اطرافیان، افکار مرتبط با بی‌عدالتی، انتقام از هستی و آفرینش و افکار مرتبط با سرزنش دیگران) نداشته باشند؛ زیرا یکی از اهداف درمانی، ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد [۳۹]. این آگاهی زمانی رخ می‌دهد که فشارهای روانی ناشی از کنترل و سرزنش افکار مرتبط با بی‌عدالتی، انتقام، سرزنش دیگران و احساسات منفی نسبت به بیماری و مرگ، از روی فرد برداشته شوند. بدین معنا که وقتی فشار روانی هیجان‌های منفی زیاد باشد، افرادی که در تنظیم هیجان خود مشکل داشته باشند، جهت تعدیل انرژی روانی خود، به سمت نشخوار فکری و خشم حاصل از شرایط ایجاد شده کشانده می‌شوند. استفاده از این روش درمانی با رفع اضطراب کرونا و قطع سیکل‌های فکری و رفتاری همراه با آن، موجب شد تا با تقویت ایگو و بالاتر رفتن آگاهی، افراد بتوانند در تنظیم هیجانات خود بهتر عمل کنند. در خصوص شاخص انتقام‌جویی، افراد مبتلا به نشخوار خشم اغلب خشم را با تمام جزئیات تهاجمی و تخیلی انتقام تصویرسازی می‌کنند [۴۰]. نشخوار فکری در این افراد می‌تواند بر دوره زمانی خشم تأثیر گذاشته و فضای ذهن آن‌ها را درگیر انتقام‌جویی کند. بخشش برعکس انتقام‌جویی است. تمایل به بخشش نشخوار خشم را کاهش داده و موجب کنترل اضطراب، افسردگی و تکانشگری می‌شود. در این میان یک مانع عاطفی برای بخشش می‌تواند حفظ خاطرات خشم

در تحقیقی که توسط ارسلان^۱ و همکاران [۳۴] انجام شد اطلاعات به دست آمده، نشان داد افراد مبتلا به اضطراب کرونا ممکن است نشخوار فکری و تنهایی بیشتری را تجربه کنند؛ زیرا در مورد عواقب آلوده شدن به این ویروس کشنده ترس و اضطراب را تجربه می‌کنند؛ به‌عنوان مثال، این افراد تمایل بیشتری به اعمال رفتارهای پیشگیرانه (مثلاً انزوای شدید) دارند که ممکن است منجر به احساس تنهایی شود و به جای تمرکز بر تجارب مثبت مانند احساس انرژی و سرزندگی بر روی گمانه‌زنی‌های منفی تکراری، تمرکز می‌کنند. همچنین تحمیل انزوای اجتماعی و فیزیکی و محدودیت‌های قرنطینه باعث می‌شود افراد به دلیل احساس تنهایی و کسالت احساس خشم کرده و رفتارهای ناخوشایند و مخربی از خود نشان دهند [۳۵]. نشخوار خشم متغیری است که با سازه خشم در ارتباط است. بر اساس شواهد موجود، نشخوار خشم نقش مهمی در افزایش یا حفظ سطوح خشم و همچنین تشدید پرخاشگری دارد و از این طریق، عاطفه منفی و درماندگی روان شناختی را افزایش می‌دهد [۲۱].

در پژوهش سوخودولوسکی و همکاران [۲۸] نشان داده شد که نشخوار خشم موجب کاهش خودکنترلی می‌شود؛ به طوری که اگر مشارکت‌کنندگان را تحریک کنیم نشخوار باعث کاهش خودکنترلی و افزایش پرخاشگری می‌شود. خشم ابراز شده و سرکوب شده می‌تواند عامل درگیری باشد یا به سمت خود برگردد که در نتیجه ممکن است منجر به بیماری‌های عروق کرونر قلب، دیابت، رفتارهای پرخوری عصبی و تصادفات جاده‌ای شود [۳۶]. اکثر افراد به جای تمرکز بر راه حل، توجه را به راهبردهای هیجانی مشکل‌زا معطوف کرده و در نتیجه باعث کاهش سلامت روانی و جسمی می‌شوند [۹]. «لیوران»^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی‌های خود بیان کردند افرادی که در ابراز هیجانات مشکل دارند سعی در فرونشانی افکار و عواطف منفی و ناخواسته خود از جمله خشم را دارند که این امر منجر به اشتغال ذهنی بیشتر به آن افکار می‌شود و این فرآیند منجر به نشخوار خشم بیشتری در آن‌ها می‌شود [۳۷]. در این میان توجه جدی به نشخوار خشم به‌عنوان متغیری که شدت و مدت خشم و پرخاشگری را افزایش می‌دهد لزوم

1 . Arslan
2 . Liverant

- 4- Taylor, S. Landry, C. A. Paluszek, M. M. Fergus, T. A. McKay, D. & Asmundson, G. J. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of anxiety disorders*, 72, 102232.
- 5- Smith LE, Duffy B, Moxham-Hall V, Strang L, Wessely S, Rubin GJ.(2021).Anger and confrontation during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 114 (2): 77-90.
- 6- SÖĞÜTLÜ Y. SÖĞÜTLÜ L. GÖKTAŞ SŞ. (2021). Relationship of COVID-19 pandemic with anxiety, anger, sleep and emotion regulation in healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine*. 1;11(1):41-9.
- 7- Caniels MC, Nikolova I, Hatak I, de Weerd-Nederhof PC. (2022). Antecedents of COVID-19 rumination: A three-wave study. *Scandinavian Journal of Psychology*. Oct;63(5):476-83.
- ۸- عبدالپور، قاسم؛ نصیری، محمد؛ مفاخری، محراب؛ منصوری، کامیار؛ عبدی، رضا. «مدل‌سازی معادله‌های ساختاری تحمل‌نکردن بلاتکلیفی و افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر: بررسی نقش واسطه‌ای نشخوار فکری». *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳۹۷؛ ۲۴ (۴): ۴۰۰-۴۱۵.
- 9- De Bruijn EJ, Antonides G. (2020). Determinants of financial worry and rumination. *Journal of Economic Psychology*. 1;76:102233.
- ۱۰- عزیزی‌آرام، سمانه؛ بشرپور، سجاد. «نقش نشخوار فکری، تنظیم هیجان و واکنش‌پذیری به استرس در پیش‌بینی اضطراب ویروس کرونا (کووید-۱۹) در پرستاران». *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۱۳۹۹؛ ۹ (۳): ۸-۱۸.
- 11-Contreras IM, Kosiak K, Hardin KM, (2021). Novaco RW. Anger rumination in the context of high anger and forgiveness. *Personality and individual differences*. 1;171:110531.

باشد [۱۱]. با توجه به رویکرد پارادوکسی و کمک به بیمار برای رهایی ذهن او از تمامی وقایع آزاردهنده‌ای که به خاطر کرونا موجب خشم و احساس انتقام شده بود و بخشش خود بیمار در مواردی که خود را مسبب انتقال بیماری به اطرافیان می‌دانست نشخوار خشم ایجاد شده را کاهش دادیم. کاهش نشخوار فکری به دلیل تغییر شناخت‌های بیمار در نتیجه قطع رابطه نشانه اضطراب رخ می‌دهد. به نظر می‌رسد وقتی معنای نشانه تغییر می‌کند این افکار تغییر نموده و نشخوار فکری نیز کاهش می‌یابد. براساس نتایج این مطالعه، پارادوکس درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مدل مناسب برای درمان نشخوار خشم در بیماران مبتلا به اضطراب ناشی از کرونا و برطرف کردن علائم جسمی و روانی آن در مبتلایان مورد استفاده قرار گیرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

نتایج این پژوهش از جهت اینکه در شهر جهرم صورت گرفته در تعمیم آن بایستی احتیاط لازم صورت بگیرد، همچنین به دلیل عدم امکان برگزاری جلسات به‌صورت حضوری می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد؛ بنابراین در پژوهش‌های آینده توصیه می‌شود تمامی محدودیت‌ها و موانع تحقیق حاضر جهت هرچه بهتر شدن اعتبار تحقیق مد نظر قرار گیرد.

منابع

- 1- Turna, J. Zhang, J. Lamberti, N. Patterson, B. Simpson, W. Francisco, A. P. ... & Van Ameringen, M. (2021). Anxiety, depression and stress during the COVID-19 pandemic: Results from a cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 96-103.
- 2- Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The lancet*. 15;395(10223):470-3.
- 3- Lee, S. A. Jobe, M. C. Mathis, A. A. & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102268.

- ۲۱- بشارت، محمدعلی؛ رامش، سمیه؛ نوق، حسین. «نقش نگرانی، نشخوار خشم و تنهایی اجتماعی در پیش‌بینی سازگاری با بیماری قلبی». *نشریه پرستاری قلب و عروق*، ۱۳۹۶؛ ۶ (۴): ۱۵-۶
- ۲۲- بشارت، محمدعلی. «سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی». *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۳۹۸؛ ۱۸ (۷۶): ۳۸۳-۳۹۶
- ۲۳- بشارت، محمدعلی. «کاربرد پارادوکس درمانی برای درمان اختلال بدشکلی بدنی: مطالعه موردی». *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۳۹۹؛ ۱۹ (۹۵): ۱۳۸۷-۱۳۷۱
- ۲۴- محمدی، زهرا؛ سلیمانی، علی؛ فتحی آشتیانی، علی؛ اشرفی، عماد؛ مخبری، کامران. «مقایسه اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی، درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و دارودرمانی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری». *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۳۹۸؛ ۹ (۶۳): ۶۳-۶۳
- ۲۵- قدیمی نوران، میترا؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ عسگری، محمد. «تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامه زمانی پارادوکسی و تعیین اثربخشی آن بر اختلال پرخوری زنان». *عنوان نشریه*. ۱۳۹۹؛ ۱۴ (۲): ۸۱-۹۴
- ۲۶- تیموری، زهره؛ مجتبابی، مینا؛ رضازاده، سیدمحمد؛ رفیعی‌زاده، امین. «اثر بخشی زوج درمانی مبتنی بر شفقت خود بر نشخوار خشم و صمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر». *نشریه خانواده و بهداشت*، ۱۴۰۰؛ ۱۱ (۴): ۱۱-۲۶
- ۲۷- علی‌پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علی‌پور، زهرا؛ عبدالله‌زاده، حسن. «اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی». *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱۳۹۸؛ ۸ (۳۲): ۱۶۳-۱۷۵
- 12-Shigemoto Y, Low B, Borowa D, Robitschek C. (2017). Function of personal growth initiative on posttraumatic growth, posttraumatic stress, and depression over and above adaptive and maladaptive rumination. *Journal of clinical psychology*. Sep;73(9):1126-45.
- 13-Pear JJ. (2015) Behavior modification: what it is and how to do it. Psychology Press; Oct 2.
- 14-Gulliver A, Banfield M, Batterham PJ, Calear AL, Farrer LM, Dawel A, McCallum S, Murray K, Morse AR.(2021). Effects of previous exposure to psychotherapeutic strategies on depression and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic. *BJPpsych Open*. 7(1):e38.
- ۱۵- بشارت، محمدعلی. «پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل درمان اختلال‌های روان‌شناختی: راهنمای عملی». ۱۳۹۶، تهران: انتشارات جوانه رشد.
- 16-Khurshid KA.(2014). Paradoxical Therapy-The Use of Client Based Strengths to Alleviate Distress and Empower them. *Journal of Psychology & Psychotherapy*. Jan 1;4(4):1.
- 17-Fisher PL, Wells A. (2005) How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour research and therapy*. Dec 1;43(12):1543-58.
- ۱۸- بشارت، محمدعلی. «سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری- عملی: مطالعه موردی». *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۱۴، ۱۳۹۷؛ ۴ (۴): ۷-۳۶
- ۱۹- بشارت، محمد. علی؛ علی‌بخشی، سیده زهرا؛ موحدی‌نسب، علی‌اکبر. «تأثیر واسطه‌ای نشخوار خشم بر رابطه بین ابعاد خشم و مهار خشم با سلامت و بیماری جسمی». *دو فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۳۸۹؛ ۵ (۲): ۳-۱۴
- 20-Milan MA. Kolko DJ. (1982). Paradoxical intention in the treatment of obsessional flatulence ruminations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1;13(2):167-72.

- 35-Al-Sejari MM, Al-Ma'seb HB. (2022). Aggression and violence during the lockdown caused by the COVID-19 pandemic in Kuwait. *Journal of affective disorders reports*. Dec 1;10:100408.
- 36-Hamama-Raz Y. Goodwin R. Leshem E. Ben-Ezra M.(2021). Intolerance of uncertainty and mental health during the COVID-19 pandemic: The role of anger as a moderator. *Journal of Psychiatric Research*. Jun;138:50.
- ۳۷-ملکی، مصطفی؛ محقق، حسین؛ نبی زاده، صفدر. «پیش بینی گرایش به رفتارهای پرخطر براساس نشخوار خشم و ابرازگری هیجان». *اندیشه و رفتار*، ۱۳۹۸، ۱۳(۵۲):۷-۱۶.
- 38-Lewis MH. (2016). Amelioration of obsessive-compulsive disorder using paradoxical intention. In *Logotherapy and Existential Analysis: Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna, Volume 1* (pp. 175-178). Springer International Publishing.
- ۳۹-بشارت، محمد علی. «پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل درمان اختلال‌های روان‌شناختی: راهنمای عملی». ۱۳۹۶: تهران: انتشارات جوانه رشد.
- 40-Garivani G. Taheri E, Alizadeh Z. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the anger rumination, hostile attribution and aggression in immigrant children. *Social Determinants of Health*. 7:1-9.
- 28-Sukhodolsky DG, Golub A, (2001). Cromwell EN. Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and individual differences*. 1;31(5):689-700.
- 29-Maxwell JP, Sukhodolsky DG, Chow CC, Wong CF.(2005). Anger rumination in Hong Kong and Great Britain: Validation of the scale and a cross-cultural comparison. *Personality and Individual Differences*. 1;39(6):1147-57.
- 30-Ali Besharat M, Pourbohloul S. (2012). Mediation effect of anger rumination on the relationship between dimensions of anger and anger control with mental health. *International Journal of Psychological Research*. 5(2):24-36.
- 31-Besharat MA. (2011). Factorial and cross-cultural validity of a Farsi version of the Anger Rumination Scale. *Psychological Reports*. 108(1):317-28.
- 32-Chu CK.(2018). Psychological ownership in hoarding. *Psychological ownership and consumer behavior*.135-44.
- 33-Güler M. Bozkur B.(2022). COVID-19 Anxiety and Rumination in University Students in The COVID-19 Process. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Sep 7(48):15-21.
- 34-Arslan G. Yıldırım M. Aytaç M. (2022). Subjective vitality and loneliness explain how coronavirus anxiety increases rumination among college students. *Death studies*. May 28;46(5):1042-51.

رابطه خودتفسیری و آشفتگی شخصی با همدلی

نویسندگان

سید مهدی موسویان^۱، فروغ اسرافیلیان^{۲*}، حجت‌اله فراهانی^۳

۱. ارشد روان‌شناسی شناختی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. mahdi.mousavian2014@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

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

چکیده

مقدمه: هدف، بررسی روابط ساختاری متغیرهای خودتفسیری مستقل، خودتفسیری وابسته و آشفتگی شخصی با همدلی بود.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۱۲/۰۳

روش: روش پژوهش از نظر هدف، بنیادی بود و از لحاظ گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی، با استفاده از مدل‌یابی معادله ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی و دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش حاضر را ۲۸۰ نفر از دانشجویان دانشکده‌های مذکور تشکیل می‌دادند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش، پرسشنامه‌های واکنش بین‌فردی، بهره همدلی، خودتفسیری و تکالیف شناختی ذهن‌خوانی از طریق چشم و بازشناسی هیجان‌ها را پاسخ دادند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادله ساختاری در نرم‌افزارهای ایموس نسخه ۲۴ و اسپاس نسخه ۲۴ استفاده شد.

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۳/۱۰



نتایج: یافته‌ها نشان داد خودتفسیری مستقل اثر مثبت و معنادار بر همدلی دارد ($\beta = 0.349, P < 0.001$)، آشفتگی شخصی اثر منفی و معنادار بر همدلی دارد ($\beta = -0.430, P < 0.001$) و خودتفسیری وابسته اثر معنادار بر همدلی ندارد. مدل ساختاری با داده‌های گردآوری‌شده برازش مطلوب داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اهمیت متغیرهای خودتفسیری مستقل و آشفتگی شخصی در حیطه همدلی است و در زمینه مداخلات مربوط به ارتقای همدلی می‌توان نقش آنها را مورد بررسی قرار داد.

کلیدواژه‌ها

آشفتگی شخصی، خودتفسیری مستقل، خودتفسیری وابسته، همدلی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

esrafilian.fo@modares.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

ترویج اهداف خود است؛ بنابراین افراد با خودتفسیری مستقل خودمختار هستند [۶]. اما افراد با خودتفسیری وابسته^۴ به ارتباط با اجتماع وابستگی دارند و رفتارهای آنها تحت تأثیر روابط و نقش‌های آنهاست [۷]. پژوهشی نشان می‌دهد که افراد دارای میزان بالاتری از وابستگی در خودتفسیری، احساسات همدلانه بیشتری را تجربه می‌کنند و نسبت به دیگران توجه بیشتری نشان می‌دهند [۸]. به‌طور کلی، دو عقیده در زمینه رابطه همدلی و خودتفسیری وجود دارد. برخی پژوهشگران معتقدند که همدلی به‌صورت معکوس با خودتفسیری مستقل همبستگی دارد و با خودتفسیری وابسته همبستگی مثبت دارد [۹]. اما عده‌ای دیگر از پژوهشگران بر این باور هستند که همدلی به‌صورت مثبت با خودتفسیری مستقل همبستگی دارد و با خودتفسیری وابسته همبستگی منفی دارد؛ چراکه کم‌رنگ شدن مرز میان خود و دیگری در افراد با میزان خودتفسیری وابسته بالا می‌تواند به آشفتگی شخصی^۵ منجر شود [۱۰]. پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه خودتفسیری نشان می‌دهد که خودتفسیری هم در سطح بین فرهنگی و هم در سطح درون فرهنگی قابل بررسی است [۱۱، ۱۲، ۱۳]. آشفتگی شخصی، احساس منفی رنجش یک فرد از مشاهده تجارب دردناک دیگران است [۱۴]. پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که آشفتگی شخصی به‌طور معکوس با همدلی کلی و همدلی شناختی رابطه دارد [۱۵] چراکه احتمالاً افراد با آشفتگی شخصی بالا به‌منظور جلوگیری از غرق شدن در احساسات فرد مقابل، همدلی کمتری را نسبت به او نشان می‌دهند [۱۶]. آشفتگی شخصی رابطه پیچیده‌ای با همدلی دارد. محققان دریافته‌اند که آشفتگی شخصی اندازه‌گیری‌شده از طریق خودگزارشی با همدلی هیجانی همبستگی مثبت دارد، اما با همدلی شناختی همبستگی منفی دارد. درواقع آشفتگی شخصی اثر منفی روی مرحله خودکار همدلی یعنی همدلی هیجانی ندارد اما روی مرحله بعدی آنکه همدلی شناختی است اثر منفی دارد [۱۷]. در پژوهش ژائو و همکاران^۶ (۲۰۱۹) نتایج نشان داد که همدلی بالاتر در زنان و مردان از طریق خودگزارشی، با خودتفسیری وابسته بیشتر در چینی‌ها و آشفتگی شخصی کمتر در

همدلی از جمله پدیده‌های مربوط به حوزه شناخت اجتماعی است که اهمیت فراوانی در روابط بین‌فردی دارد و از ارتباط بین (خود) و (دیگری) ناشی می‌شود [۱]. همدلی نوعی ظرفیت در ما انسان‌هاست که به ما کمک می‌کند تا تجارب عاطفی دیگران را درک کنیم و پاسخ مناسبی به آنها دهیم [۲]. مدل‌های ساختاری مختلفی برای همدلی ارائه شده است. با توجه به این موضوع که یکی از متغیرهای جمعیت‌شناختی مؤثر بر همدلی، فرهنگ است ضروری بود که در پژوهش حاضر مدلی از همدلی مورد استفاده قرار گیرد که در فرهنگ ایران و در بین بزرگسالان بهترین برازش را داشته است. موسوی، خسروی و دهشیری (۱۳۹۶) مدلی را بر اساس پرسشنامه بهره همدلی در یک نمونه بزرگسال و بهنجار ایرانی بررسی کردند [۳] که توسط گرو و همکاران^۱ (۲۰۱۴) ارائه شده است و از چهار عامل تشکیل می‌شود: همدلی عاطفی نوعی پاسخ هیجانی به تجربه فرد دیگر است که شامل پردازش خودکار و نیابتی هیجان فرد دیگر است و همدلی شناختی به ادراک و بازنمایی آگاهانه وضعیت فرد دیگر همراه با بافت و زمینه آن اشاره می‌کند [۴]. در این مدل علاوه بر همدلی عاطفی و همدلی شناختی، دو مؤلفه به نام مهارت‌های اجتماعی و تکالیف شناختی مطرح می‌شود. مهارت‌های اجتماعی به رفتارهای همدلانه در موقعیت‌های اجتماعی اشاره می‌کند و از تکالیف شناختی در مقابل پرسشنامه‌های خودگزارشی و به‌منظور سنجش توانایی تشخیص هیجان‌ها و درک دیدگاه دیگران استفاده می‌شود. یکی از متغیرهای نزدیک به همدلی که در پیشینه پژوهشی مورد بررسی قرار گرفته، متغیر خودتفسیری است.

خودتفسیری^۲ شیوه‌ای است که افراد، خود را در نسبت با جمع تعریف می‌کنند [۵]. درواقع خودتفسیری، تصویری از «خود» است در زمینه مرز «خود» و «دیگری» که پایه بسیاری از ادراکات و رفتارهای ماست. دو جنبه از خود می‌تواند به‌طور هم‌زمان در افراد وجود داشته باشد که با مقیاس خودتفسیری سنجیده می‌شود. خود مستقل^۳ شامل نوعی جدابودگی از دیگران و تأکید بر ویژگی‌های درونی و

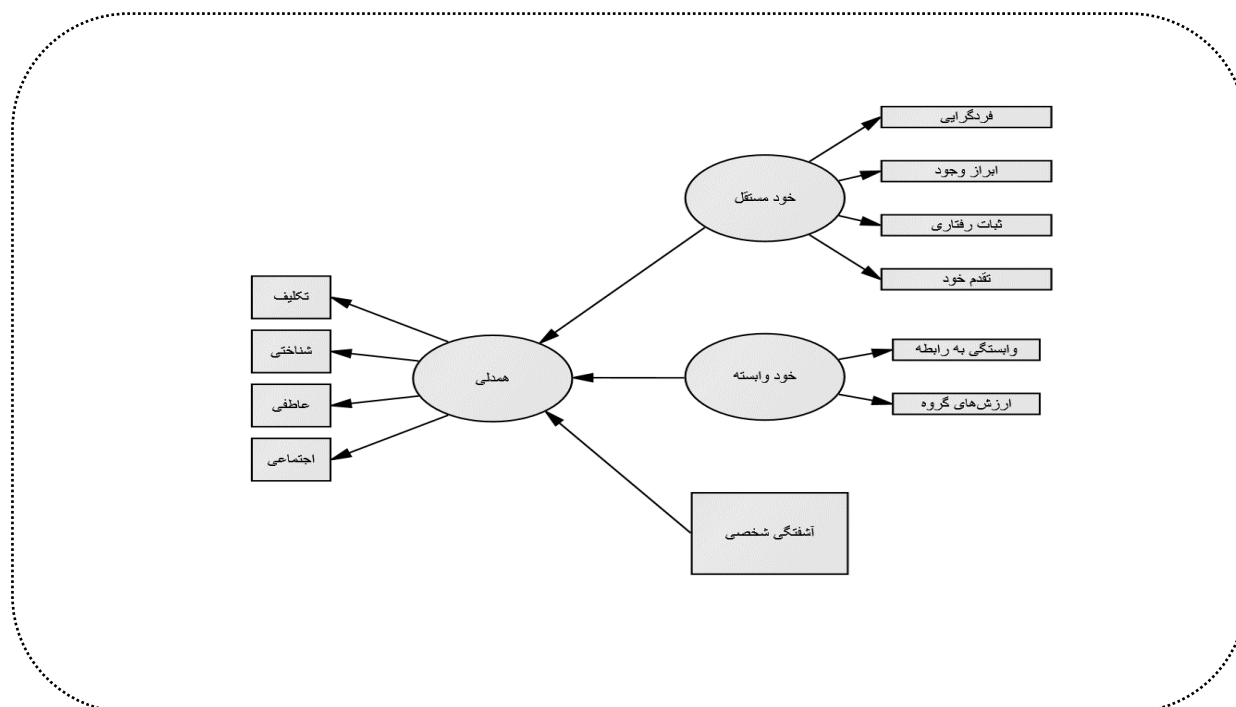
4 . Interdependent
5 . Personal distress
6 . Zhao et al

1 . Grove et al
2 . Self-construal
3 . Independent

فرهنگ ایران نیز بررسی شود. همچنین با توجه به اینکه روابط بین متغیرهای مذکور و رابطه متغیرها با نشانگرهای آنها برای پژوهشگر دارای اهمیت بود، مدلی از روابط ساختاری بین متغیرهای خودتفسیری مستقل، خودتفسیری وابسته، آشفته‌گی شخصی و همدلی مورد بررسی قرار گرفت (شکل ۱).

استرالیایی‌ها در ارتباط بود [۱۷].

با توجه به اینکه در تحقیقات گذشته در زمینه رابطه خودتفسیری و آشفته‌گی شخصی با همدلی، عامل فرهنگ نیز نقش داشته است و این تحقیقات در خارج از کشور ایران انجام شده است ضرورت داشت تا اثر خودتفسیری مستقل و وابسته و همچنین آشفته‌گی شخصی بر همدلی در



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

هدف کلی پژوهش عبارت است از تعیین برخورداربودن مدل مفروض از برازندگی مطلوب. مدل مذکور بیان می‌کند رابطه معکوس بین خودتفسیری وابسته و همدلی وجود دارد، رابطه مستقیم بین خودتفسیری مستقل و همدلی وجود دارد و رابطه معکوس بین آشفته‌گی شخصی و همدلی وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش به علت همکاری مسئولان دانشکده‌ها شامل دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران و دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-

با بررسی خودتفسیری افراد در یک اجتماع و تعیین ارتباط آن با ویژگی‌های شخصیتی دیگر می‌توان در ابتدا درک نظری معتبرتری در مواجهه با واقعیت اجتماعی پیدا کرد و در ادامه می‌توان از این درک نظری نسبتاً معتبر در تدوین برنامه‌های مداخله‌ای، در صورت نیاز استفاده کرد، برای مثال در صورتی که خودتفسیری وابسته بالاتر در دانشجویان، با همدلی پایین‌تر در آنان مرتبط باشد می‌توان برنامه‌های آموزشی برای ارتقای همدلی مبتنی بر خودتفسیری تدوین کرد. از طرف دیگر با به‌دست‌آوردن شواهد تجربی برای ارتباط میان همدلی و خودتفسیری می‌توان ترکیب بهینه‌ای از خودتفسیری مستقل و وابسته را در یک فرهنگ خاص به‌منظور رسیدن به میزان همدلی بهینه تعیین کرد.

است. آلفای کرونباخ در مطالعه سینگلز ۰/۶۹ تا ۰/۷۴ گزارش شد [۶]. همچنین آلفای کرونباخ در یک بررسی بین‌المللی از مقیاس خودتفسیری بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۰ به‌دست‌آمد [۲۰]. در بررسی نسخه فارسی این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۵۲ تا ۰/۶۹ محاسبه شد. اعداد به‌دست‌آمده نشانگر پایایی و روایی قابل قبول این پرسشنامه است [۲۱]. در آزمون مدل اندازه‌گیری این پژوهش بررسی شد که متغیر مکنون خودتفسیری مستقل به‌وسیله چهار نشانگر فردگرایی، خودمختاری/ابراز وجود، ثبات رفتاری و تقدم خود سنجیده می‌شود. بدین منظور تحلیل عاملی تأییدی به کار گرفته شد. در بررسی مؤلفه خودتفسیری مستقل، مقدار آلفای کرونباخ بعد از حذف گویه ۱۵، ۰/۷۰۴ به‌دست‌آمد. از آنجایی که مقدار آلفا بایستی بزرگ‌تر از ۰/۷ باشد [۲۲]، مقدار آلفای محاسبه‌شده، نشان‌دهنده اعتبار مناسب است. ارزیابی شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل مدل اندازه‌گیری نشان داد شاخص مجذور کای نرم‌شده^۵ (χ^۲/df) برابر با ۲/۹۷ است. مجذور کای نرم‌شده کوچک‌تر از ۵ نشان‌دهنده برازش قابل قبول مدل با داده‌هاست [۲۳]. شاخص برازندگی تطبیقی^۶ برابر با ۰/۹۵ است. شاخص نکویی برازش^۷ برابر با ۰/۹۹ است. شاخص‌های مذکور بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند نشان‌دهنده برازش قابل قبول مدل با داده‌هاست [۲۳]. شاخص ریشه میانگین مجذور خطای تقریب^۸ برابر با ۰/۰۸ بود. مک کالوم و همکاران^۹ (۱۹۹۶) معتقد هستند مقدار کوچک‌تر از ۰/۱ برای این شاخص نشان‌دهنده برازش قابل قبول مدل با داده‌هاست [۲۴]. در آزمون مدل اندازه‌گیری این پژوهش بررسی شد که متغیر مکنون خودتفسیری وابسته به‌وسیله نشانگرهای رعایت ارزش‌های گروه و وابستگی به رابطه سنجیده می‌شود. در بررسی مؤلفه خودتفسیری وابسته، مقدار آلفای کرونباخ از ۰/۷۱۸ به‌دست‌آمد. از آنجایی که مقدار آلفا بایستی بزرگ‌تر از ۰/۷ باشد [۲۲]، مقدار آلفای محاسبه‌شده، نشان‌دهنده اعتبار مناسب است. ارزیابی شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل مدل اندازه‌گیری نشان داد شاخص برازندگی تطبیقی

۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. هرچند در زمینه حجم نمونه بهینه برای تحقیقاتی از این دست، توافق عمومی وجود ندارد اما بر مبنای دیدگاه کلاین^۱ (۲۰۰۵)، با توجه به اینکه ۴ متغیر در این پژوهش وجود دارد و حداکثر ۱۶ پارامتر قابل برآورد است و به ازای هر پارامتر ۱۵ نفر نمونه در نظر گرفته می‌شود و با در نظر گرفتن ۴۰ نفر برای احتمال ریزش در نمونه یا داده‌های پرت و مغشوش، حداقل حجم نمونه ۲۸۰ نفر تعیین شد [۱۸]. به تمام کلاس‌های مقطع کارشناسی که در سال تحصیلی مذکور دایر شده بودند مراجعه شد و پس از هماهنگی با اساتید، نمونه‌گیری از دانشجویان به روش دردسترس، به‌عمل‌آمد. معیار ورود افراد، با توجه به وجود تصاویر در پژوهش، توانایی بینایی بهنجار بود و همچنین نداشتن اختلال روان‌پزشکی تشخیص‌گذاری شده که بر اساس خوداظهاری افراد بررسی شد. معیار خروج افراد عدم پاسخ‌دهی کامل به پرسشنامه‌ها و تکالیف شناختی بود. پس از انجام نمونه‌گیری و بررسی پرسشنامه‌ها و آزمون‌ها از نظر پاسخ‌دهی شانس یا ناقص، تحلیل‌های پژوهش روی ۲۸۰ نفر انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس خودتفسیری^۲

مقیاس خودتفسیری توسط سینگلز^۳ در سال ۱۹۹۴، به‌منظور بررسی خودتفسیری مستقل و وابسته در افراد تدوین شد. این مقیاس از دو زیرمقیاس خودتفسیری مستقل و خودتفسیری وابسته تشکیل شده است و شامل ۳۰ گویه است که به‌طور مساوی بین دو زیرمقیاس تقسیم شده‌اند [۶]. تحلیل عاملی هاردین و همکاران^۴ (۲۰۰۴) نشان داد که شش عامل زیربنایی را می‌توان در پرسشنامه خودتفسیری شناسایی کرد و در واقع در پژوهش آنها مدل شش عاملی از برازش بهتری نسبت به داده‌ها برخوردار بود [۱۹]. افراد بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای از ۱ "کاملاً مخالفم" تا ۷ "کاملاً موافقم" به این پرسشنامه پاسخ می‌دهند. دامنه نمره‌ها از ۳۰ تا ۲۱۰ است. نمره بالاتر در زیرمقیاس مستقل و زیرمقیاس وابسته به ترتیب نشان‌دهنده خودتفسیری مستقل بیشتر و خودتفسیری وابسته بیشتر

5 . Normed chi square
6 . Comparative Fit Index
7 . Goodness of Fit Index
8 . Root Mean Square Error of Approximation
9 . Mac Callum et al

1 . Kline
2 . Self-Constraint Scale(SCS)
3 . Singelis
4 . Hardin et al

مخالقم" پاسخ داده می‌شود. نمره کل به‌دست‌آمده از این پرسشنامه بین ۰ تا ۸۰ می‌تواند باشد و نمره بالاتر، همدلی بیشتر را منعکس می‌کند [۲۸]. در پژوهش بارون کوهن و ویلرایت (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۸]. ابوالقاسمی در بررسی خود، ضریب همسانی را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی را ۰/۸۰ به‌دست‌آورد [۲۹]. اعداد مذکور نشان‌دهنده روایی و پایایی بالای پرسشنامه است. در بررسی پرسشنامه همدلی در پژوهش حاضر، مقدار آلفای کرونباخ گویه‌های همدلی اجتماعی، همدلی عاطفی و همدلی شناختی، بعد از حذف گویه ۳۳، ۰/۷۰۲ به‌دست‌آمد. از آنجایی که مقدار آلفا بایستی بزرگ‌تر از ۰/۷ باشد [۲۲]، مقدار آلفای محاسبه‌شده، نشان‌دهنده اعتبار مناسب است.

آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصویر چشم^۷

یک آزمون عصب-روانشناسی در زمینه ذهن‌خوانی است که توسط بارون کوهن و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شد. آزمون مذکور که ۳۶ سؤال دارد شامل تصاویری از ناحیه چشم هنرپیشه‌ها در ۳۶ حالت مختلف است. برای هر تصویر، چهار واژه توصیف‌کننده حالت‌های ذهنی که بار هیجانی مشابهی را دارند، ارائه می‌شود. فرد مشارکت‌کننده در پژوهش بایستی به وسیله اطلاعات بینایی داخل تصویر، بهترین گزینه توصیف‌کننده حالت ذهنی شخص نشان‌دهنده در تصویر را انتخاب کند. حداکثر امتیاز قابل اکتساب در این آزمون ۳۶ و کمترین آن صفر است [۳۰]. ولانتی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود پایایی درونی این آزمون را ۰/۶۰ و پایایی بازآزمایی را ۰/۸۳ به‌دست‌آوردند [۳۱]. ذبیح‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود ضریب آلفای این آزمون را ۰/۷۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در نمونه ۳۰ نفره از دانشجویان، در فاصله زمانی دو هفته ۰/۶۱ گزارش کردند [۳۲]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۵۱۲ به‌دست‌آمد.

آزمون درک بروز حس در صورت^۸

این آزمون از معتبرترین آزمون‌هایی است که برای بررسی بازشناسی هیجانات طراحی شده است. در این آزمون

برابر با ۱ است. شاخص نکویی برازش برابر با ۱ است. شاخص برازش هنجار شده^۱ برابر با ۱ است. شاخص‌های مذکور بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند بیانگر برازش قابل قبول مدل با داده‌هاست [۲۳].

پرسشنامه واکنش بین‌فردی^۲

پرسشنامه واکنش بین‌فردی توسط دیویس^۳ در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است [۲۵]. این شاخص دارای ۲۸ گویه و چهار خرده‌مقیاس است که هر مقیاس ۷ گویه را دربرمی‌گیرد و پاسخ‌دهندگان بر مبنای طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ "کاملاً مخالفم" تا ۵ "کاملاً موافقم" به آنها پاسخ می‌دهند. چهار خرده‌مقیاس عبارت است از اتخاذ دیدگاه که همدلی شناختی را منعکس کرده، توجه همدلانه که همدلی عاطفی را منعکس می‌کند، آشفتگی شخصی که احساسات منفی حاصل از شاهد رنجش دیگران بودن را منعکس می‌کند، و درنهایت مقیاس تخیل که گرایش به درک کردن و همراه شدن با شخصیت‌های فیلم‌ها و کتاب‌ها و دیگر موقعیت‌های ساختگی را می‌سنجد [۱۴]. دامنه نمره‌ها از ۲۸ تا ۱۴۰ است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط دیگران نیز تأیید شده است. آلفای کرونباخ مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۶۹ تا ۰/۸۰ گزارش شده است [۲۶]. همچنین همسانی درونی این پرسشنامه در ترجمه فارسی بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۰ محاسبه شده است که بیانگر روایی و پایایی مناسب این پرسشنامه است [۲۷]. در پژوهش حاضر خرده‌مقیاس آشفتگی شخصی به‌عنوان نشانگر وارد مدل شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس بعد از حذف گویه ۱۳، ۰/۶۸۳ به‌دست‌آمد.

پرسشنامه بهره همدلی^۴

پرسشنامه بهره همدلی توسط بارون کوهن^۵ و ویلرایت^۶ و ویلرایت^۶ در سال ۲۰۰۴ تدوین شده است. دارای ۴۰ سؤال برای اندازه‌گیری همدلی و ۲۰ سؤال خنثی است تا پاسخ‌دهندگان روی مفهوم همدلی متمرکز نشوند. بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً

1. Normed Fit Index
2. Interpersonal Reactivity Index (IRI)
3. Davis
4. Empathy Quotient (EQ)
5. Baron-Cohen
6. Wheelwright

7. Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)

8. Test of Reading Faces (TRF)

کسب اجازه از اساتید، توضیحات لازم برای دانشجویان در زمینه نحوه پاسخ‌دهی ارائه شد و همچنین ملاحظات اخلاقی ذکر شد. اهداف پژوهش به‌طور خلاصه برای شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد. شرکت‌کنندگان ملزم به نوشتن نام نبودند و برای انجام تحلیل داده‌ها، به هر شرکت‌کننده یک کد اختصاص داده شد. به‌منظور آماده‌سازی داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از نرم‌افزار آماری اسپاس اس‌اس نسخه ۲۴ و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از مدل‌یابی معادله ساختاری و رگرسیون با کمک نرم‌افزار ایموس نسخه ۲۴ استفاده شد.

به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و فقط در جهت اهداف تحقیق حاضر استفاده خواهد شد. رضایت افراد برای شرکت در پژوهش مدنظر قرار گرفت و بعد از جلب رضایت آنها پرسشنامه‌ها و آزمون‌ها اجرا شد. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.MODARES.REC.1400.348 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تربیت مدرس است.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش حاضر به این صورت بود که ۲۸۰ دانشجوی مقطع کارشناسی (۲۰۷ دختر معادل ۷۳/۹ درصد نمونه و ۷۳ پسر معادل ۲۶/۱ درصد نمونه) با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۲۰/۲۳ و ۱/۶۷ در پژوهش شرکت کردند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود مقدار تمام چولگی‌های چندمتغیری کمتر از ۳ است و مقدار همه کشیدگی‌های چندمتغیری کمتر از ۷ است و بنابراین توزیع داده‌های چندمتغیری نرمال است [۳۶]. ارزش‌های کشیدگی و چولگی تک‌متغیری برای هیچ‌کدام از متغیرها از حدود بین +۲ و -۲ خارج نشده است که نشان‌دهنده نرمال‌بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری است [۱۸]. مقدارهای ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که مفروضه هم‌خطی برقرار است. نتایج آزمون فاصله ماهالانوبیس^۲ نشان‌دهنده عدم وجود داده‌های پرت بود. به دلیل بودن گزینه اجبار در پاسخ به پرسشنامه‌ها، در پژوهش

حس‌های کلاسیک شش‌گانه معرفی شده توسط اکمن^۱ (۲۰۰۳) که شامل غم، شادی، خشم، ترس، تنفر و تعجب می‌شوند در بین گزینه‌ها قرار دارند. در این آزمون که ۱۴ سؤال دارد، ۱۴ تصویر از صورت یک فرد وجود دارد که در آنها یکی از ۶ هیجان کلاسیک ارائه می‌شود. این تصاویر از مجموعه تصاویر ساخته شده توسط اکمن انتخاب شده‌اند. فرد پاسخ‌دهنده بایستی هیجان نشان داده شده در هر تصویر را بازشناسی کند و می‌تواند در این آزمون، نمره‌ای بین صفر تا ۱۴ کسب کند [۳۳]. ضریب پایایی برای این آزمون با روش بازآزمایی در فاصله یک هفته ۰/۸۵ به‌دست آمده است [۳۴]. فاسم‌پور و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۷۱ به‌دست‌آوردند [۳۵]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۴۲۵ به‌دست‌آمد.

در این آزمون، مدل اندازه‌گیری پژوهش حاضر بررسی شد که متغیر مکنون همدلی توسط چهار نشانگر همدلی اجتماعی، همدلی عاطفی، همدلی شناختی و تکلیف شناختی سنجش می‌شود. مقدار آلفای کرونباخ برای تکالیف شناختی ۰/۵۶۱ به‌دست‌آمد. بررسی شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل مدل اندازه‌گیری نشان داد شاخص برازندگی تطبیقی برابر با ۱ است. شاخص نکویی برازش برابر با ۰/۹۹ است. شاخص برازش هنجار شده برابر با ۰/۹۹ است. شاخص‌های مذکور بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند بیانگر برازش قابل قبول مدل با داده‌هاست [۲۳]. شاخص ریشه میانگین مجذور خطای تقریب برابر با ۰/۰۰۰ بود. مقدار کوچک‌تر از ۰/۱ برای این شاخص بیانگر برازش قابل قبول مدل با داده‌هاست [۲۴].

روش‌های مختلفی برای گردآوری داده‌ها وجود دارد که در این پژوهش از دو روش زیر استفاده شده است:

۱- کتابخانه‌ای: جمع‌آوری اطلاعات از طریق بررسی پژوهش‌های داخلی و خارجی، پایان‌نامه‌های مشابه و استفاده از پایگاه‌های اینترنتی و

۲- روش میدانی: در این پژوهش از سه پرسشنامه استاندارد و دو آزمون شناختی استاندارد استفاده شده است. پس از مرحله تصویب طرح پایان‌نامه به دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران و دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران مراجعه شد و پس از

2. Mahalanobis distance

1. Ekman

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
خودتفسیری مستقل - فردگرایی	۳۴/۸۸	۴/۰۹	-۰/۶۶	۰/۹۵	۰/۷۰	۱/۴۱
خودتفسیری مستقل - خودمختاری/ابراز وجود	۲۷/۲۲	۵/۸۱	-۰/۰۸	-۰/۶۳	۰/۶۵	۱/۵۲
خودتفسیری مستقل - ثبات رفتاری	۶/۹۹	۲/۶۶	۰/۲۲	-۰/۶۴	۰/۸۸	۱/۱۲
خودتفسیری مستقل - تقدم خود	۸/۳۹	۲/۵۸	۰/۰۴	-۰/۴۰	۰/۸۱	۱/۲۳
خودتفسیری وابسته - رعایت ارزش‌های گروه	۴۴/۷۸	۶/۶۴	-۰/۶۴	۱/۱۵	۰/۶۶	۱/۵۰
خودتفسیری وابسته - وابستگی به رابطه	۱۸/۰۵	۴/۰۶	-۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۶۹	۱/۴۵
آشفتگی شخصی	۱۹/۱۰	۴/۰۳	-۰/۳۵	۰/۱۸	۰/۸۱	۱/۲۲
همدلی - همدلی اجتماعی	۳/۲۳	۱/۹۳	۰/۳۵	-۰/۴۴	-	-
همدلی - همدلی عاطفی	۶/۰۳	۲/۰۹	-۰/۴۲	-۰/۱۷	-	-
همدلی - همدلی شناختی	۵/۳۸	۲/۳۷	-۰/۰۷	-۰/۲۲	-	-
همدلی - تکلیف شناختی	۲۱/۹۷	۳/۷۷	-۰/۲۷	-۰/۲۴	-	-

و تکلیف شناختی به صورت مثبت و در سطح ۰/۰۵ همبسته بود.

مدل ساختاری پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادله ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. بررسی شاخص‌های برازندگی حاصل از آزمون مدل ساختاری اولیه پژوهش نشان داد که شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل با داده‌ها حمایت نمی‌کند ($\chi^2/df= ۶/۱۳$ ، $CFI= ۰/۵۷$ ، $AGFI= ۰/۷۸$ ، $GFI= ۰/۸۵$ ، $RMSEA= ۰/۱۳$). به همین دلیل شاخص‌های اصلاح مدل، ارزیابی و مشخص شد که می‌توان با حذف مسیرهای غیرمعنادار، ایجاد کوواریانس بین خطای نشانگرهای فردگرایی و تقدم خود، و همچنین برقراری ارتباط بین متغیر خود مستقل و متغیر آشفتگی شخصی شاخص نسبت مجذور خی به درجه آزادی را کاهش و دیگر شاخص‌های برازندگی را بهبود بخشید. بر این اساس مدل ساختاری اصلاح شد و شاخص‌هایی حاصل شد که نشان داد مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده برازش مطلوب دارد (جدول ۳).

حاضر داده از دست‌رفته وجود نداشت. طبق جدول ۲ در ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش ملاحظه می‌شود که مؤلفه فردگرایی با همدلی اجتماعی و همدلی شناختی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ همبسته بود. مؤلفه خودمختاری با همدلی اجتماعی و همدلی شناختی به صورت مثبت و در سطح ۰/۰۱ همبستگی‌داشت و با همدلی عاطفی به صورت منفی و در سطح ۰/۰۱ همبسته بود. مؤلفه ثبات رفتاری به صورت منفی و در سطح ۰/۰۱ با تکلیف شناختی همبسته بود. مؤلفه تقدم خود با دو مؤلفه همدلی اجتماعی و همدلی عاطفی در سطح ۰/۰۵ و با مؤلفه تکلیف شناختی در سطح ۰/۰۱ به صورت منفی همبسته بود. مؤلفه رعایت ارزش‌های گروه با دو مؤلفه همدلی عاطفی و همدلی شناختی به صورت مثبت و در سطح ۰/۰۱ همبسته بود. مؤلفه وابستگی به رابطه تنها با همدلی عاطفی به صورت مثبت و در سطح ۰/۰۱ همبسته بود. مؤلفه آشفتگی شخصی با دو مؤلفه همدلی اجتماعی و همدلی شناختی به صورت منفی و در سطح ۰/۰۱ همبستگی داشت و با دو مؤلفه همدلی عاطفی

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
خودتفسیری مستقل - فردگرایی	-										
خودتفسیری مستقل - خودمختاری	۰/۴۴**	-									
خودتفسیری مستقل - ثبات رفتاری	۰/۱۴**	۰/۰۸	-								
خودتفسیری مستقل - تقدم خود	۰/۲۸**	۰/۱۴**	۰/۱۹**	-							
خودتفسیری وابسته - رعایت ارزش‌های گروه	۰/۱۴**	-۰/۰۸	۰/۲۱**	-۰/۱۱*	-						
خودتفسیری وابسته - وابستگی به رابطه	-۰/۰۰	-۰/۰۹	۰/۱۰*	-۰/۲۴**	۰/۵۲**	-					
آشفتگی شخصی	-۰/۱۲*	-۰/۳۹**	-۰/۱۱*	۰/۰۵	-۰/۰۱	-۰/۰۱	-				
همدلی - همدلی اجتماعی	۰/۱۹**	۰/۴۳**	-۰/۰۰	-۰/۱۲*	۰/۰۴	-۰/۰۹	-۰/۴۴**	-			
همدلی - همدلی عاطفی	-۰/۰۱	-۰/۱۴**	-۰/۰۵	-۰/۱۱*	۰/۳۴**	۰/۲۷**	۰/۱۲*	۰/۰۶	-		
همدلی - همدلی شناختی	۰/۲۴**	۰/۲۳**	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۱۸**	۰/۰۷	-۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۲۲**	-	
همدلی - تکلیف شناختی	-۰/۰۳	-۰/۰۳	-۰/۱۷**	-۰/۲۰**	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۱۱*	-۰/۰۵	-۰/۰۱	-۰/۰۵	-

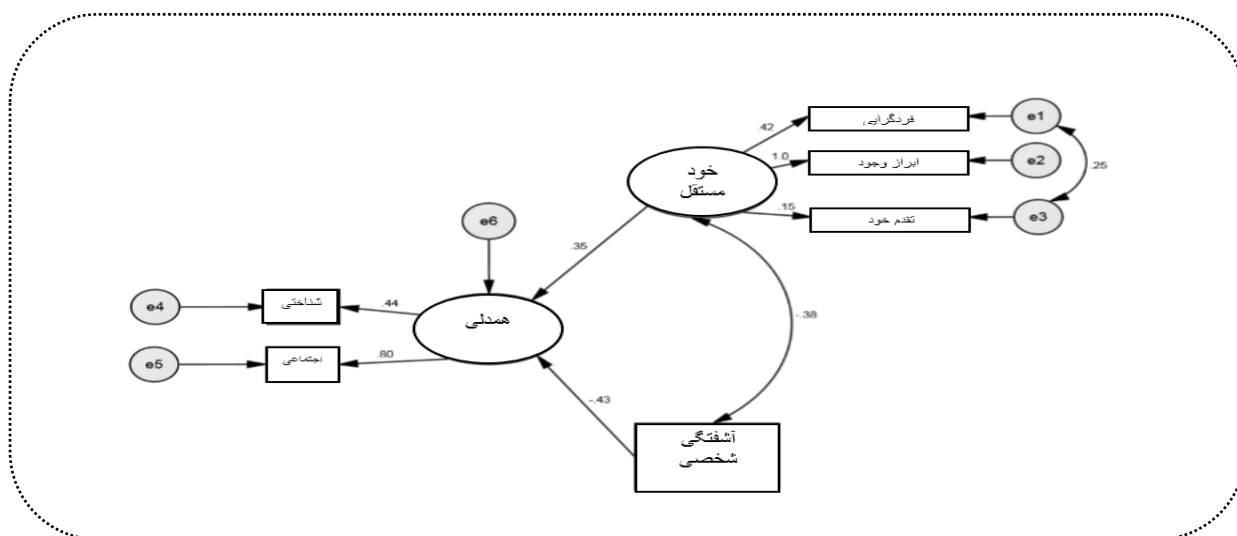
* $P < 0.05$ ، ** $P < 0.01$

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل ساختاری اصلاح شده پژوهش

مقادیر محاسبه شده	شاخص‌های نیکویی برازش
۲۴/۹۲	مجذور خی
۶	درجه آزادی
۰/۰۰۱	سطح معناداری
۴/۱۵	نسبت مجذور خی به درجه آزادی X^2/df
۰/۰۹	ریشه میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA)
۰/۹۷	شاخص نیکویی برازش (GFI)
۰/۹۳	شاخص برازش تطبیقی (CFI)
۰/۹۱	شاخص برازش هنجار شده (NFI)
۰/۹۳	شاخص برازش رشدی (IFI)

جدول ۴. ضرایب مسیر بین متغیرهای مدل پژوهش

مسیرها	b	S.E	β	p
خودتفسیری مستقل \leftarrow همدلی	۰/۳۱۴	۰/۰۶۹	۰/۳۴۹	۰/۰۰۱
آشفتگی شخصی \leftarrow همدلی	-۰/۱۶۵	۰/۰۲۹	-۰/۴۳۰	۰/۰۰۱



شکل ۲. مدل ساختاری پژوهش پس از اصلاح

بررسی مدل پژوهش نشان داد که ویژگی خودتفسیری وابسته بر همدلی اثر معناداری ندارد. عده‌ای از پژوهشگران بر این باور هستند که همدلی با خودتفسیری وابسته همبستگی منفی دارد چراکه کم‌رنگ شدن مرز میان خود و دیگری در افراد با میزان خودتفسیری وابسته بالا می‌تواند به آشنفتگی شخصی منجر شود [۱۰]. یافته‌های پژوهش حاضر از این جهت که رابطه منفی خودتفسیری وابسته با همدلی را نشان می‌دهد با دیدگاه دیسیتی و لم^۱ (۲۰۰۶) همخوانی دارد اما از آن جهت که اثر معناداری به دست نیامده است نشان می‌دهد که متغیرهای دیگری نیز می‌توانند دخیل باشند که از جمله آنها می‌توان به عامل تفاوت‌های فرهنگی اشاره کرد؛ زیرا متغیرهای فرهنگی مثل قومیت یکی از عوامل اثرگذار بر همدلی است [۳۷].

بررسی مدل پژوهش نشان داد که اثر ویژگی خودتفسیری مستقل بر همدلی مثبت و معنادار است. ما طی فرایند همدلی، احتمالاً نیازمند تمایز قائل شدن بین خود و دیگری هستیم تا از این طریق از فرسودگی هیجانی خودمان جلوگیری کنیم [۱۰]. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه خودتفسیری مستقل با دیدگاه دیسیتی و لم (۲۰۰۶) هم‌راستا است اما با پژوهش‌های دیگر [۸،۹،۱۷] هم‌راستا نیست. در این زمینه می‌توان به نقش احتمالی تفاوت‌های فرهنگی اشاره کرد. در پژوهش‌های گذشته منظور از تفاوت‌های فرهنگی عموماً قومیت، ملیت یا کشور

جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب مسیر بین ویژگی خودتفسیری مستقل ($\beta = .0/349, P < .0/01$) با همدلی به‌طور مثبت در سطح $0/01$ معنادار است. همچنین ضریب مسیر بین ویژگی آشنفتگی شخصی با همدلی به‌طور منفی و در سطح $0/01$ معنادار بود ($\beta = -.0/430, P < .0/01$). ضریب مسیر بین ویژگی خودتفسیری وابسته با همدلی اگرچه منفی بود اما معنادار نبود ($\beta = -.0/505, P < .0/01$). بنابراین در جهت عدم تأیید فرضیه اول پژوهش چنین نتیجه‌گیری شد که ویژگی خودتفسیری وابسته بر همدلی اثر ندارد. در تأیید فرضیه دوم نتیجه‌گیری شد که اثر ویژگی خودتفسیری مستقل بر همدلی مثبت و معنادار است. در تأیید فرضیه سوم پژوهش این‌گونه نتیجه‌گیری شد که اثر ویژگی آشنفتگی شخصی بر همدلی منفی و معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر آزمون مدل ساختاری روابط متغیرهای خودتفسیری مستقل، خودتفسیری وابسته و آشنفتگی شخصی با متغیر همدلی و تعیین برآزش مطلوب مدل مذکور بود. مدل مفهومی پژوهش با استفاده از مدل‌یابی معادله ساختاری آزموده شد و به‌طور کلی، در بررسی برآزندگی مدل پژوهش، شاخص‌های برآزش برای مدل اولیه پژوهش مطلوب نبودند اما پس از اعمال اصلاحات لازم در مدل، نتایج نشان داد که مدل ساختاری از برآزش مطلوب با داده‌های گردآوری شده برخوردار است.

1. Decety & Lamm

لی و همکاران^۶ (۲۰۱۸) در پژوهشی الگوی اتصال کارکردی خودتفسیری در مغز را بررسی کردند و نتایج در یک نمونه متشکل از ۵۱ فرد سالم نشان داد که اتصال کارکردی در شبکه حالت پیش‌فرض^۷ (DMN) و شبکه کنترل اجرایی^۸ با نمرات خودتفسیری مستقل، همبستگی مثبت داشت [۴۱].

نتایج تحقیق کازکورکین، سیمون، براون و اسنانی^۹ (۲۰۲۲) نشان داد که خودتفسیری مستقل پایین‌تر، با علائم اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر، همبستگی دارد [۴۲].

به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که مدل ساختاری پژوهش دارای برآزش مطلوب است و متغیرهای خودتفسیری مستقل و آشفتگی شخصی از اهمیت قابل توجه در حیطه همدلی برخوردار هستند.

این پژوهش مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر با برخی محدودیت‌ها مواجه بود. علاوه بر متغیرهایی که در این پژوهش ارتباط آنها با همدلی مورد بررسی قرار گرفت، متغیرهای دیگری از جمله جنس، سن و قومیت و نژاد نیز با همدلی مرتبط هستند. نتایج به‌دست‌آمده، محدود به جامعه مورد بررسی با ویژگی‌های خاص آن است و برای تعمیم به افراد و جمعیت‌های دیگر بایستی محتاط بود.

پیشنهاد می‌شود علاوه بر متغیرهایی که در این پژوهش، ارتباط آنها با همدلی مورد بررسی قرار گرفت، متغیرهای دیگری از جمله جنس، سن و قومیت و نژاد نیز مورد بررسی قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثر مثبت خودتفسیری مستقل بر همدلی، مشاوران و روان‌شناسان و همچنین مربیان تعلیم و تربیت در زمینه مداخله از طریق رشد این نوع خودتفسیری در افراد، پژوهش‌هایی را انجام دهند و تأثیر آن را هم بر همدلی افراد و هم بر دیگر ویژگی‌های فردی و بین‌فردی مورد بررسی قرار دهند. درنهایت پیشنهاد پژوهش حاضر آن است که با توجه به نقش آشفتگی شخصی در همدلی و اهمیت مدیریت آن، راه‌های کنترل و مدیریت آن و همچنین متغیرهای مؤثر بر آن مورد بررسی قرار گیرند.

محل تولد و پرورش‌یافتن است [۱۷]. علاوه بر نقش احتمالی این مؤلفه‌ها که بایستی در تحقیقات آتی مورد بررسی قرار گیرد، فرضیه پژوهشگر آن است که با توجه به ویژگی جمعیت‌شناختی افراد نمونه پژوهش حاضر که همگی محصلان دانشگاهی هستند احتمالاً نوعی فرهنگ دانشگاهی^۱ که در آن خود مستقل تقویت می‌شود، نیز بر آنها تأثیرگذار است. دانشگاه دارای هنجارها، ارزش‌ها و الگوهایی است که فرهنگ آن را شکل می‌دهند. در پژوهش قاسمی (۱۳۹۸) به شناسایی مقوله‌های فرهنگ دانشگاهی از نظر دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته‌های علوم انسانی دانشگاه‌های شهر تهران پرداخته شد. یکی از مقولات اصلی که در نتایج این مطالعه به‌دست‌آمد، فردگرایی بود [۳۸].

همچنین بررسی مدل پژوهش نشان داد که اثر ویژگی آشفتگی شخصی بر همدلی منفی و معنادار است. در پژوهش ژائو و همکاران (۲۰۱۹) نتایج نشان داد که همدلی بالاتر در زنان و مردان از طریق خودگزارشی، با آشفتگی شخصی کمتر در استرالیایی‌ها در ارتباط بود؛ بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات قبلی در زمینه آشفتگی شخصی هم‌راستا است [۱۷]. دیسیتی و یودر^۲ (۲۰۱۶) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که حساسیت به عدالت برای دیگران، توسط اتخاذ دیدگاه و توجه همدلانه پیش‌بینی می‌شود اما توسط آشفتگی شخصی پیش‌بینی نمی‌شود، چراکه احتمالاً آشفتگی شخصی بالا به‌عنوان انگیزه‌ای برای رفتارهای محافظت از خود عمل می‌کند و نه محافظت از دیگران [۳۹]. پژوهشگران پیشنهاد داده‌اند که افزایش ارتباط بین اینسولای پشتی چپ^۳ و ناحیه درونی پشتی قشر پیش‌پیشانی^۴ که در آشفتگی شخصی مشاهده می‌شود می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که افراد احساسات دیگران را به جای احساسات خودشان اشتباه می‌گیرند [۴۰]. دیسیتی و جکسون^۵ (۲۰۰۴) معتقد هستند که تنظیم هیجان می‌تواند تمایز انتزاعی بین (خود) و (دیگری) را مدیریت کند و باعث شود که فرد از آشفتگی شخصی که در نتیجه مشاهده رنج دیگری تجربه می‌کند به سمت توجه همدلانه حرکت کند [۲].

6 . Li et al
7 . Default Mode Network
8 . Executive control network
9 . Kaczurkin, Simon, Brown & Asnaani

1 . Academic culture
2 . Yoder
3 . Left posterior insula
4 . Dorsomedial prefrontal cortex
5 . Jackson

- 13-Liddell BJ, Felmingham KL, Das P, et al. Self-construal differences in neural responses to negative social cues. *Biol Psychol.* 2017; **129**: 62–72. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2017.07.023
- 14-Sadeghiye H, Aghababaei N, Hatami J, Khorami Bonaraki A. Comparing Situational and Dispositional Empathy, Considering The Role of Gender. *Soc Psychol Res.* 2011; **1**(2): 1.
- 15-Neumann DL, Chan RCK, Wang Y, Boyle GJ. Cognitive and affective components of empathy and their relationship with personality dimensions in a Chinese sample: Empathy and personality. *Asian J Soc Psychol.* 2016; **19**(3): 244–253. DOI: 10.1111/ajsp.12138
- 16-López-Pérez B, Carrera P, Ambrona T, Oceja L. Testing the qualitative differences between empathy and personal distress: Measuring core affect and self-orientation. *Soc Sci J.* 2014; **51**(4): 676–680. DOI: 10.1016/j.soscij.2014.08.001
- 17-Zhao Q, Neumann DL, Cao Y, et al. Culture–Sex Interaction and the Self-Report Empathy in Australians and Mainland Chinese. *Front Psychol.* 2019; **10**: 396. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00396
- 18-Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed). Guilford Press; 2005.
- 19-Hardin E, Leong F, Bhagwat A. Factor Structure of the Self-Construal Scale Revisited: Implications for the Multidimensionality of Self-Construal. *J Cross Cult Psychol.* 2004; **35**: 327–345. DOI: 10.1177/0022022104264125
- 20-Cheng C, Cheung MWL, Montasem A, et al. Explaining Differences in Subjective Well-Being Across 33 Nations Using Multilevel Models: Universal Personality, Cultural Relativity, and National Income: Subjective Well-Being Across 33 Nations. *J Pers.* 2016; **84**(1): 46–58. DOI: 10.1111/jopy.12136
- 21-Panahipour S, Arabzadeh M, Alvandi S. Psychometric properties of the self-construable scale: Factor structure, reliability and validity. *J Sociol Educ.* 2020; **13**(1): 41–51. DOI: 10.22034/ijes.2020.43779
- 22-Helms JE, Henze KT, Sass TL, Mifsud VA. Treating Cronbach's Alpha Reliability Coefficients as Data in Counseling Research. *Counsel Psychol.* 2006; **34**(5): 630–660. DOI: 10.1177/0011000006288308
- 1- Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR. Cognitive neuroscience: The biology of the mind (Fifth edition). W.W. Norton & Company; 2019.
- 2- Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev.* 2004; **3**(2): 71–100. DOI: 10.1177/1534582304267187
- 3- Mousavi P, Khosravi Z, Dehshiri G. The Latent Structure of Empathy Based on Empathy Quotient in an Iranian Population. *Adv Cog Sci.* 2017; **19**(1): 75–90.
- 4- Grove R, Baillie A, Allison C, Baron-Cohen S, Hoekstra RA. The latent structure of cognitive and emotional empathy in individuals with autism, first-degree relatives and typical individuals. *Mol. Autism.* 2014; **5**: 42. DOI: 10.1186/2040-2392-5-42
- 5- Cross SE, Hardin EE, Gercek-Swing B. The What, How, Why, and Where of Self-Construal. *Pers. Soc. Psychol. Rev.* 2011; **15**(2): 142–179. DOI: 10.1177/1088868310373752
- 6- Singelis TM. The Measurement of Independent and Interdependent Self-Construals. *Pers Soc Psychol Bull.* 1994; **20**(5): 580–591. DOI: 10.1177/0146167294205014
- 7- Markus HR, Kitayama S. A Collective Fear of the Collective: Implications for Selves and Theories of Selves. *Pers Soc Psychol Bull.* 1994; **20**(5): 568–579. DOI: 10.1177/0146167294205013
- 8- Markus HR, Kitayama S. Cultures and Selves: A Cycle of Mutual Constitution. *Perspect Psychol Sci.* 2010; **5**(4): 420–430. DOI: 10.1177/1745691610375557
- 9- Young Kaelber KA, Schwartz RC. Empathy and Emotional Intelligence among Eastern and Western Counsellor Trainees: A Preliminary Study. *Int J Adv Couns.* 2014; **36**(3): 274–286. DOI: 10.1007/s10447-013-9206-8
- 10-Decety J, Lamm C. Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience. *Sci. World J.* 2006; **6**: 1146–1163. DOI: 10.1100/tsw.2006.221
- 11-Gardner WL, Gabriel S, Lee AY. “I” Value Freedom, but “We” Value Relationships: Self-Construal Priming Mirrors Cultural Differences in Judgment. *Psychol. Sci.* 1999; **10**(4): 321–326. DOI: 10.1111/1467-9280.00162
- 12-Dean KK, Gardner WL. How Will “I” Versus “We” Perform? An Investigation of Future Outlooks and Self-Construals. *Pers Soc Psychol Bull.* 2014; **40**(8): 947–958. DOI: 10.1177/0146167214532137

- 33-Ekman P. Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life. Times Books/Henry Holt and Co; 2003.
- 34-Ekman P, Friesen W. Photographs of Facial Affect Recognition Test. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1976.
- 35-Ghasempour A, Fahimi S, Abolghasemi A, et al. Recognition of facial expression of emotion in patients with depression and normal people. *Yafte*. 2012; **14**(1): 91-98.
- 36-Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Sage Publications; 2006.
- 37-Chiao JY, Mathur VA. Intergroup Empathy: How Does Race Affect Empathic Neural Responses? *Curr. Biol*. 2010; **20**(11): R478-R480. DOI: 10.1016/j.cub.2010.04.001
- 38-Ghasemi A. Students' living and perceived experience of university culture (Graduate studies of the Department of Humanities of Tehran Universities). *Biq J Soci Socia Inst*. 2019; **6**(13): 95-126. DOI: 10.22080/ssi.2019.14466.1462
- 39-Decety J, Yoder KJ. Empathy and motivation for justice: Cognitive empathy and concern, but not emotional empathy, predict sensitivity to injustice for others. *Soc Neurosci*. 2016; **11**(1): 1-14. DOI: 10.1080/17470919.2015.1029593
- 40-Cheetham M, Pedroni AF, Antley A, Slater M, Jäncke L. Virtual milgram: Empathic concern or personal distress? Evidence from functional MRI and dispositional measures. *Front. Hum. Neurosci*. 2009; **3**: 29. DOI: 10.3389/neuro.09.029.2009
- 41-Li L. M. W, Luo S, Ma J, Lin, Y, Fan L, Zhong S, Yang J, Huang Y, Gu L, Fan L, Dai Z, Wu X. Functional connectivity pattern underlies individual differences in independent self-construal. *Soci Cog and Affect Neuro*. 2018; **13**(3): 269-280. DOI:10.1093/scan/nsy008
- 42-Kaczurkin A. N, Simon S, Brown L, Asnaani A. The relationship between interdependent and independent self-construals and social anxiety symptom severity in a clinical sample of treatment-seeking patients. *Transcul Psychi*. 2022; 136346152211116. DOI: 10.1177/13634615221111629
- 23-Alexopoulos DS, Kalaitzidis I. Psychometric properties of Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) Short Scale in Greece. *Pers. Individ. Differ*. 2004; **37**(6): 1205-1220. DOI: 10.1016/j.paid.2003.12.005
- 24-MacCallum RC, Browne MW, Sugawara HM. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychol Methods*. 1996; **1**(2): 130-149. DOI: 10.1037/1082-989X.1.2.130
- 25-Davis M. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog Sel. Doc. Psychol*. 1980; **10**.
- 26-Laurent SM, Hodges SD. Gender Roles and Empathic Accuracy: The Role of Communion in Reading Minds. *Sex Roles*. 2009; **60**(5-6): 387-398. DOI: 10.1007/s11199-008-9544-x
- 27-Feizabadi Z, Farzad V, Shahraray M. Exploratory and confirmatory factor analysis of Interpersonal Reactivity Index (IRI). *J Psy Edu*. 2008; **38**(3): 157.
- 28-Baron-Cohen S, Wheelwright S. The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *J Autism Dev Disord*. 2004; **34**(2): 163-175. DOI: 10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00
- 29-Abolghasemi A. The Reliability and Validation of the Empathy Quotient Scale for high school students. *Q J Psychol Stud*. 2009; **5**(4): 9. DOI: 10.22051/psy.2009.1610
- 30-Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; **42**(2): 241-251. PMID: 11280420
- 31-Vellante M, Baron-Cohen S, Melis M, Marrone M, Petretto D. R, Masala C, Preti A. The "Reading the Mind in the Eyes" test: Systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cog Neuro*. 2013; **18**(4): 326-354. DOI: 10.1080/13546805.2012.721728
- 32-Zabihzadeh A, Nejati V, Maleki G, Radfar F, Darvishi M. The Study of Relationship between Mind Reading Ability and Big Five Factors of Personality. *Adv Cog Sci*. 2012; **14**(1): 19-30.

رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیرخودکشی و رفتارهای خودکشی نوجوانان: نقش میانجی تنظیم هیجان

نویسندگان

سیده ملیحه انواری^۱، احمد منصوری^{۲*}

۱. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. malihe.anvari.86@gmail.com

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

چکیده

مقدمه: خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی جزو مشکلات شایع در بین نوجوانان سرتاسر جهان هستند. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی نوجوانان با توجه به نقش میانجی تنظیم هیجان بود.

روش: این پژوهش از پژوهش‌های بنیادی و توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری متشکل از تمامی نوجوانان شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش شامل ۵۵۱ نوجوان بود که به صورت آنلاین به ابزارهای این پژوهش یعنی سیاهه خود آسیب‌رسانی آگاهانه و تعددی، پرسشنامه رفتارهای خودکشی تجدیدنظر شده، پرسشنامه تنظیم هیجان و مقیاس قربانی شدن سایبری پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با نرم‌افزارهای SPSS و «لیزرل» و همچنین روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین قربانی شدن قلدری سایبری و تنظیم هیجان با خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی رابطه وجود دارد ($p < 0/05$). مدل نقش میانجی تنظیم هیجان در رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی نوجوانان از برازش خوبی برخوردار است ($CFI = 0/96$ ، $NFI = 0/97$ ، $IFI = 0/97$ ، $RMSEA = 0/077$ ، $GFI = 0/93$). اثر غیر مستقیم قربانی شدن قلدری سایبری با میانجی‌گری راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی بر رفتارهای خودکشی معنادار است ($p = 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که تنظیم هیجان نقش غیر مستقیمی در افزایش اثر قربانی شدن قلدری سایبری بر رفتارهای خودکشی دارد. توجه به این سازه‌ها در حوزه آسیب‌شناسی روانی و تدوین برنامه‌های پیشگیری و مداخله‌ای در مورد آن‌ها می‌تواند مفید باشد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۲/۱۲

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۷/۲۳



کلیدواژه‌ها

تنظیم هیجان، خودزنی، قربانی شدن قلدری سایبری، نوجوانان.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

mansoury_am@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

خودزنی غیر خودکشی^۱ و رفتارهای خودکشی^۲ از جمله اقدام به خودکشی رفتارهای خطر سازی هستند که منجر به آسیب جسمی و حتی مرگ در افراد می‌شوند. زمانی که این دو با هم اتفاق می‌افتند، یک عامل خطر ساز بسیار قوی هستند و افراد با مشکلات روان شناختی و رفتاری شدیدتری مواجه می‌شوند [۱]. شیوع خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی در بین نوجوانان بالینی و غیر بالینی بالا است. اگرچه پژوهش‌ها از تمایز بین خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی در چند ویژگی مهم از جمله نیت، شدت آسیب، فراوانی و تعداد روش‌ها حمایت می‌کنند، اما این دو رابطه قوی باهم دارند [۲]. رفتار خودکشی یک پدیده پیچیده، چندبعدی و چندعاملی است که با انگ و تابو همراه است. حدود مفهومی، سبب‌شناسی، ارزیابی، درمان و پیشگیری از آن یک کار پیچیده و فاقد راه‌حل ساده است [۳]. رفتارهای خودکشی به‌طور خاص به سه دسته طبقه‌بندی می‌شوند. افکار خودکشی به افکار درگیر شدن در رفتاری با هدف پایان دادن به زندگی اشاره دارد. طرح خودکشی که به تدوین روش خاصی اشاره دارد که از طریق آن فرد قصد مرگ یا مردن دارد و اقدام به خودکشی درگیر شدن در رفتار خودزنی که در آن حداقل قصد مرگ یا مردن وجود دارد [۴]. نرخ شیوع خودکشی در جامعه ایران به‌طور میانگین ۹/۹ در هر ۱۰۰۰۰۰ گزارش شده است [۵]. شیوع رفتارهای خودکشی در دوره نوجوانی و هزینه‌های مرتبط با آن در سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی و اجتماعی-اقتصادی بالا است [۳].

خودزنی غیر خودکشی رفتار عمدی و آگاهانه‌ای است که با قصد خودکشی انجام نمی‌شود، اما بافت‌های بدن به‌واسطه رفتارهایی مانند بریدن، سوزاندن، زدن و خراشیدن آسیب می‌بیند. این رفتار به لحاظ اجتماعی و فرهنگی مورد پذیرش نیست، کارکردهای افراد را مختل می‌کند و همچنین جزو مواردی است که نیاز به مطالعه بیشتر در مورد آن‌ها وجود دارد [۶]. ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که شیوع این رفتار در بین نوجوانان ایرانی ۳/۴ تا ۳۷/۷ درصد است [۷]. عوامل متعددی از جمله زن بودن، سواد پایین سلامت، رویدادهای

استرس‌زای زندگی، طرح‌واره‌های ناسازگار، مقابله معنوی منفی، اختلال‌های روانی مثل افسردگی، اضطراب و شخصیت، رفتارهای مشکل‌آفرین مثل اعتیاد به اینترنت، مصرف مواد و اقدام به خودکشی، علائم جسمی، تجارب نامطلوب دوره کودکی و قلدری با خودزنی غیر خودکشی نوجوانان مرتبط هستند [۷، ۸]. همچنین عوامل مختلفی مثل باورهای دینی، ساختار و روابط خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده، وجود اختلال‌های روانی مثل افسردگی و اضطراب، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، عزت‌نفس پایین، سابقه اقدام به خودکشی، عوامل روان‌شناختی (مانند ناامیدی، فقدان لذت، تکانش‌گری، انعطاف‌ناپذیری شناختی)، سابقه خانوادگی اختلال‌های روانی یا اقدام به خودکشی، مشکلات رفتاری، قلدری، قلدری سایبری با رفتار خودکشی نوجوانان رابطه دارند [۳، ۹]. «قربانی شدن قلدری سایبری»^۳ جزو عوامل دیگر مرتبط با خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی نوجوانان هست [۱۰]. قلدری سایبری به‌عنوان آسیب عمدی و مکرر وارد شده از طریق رایانه‌ها، تلفن‌های همراه و سایر وسایل الکترونیکی تعریف شده است [۱۱]. این رفتار به سبب تکراری بودن دشواری فرار از آن، قربانیان متعدد و همچنین ناشناس بودن مرتکبان آن پیامدهای نامطلوب‌تری برای نوجوانان نسبت به سایر رفتارهای پرخاشگرانه دارد [۱۲]. از سوی دیگر، افزایش تعداد قربانیان قلدری سایبری و پیامدهای ناخوشایند آن بر قربانیان یکی از نگرانی‌های عمده متخصصان است [۱۳]. قربانی شدن قلدری سایبری نیز به رفتارهای آسیب‌زای بین فردی ناشی از قلدری سایبری اشاره دارد [۱۲]. شیوع قلدری سایبری، قربانی شدن سایبری و همچنین قلدری-قربانی شدن سایبری در بین دانش‌آموزان نوجوان ایرانی به ترتیب ۷/۷، ۱۰/۹ و ۳۱/۴ درصد گزارش شده است [۱۰]. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با رفتارهای خودکشی [۱۰، ۱۲-۱۶] و خودزنی غیر خودکشی نوجوانان [۱۰، ۱۷-۲۱] تأیید شده است؛ باوجود این توجه کمی به مکانیسم‌های میانجی این رابطه شده است. تنظیم هیجان^۴ یکی از مکانیسم‌ها و فرایندهایی است که می‌تواند میانجی این رابطه باشد.

3. cyberbullying victimization
4. emotion regulation

1. non-suicidal self-injury
2. suicidal behaviors

زیادی برخوردار است. به علاوه دانش موجود درباره عوامل میانجی رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی محدود است [۱۲، ۲۱]. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تنظیم هیجان در رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی نوجوانان انجام شد.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش از پژوهش‌های بنیادی و توصیفی از نوع همبستگی بود.

آزمودنی

جامعه آماری و نمونه پژوهش

جامعه آماری این پژوهش متشکل از تمامی نوجوانان شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش شامل ۵۵۱ نوجوان بود که به صورت آنلاین به ابزارهای این پژوهش پاسخ دادند. حداقل حجم نمونه برای مدل‌یابی ۲۰۰ نفر است. همچنین حجم نمونه ۱۰۰، ۲۰۰، ۳۰۰، ۵۰۰ و ۱۰۰۰ نفر به ترتیب ضعیف، نسبتاً مناسب، خوب، خیلی خوب و عالی است [۳۸]. بر این اساس حجم نمونه ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد، اما در زمان جمع‌آوری داده‌ها تعداد آن‌ها به ۵۵۱ نفر رسید. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال و تمایل به شرکت در پژوهش بود. عدم پاسخ کامل به پرسشنامه‌ها جزو ملاک‌های خروج بود.

ابزارهای پژوهش

مقیاس قربانی شدن سایبری^۳: این مقیاس توسط «پاتچین و هیندوجا»^۴ [۱۱] و با اصلاح مقیاس قلدری سایبری هیندوجا و پاتچین در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است و ۹ ماده دارد که برای اندازه‌گیری فراوانی قربانی شدن توسط قلدرهای سایبری به شکل آزار و اذیت، گذاشتن نظر، تصویر، صفحه وب و فیلم‌های زشت و آزاردهنده، شایعه‌پراکنی و همچنین تهدید به آزار و اذیت استفاده می‌شود. هر ماده با استفاده از یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌ها

تنظیم هیجان نقش مهمی در سلامت و بیماری بازی می‌کند و به فرایندهای مؤثر در شکل‌دهی، زمان تجربه و چگونگی تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد. فرایند تنظیم هیجان در سه مرحله شناسایی، انتخاب و اجرا اتفاق می‌افتد [۲۲]. ارزیابی مجدد شناختی و سرکوبی دو راهبرد رایج تنظیم هیجان هستند. ارزیابی مجدد شناختی شکلی از تغییر شناختی است که به اصلاح نحوه ارزیابی یک موقعیت به گونه‌ای که معنا و اثر هیجانی آن تغییر کند اشاره دارد، اما سرکوبی به تلاش افراد برای جلوگیری مداوم از رفتار ابراز هیجان منفی یا مثبت اطلاق می‌شود. ارزیابی مجدد شناختی با کارکرد بین فردی بهتر، هیجان مثبت بیشتر و هیجان منفی کمتر مرتبط است، در حالی که سرکوبی با کارکرد بین فردی بدتر، هیجان منفی بیشتر و هیجان منفی کمتر رابطه دارد [۲۳، ۲۴]. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که تنظیم هیجان با خودزنی غیر خودکشی [۲۵-۳۰] و رفتارهای خودکشی [۲۶، ۳۱-۳۴] نوجوانان و بزرگسالان مرتبط است. همچنین بین قربانی شدن قلدری و تنظیم هیجان [۳۵، ۳۶] رابطه وجود دارد.

اگرچه رابطه بین این متغیرها بررسی شده است؛ اما توجه اندکی به نقش راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی شده است. برای مثال وانگ^۱ و همکاران [۲۰] دریافتند که اثر غیرمستقیم قربانی شدن سایبری بر خودزنی غیر خودکشی به واسطه هیجان‌های منفی معنادار است. کیان^۲ و همکاران [۳۷] نشان دادند که راهبردهای تنظیم هیجان میانجی رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و بدرفتاری‌های دوره کودکی با خودزنی غیر خودکشی و افسردگی است.

با توجه به شیوع بالای خودزنی غیر خودکشی و وقوع مکرر هم‌زمان آن با رفتار خودکشی در هر دو جامعه نوجوانان بالینی و غیر بالینی [۲]، افزایش تعداد قربانیان قلدری سایبری و پیامدهای ناخوشایند آن [۱۳] و افزایش قابل توجه استفاده از رسانه‌های اجتماعی در بین نوجوانان، درک اثر قلدری سایبری بر رفتارهای خودکشی [۱۲] و خودزنی غیر خودکشی [۲۰] قربانیان از این رفتارها برای پیشگیری و گسترش راهبردهای مداخله‌ای مؤثر از اهمیت

3. Cyberbullying Victimization Scale (CVS)

4. Patchin & Hinduja

1. Wang

2. Qian

درجه‌ای درجه‌بندی و نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش آن‌ها ضریب همبستگی «پیرسون» برابر $0/88 - 0/87$ بوده است. همچنین نشان دادند که از روایی افتراقی مناسبی برخوردار است [۴۱]. ضریب اعتبار نسخه فارسی آن $0/82$ بوده است. به‌علاوه دارای روایی سازه و همگرایی مناسبی بوده است [۴۲]. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی $0/87$ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که این آزمون از روایی سازه ($CFI = 1$ ، $NFI = 1$ ، $NNFI = 1$ ، $JFI = 1$ ، $GFI = 1$ ، $RMSEA = 0$) مطلوبی برخوردار است.

پرسشنامه تنظیم هیجان^۵: این پرسشنامه توسط «گراس و جان» [۲۴] ساخته شده است و ۱۰ ماده دارد. هر ماده با استفاده از یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون دارای دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد و سرکوبی است. دامنه نمره این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب $4-28$ و $6-42$ هست. آن‌ها اعتبار این دو خرده‌مقیاس را برابر $0/79$ و $0/73$ گزارش کردند. ضریب بازآزمایی هر دو مقیاس پس از ۳ ماه برابر $0/69$ بوده است و آزمون از روایی همگرا و واگرایی مناسبی برخوردار است [۲۴]. در پژوهش قلندرزاده و پورنقاش تهرانی ضریب همسانی درونی برای نمره کل و دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب $0/81$ ، $0/75$ و $0/80$ بوده است [۴۳].

در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد و سرکوبی برابر $0/75$ و $0/60$ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که این آزمون از روایی سازه ($CFI = 0/95$ ، $NFI = 0/94$ ، $NNFI = 0/92$ ، $JFI = 0/95$ ، $GFI = 0/96$ ، $RMSEA = 0/087$) رضایت بخشی برخوردار است.

شیوه انجام پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد واحد نیشابور، پرسشنامه‌ها به همراه دستورالعمل آن‌ها در سایت <https://porsa.irandoc.ac.ir> ایجاد شد و لینک آن در شبکه‌های اجتماعی (تلگرام) به اشتراک گذاشته شد و از نوجوانان دختر و پسر دعوت شد تا در پژوهش شرکت نمایند.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با نرم‌افزارهای SPSS و لیزرل و همچنین روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

بین ۰ تا ۳۶ است. اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) $0/89$ تا $0/935$ بوده است. همبستگی سؤال‌ها با یکدیگر $0/30$ تا $0/92$ گزارش شده است [۱۱]. در پژوهش مجدی و همکاران اعتبار (آلفای کرونباخ) این مقیاس $0/73$ گزارش شده است [۳۹]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ $0/74$ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که این آزمون از روایی سازه ($CFI = 0/95$ ، $NFI = 0/94$ ، $NNFI = 0/96$ ، $JFI = 0/96$ ، $GFI = 0/96$ ، $RMSEA = 0/073$) مطلوبی برخوردار است.

سیاهه خود آسیب‌رسانی آگاهانه و تعمدی^۱: این سیاهه توسط «گراتز»^۲ [۴۰] ساخته شده است و ۱۷ ماده دارد که برای اندازه‌گیری فراوانی، شدت، مدت و نوع رفتارهای آسیب به خود (بریدن، سوزاندن، کندن، ضربه زدن، سوراخ کردن، گاز گرفتن، خراشیدن، شکستن) استفاده می‌شود. هر یک از عبارات این پرسشنامه به صورت ۱ (بلی) و ۰ (خیر) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌ها بین ۰ تا ۱۷ است. وی ضریب اعتبار این سیاهه را به روش همسانی درونی و بازآزمایی $0/83$ و $0/68$ گزارش کرد. همچنین نشان داد که از روایی سازه، همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار است [۳۹]. در پژوهش منصوری و همکاران ضریب همسانی درونی برابر $0/73$ بوده است. روایی سازه آن ($CFI = 0/90$ ، $NFI = 0/91$ ، $JFI = 0/91$ ، $GFI = 0/87$ ، $RMSEA = 0/25$) نیز رضایت‌بخش بوده است [۲۵].

در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی $0/85$ بود. برای انجام مدل‌یابی معادلات ساختاری، ماده‌های این سیاهه بسته‌بندی شدند. بسته اول شامل ماده‌های ۵، ۶، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ و بسته دوم شامل ماده‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۹، ۱۳، ۱۵ و ۱۶ بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار تک‌عاملی این آزمون از روایی سازه ($CFI = 0/95$ ، $NFI = 0/93$ ، $NNFI = 0/94$ ، $JFI = 0/95$ ، $GFI = 0/93$ ، $RMSEA = 0/072$) مطلوبی برخوردار است.

پرسشنامه رفتارهای خودکشی تجدیدنظر شده^۳:

این پرسشنامه توسط عثمان^۴ و همکاران [۴۱] ساخته شده است و ۴ ماده دارد. هر ماده با استفاده از مقیاس‌های چند

1. Gratz
2. Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)
3. Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R)
4. Osman

5. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

یافته‌ها

اقتصادی ۱۲ (۲/۲ درصد)، ۱۰۲ (۱۹ درصد)، ۲۳۳ (۴۳/۵ درصد)، ۱۲۶ (۲۳/۵ درصد) و ۶۳ (۱۱/۸ درصد) نفر به ترتیب بالا، متوسط به بالا، متوسط، متوسط به پایین و پایین بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون گزارش شده است.

میانگین سن و مدت زمان استفاده از اینترنت در بین نوجوانان ۱۶/۲۸ (۱/۸۶) و ۴/۱۰ (۱/۵۵) بود. از بین شرکت‌کنندگان ۳۷۷ نفر دختر (۷۰/۳) و ۱۵۹ نفر پسر (۲۹/۷) بودند. تعداد ۱۳۲ نفر (۲۴/۶ درصد) مقطع متوسطه اول و ۴۰۴ نفر (۷۵/۴ درصد) متوسطه دوم بودند. وضعیت

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

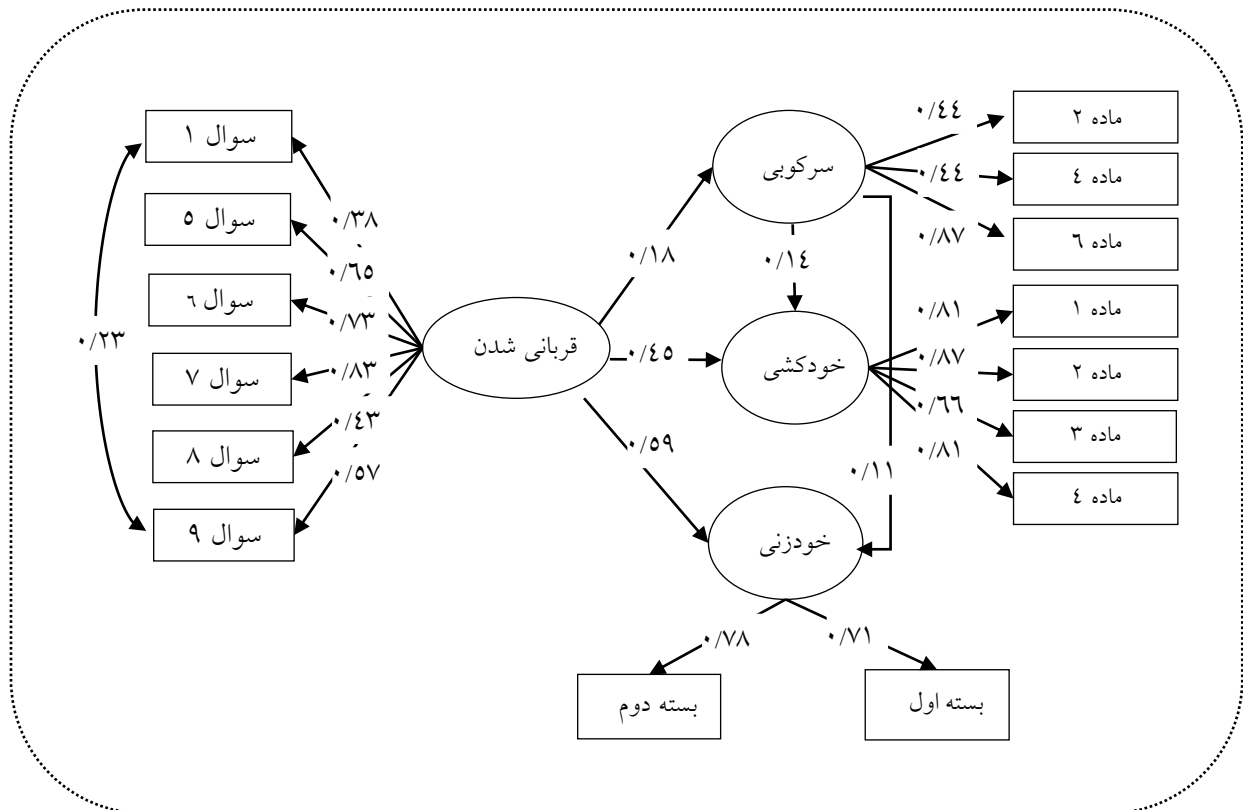
متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- قربانی شدن قلدری سایبری	-						
۲- تنظیم هیجان، سرکوبی	۰/۱۳**	-					
۳- تنظیم هیجان، ارزیابی مجدد	۰/۰۳	۰/۳۴**	-				
۴- رفتارهای خودکشی	۰/۳۹**	۰/۱۴**	-۰/۲۲**	-			
۵- خودزنی غیر خودکشی	۰/۴۸**	۰/۱۱**	-۰/۱۶**	۰/۶۰**	-		
۶- خودزنی غیر خودکشی، بسته اول	۰/۴۰**	۰/۰۷	-۰/۱۲**	۰/۵۲**	۰/۸۳**	-	
۷- خودزنی غیر خودکشی، بسته دوم	۰/۴۲**	۰/۱۲**	-۰/۱۶**	۰/۵۲**	۰/۹۲**	۰/۵۵**	-
میانگین	۷/۸۳	۲۲/۶۴	۱۲/۶۰	۹/۳۹	۳/۸۵	۱/۴۱	۲/۳۳
انحراف استاندارد	۲/۷۷	۵/۸۹	۴/۱۹	۵/۲۵	۳/۴۵	۱/۵۹	۲/۱۹

خودکشی و خودزنی غیر خودکشی نوجوانان رابطه وجود دارد ($p < ۰/۰۱$)، اما بین قربانی شدن قلدری سایبری و راهبرد ارزیابی مجدد رابطه وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). بین راهبردهای تنظیم هیجان سرکوبی و ارزیابی مجدد با رفتارهای خودکشی و خودزنی غیر خودکشی رابطه وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). همچنین بین خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی رابطه وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). نتایج مربوط به روش مدلیابی معادلات ساختاری در جدول ۲ و شکل ۱ ارائه شده است. به دلیل عدم رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد و همچنین عدم برآزش مدل اولیه، راهبرد ارزیابی مجدد از مدل نهایی حذف گردید.

میانگین متغیرهای قربانی شدن قلدری سایبری، راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی و ارزیابی مجدد، رفتارهای خودکشی، خودزنی غیر خودکشی، بسته اول و دوم خودزنی غیر خودکشی به ترتیب ۷/۸۳، ۱۲/۶۰، ۲۲/۶۴، ۹/۳۹، ۳/۸۵ و ۱/۴۱ و ۲/۳۳ بود. برخی مقدار ± ۱ را به عنوان انحراف از نرمال بودن گزارش کرده‌اند [۴۴]، نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که متغیرهای ملاک این پژوهش یعنی خودکشی ($Sk = ۰/۷۶$ ، $Ku = ۰/۵۲$)، خودزنی غیر خودکشی ($Sk = ۰/۶۹$ ، $Ku = ۰/۴۸$) و بسته اول ($Sk = ۰/۸۷$ ، $Ku = ۰/۴۸$) و دوم ($Sk = ۰/۷۰$ ، $Ku = ۰/۵۶$) خودزنی غیر خودکشی نرمال هستند. نتایج نشان می‌دهد که بین قربانی شدن قلدری سایبری با راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی، رفتارهای

جدول ۲. اثرات مستقیم و غیرمستقیم مربوط به مدل برازش شده

اثر	β	T	P
قربانی شدن قلدری سایبری بر خودزنی غیرخودکشی	۰/۵۹	۹/۳۸	<۰/۰۱
قربانی شدن قلدری سایبری بر رفتارهای خودکشی	۰/۴۵	۹	<۰/۰۱
قربانی شدن قلدری سایبری بر سرکوبی	۰/۱۸	۲/۹۵	<۰/۰۱
سرکوبی بر خودزنی غیرخودکشی	۰/۱۱	۲/۱۳	<۰/۰۵
سرکوبی بر رفتارهای خودکشی	۰/۱۴	۲/۸۷	<۰/۰۱
قربانی شدن قلدری سایبری بر خودزنی غیرخودکشی از طریق راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی	۰/۰۲	۱/۸۶	>۰/۰۵
قربانی شدن قلدری سایبری بر رفتارهای خودکشی از طریق راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی	۰/۰۳	۲/۲۴	<۰/۰۵



شکل ۱. مدل نهایی مربوط به نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان (سرکوبی) در رابطه بین قربانی شدن زورگویی سایبری با خودزنی‌های غیرخودکشی و رفتارهای خودکشی

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	RMSEA	CFI	NFI	AGFI	IFI	RFI	GFI
ملاک برازش	۰/۰۸ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *	۰/۹۰ ≤ *
آماره پژوهش حاضر	۰/۰۷۷	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۳

رفتارهای خودکشی و خودزنی غیر خودکشی نوجوانان و همچنین اثر مستقیم راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی بر رفتارهای خودکشی و خودزنی غیر خودکشی با یافته‌های فوق همسو بود. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که قربانی شدن قلدری سایبری و سرکوبی هیجان‌های تجربه‌شده نقش مهمی در تجربه رفتارهای خودکشی و خودزنی غیر خودکشی دارند.

یافته‌های مربوط به نقش میانجی تنظیم هیجان در رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی نشان داد که راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی میانجی رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری و رفتارهای خودکشی است، اما میانجی رابطه قربانی شدن قلدری سایبری و خودزنی غیر خودکشی نیست. اگرچه پژوهشی همسو با نتایج پژوهش حاضر مشاهده نشد؛ اما «سامپاسا-کانینگا»^۱ و همکاران [۱۳] گزارش کردند که افسردگی میانجی رابطه بین قربانی شدن سایبری با تفکر، برنامه‌ریزی و اقدام به خودکشی نوجوانان است. آن‌ها معتقدند که قلدری به‌عنوان یکی از منابع فشار باعث هیجان‌های منفی نامطلوب مثل افسردگی، خشم و ناکامی در افراد قربانی سایبری می‌شود و آن‌ها را در معرض خطر بیشتری برای رفتارهای خودکشی به‌عنوان یک پاسخ مقابله‌ای قرار می‌دهد. با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت افرادی که قربانی قلدری سایبری می‌شوند درگیر هیجان‌های منفی می‌شوند. سپس برای کاهش هیجان منفی به راهبرد تنظیم هیجان ناسازگار مثل سرکوبی روی می‌آورند و به‌طور مداوم مانع ابراز هیجان‌های منفی خود می‌شوند، اما این تلاش‌های غیر مؤثر سبب استفاده از رفتارهای ناخوشایند از جمله رفتارهای خودکشی می‌شود. بر اساس مدل یکپارچه انگیزشی ارادی رفتار خودکشی^۲ [۴۵] می‌توان گفت که عوامل زمینه‌ساز (آمادگی) و رویدادهای راه‌انداز از جمله قربانی شدن سایبری می‌توانند سبب احساس شکست، تحقیر و هیجان‌های منفی شوند که خود می‌تواند منجر به احساس گرفتار شدن در شرایط و وضعیت هیجانی شود که در نهایت می‌تواند سبب رفتارهای خودکشی شود. در این مسیر استفاده از راهبرد مقابله‌ای

نتایج شکل ۱ و جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر مستقیم قربانی شدن قلدری سایبری بر راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی ($t=2/95, \beta=0/18, p<0/01$)، رفتارهای خودکشی ($t=9, \beta=0/45, p<0/01$) و خودزنی غیر خودکشی ($t=9/38, \beta=0/59, p<0/01$) راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی بر رفتارهای خودکشی ($t=2/87, \beta=0/14, p<0/01$) و خودزنی غیر خودکشی ($t=2/13, \beta=0/11, p<0/05$) اثر غیرمستقیم قربانی شدن قلدری سایبری بر رفتارهای خودکشی از طریق راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی معنادار است ($p<0/05$). با وجود این، اثر غیرمستقیم قربانی شدن قلدری سایبری بر خودزنی غیر خودکشی از طریق راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی معنادار نیست ($\beta=0/02, p>0/05$). در جدول ۳ شاخص‌های برازش گزارش شده است. بر اساس جدول ۳ شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم نشده، برازش افزایشی، برازش نسبی، نیکویی برازش و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب برای مدل برازش شده به ترتیب برابر $0/95, 351/50, 0/93, 0/94, 0/95, 0/92$ و $0/077$ بود. شاخص‌های برازش بزرگ‌تر از $0/90$ و قریب ریشه میانگین مجذورات کم‌تر از $0/08$ [۴۴] نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی تنظیم هیجان در رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی نوجوانان بود. نتایج مربوط به همبستگی بین متغیرهای پژوهش همسو با پژوهش‌های قبلی نشان داد که بین قربانی شدن قلدری سایبری با رفتارهای خودکشی [۱۰، ۱۲-۱۶] و خودزنی غیر خودکشی [۱۰، ۱۷-۲۱] رابطه وجود دارد. نتایج نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان با خودزنی غیر خودکشی [۲۵-۳۰] و رفتارهای خودکشی [۲۶، ۳۱-۳۴] مرتبط هستند. مشابه پژوهش‌های قبلی رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری و راهبردهای تنظیم هیجان [۳۵، ۳۶] تکرار شد. در نهایت نتایج پژوهش همسو با یافته‌های قبلی [۳۶] نشان داد که بین قربانی شدن قلدری و راهبرد ارزیابی مجدد رابطه وجود ندارد. نتایج مربوط به اثر مستقیم قربانی شدن قلدری سایبری بر راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی،

1 . Sampasa-Kanyinga
2 . integrated motivational-volitional model of suicide behavior

می‌تواند به کاهش خودزنی غیر خودکشی و رفتارهای خودکشی نوجوانان کمک کند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش مقطعی و توصیفی از نوع همبستگی بود که به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد، از این رو تبیین علت و معلولی بایستی با احتیاط انجام شود. به علاوه ممکن است نتایج آن به اندازه پژوهش‌های طولی دقیق نباشد. پژوهش حاضر در دوره همه‌گیری کرونا، به صورت آنلاین و با استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی انجام شده است؛ لذا نتایج پژوهش می‌تواند به دلایل مختلف از جمله سوگیری و تلاش برای مطلوبیت اجتماعی تحت تأثیر قرار گرفته باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه نوجوانان شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

- 1- Ye Z, Xiong F, Li W. A meta-analysis of co-occurrence of non-suicidal self-injury and suicide attempt: Implications for clinical intervention and future diagnosis. *Front Psychiatry*. 2022;13:976217.
- 2- Horváth LO, Gyóri D, Komáromy D, Mészáros G, Szentiványi D, Balázs J. Nonsuicidal self-injury and suicide: The role of life events in clinical and non-clinical populations of adolescents. *Front Psychiatry*. 2020;11:370.
- 3- Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí S, Pérez-Albéniz A, Debbané M. Risk and protective factors in adolescent suicidal behaviour: A network analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1784.
- 4- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54.
- 5- Hassanian-Moghaddam H, Zamani N. Suicide in Iran: The facts and the figures from nationwide reports. *Iran J Psychiatry*. 2017 Jan;12(1):73-7.
- 6- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC: *American Psychiatric Association*; 2022.

نادرست از جمله راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگاری مانند سرکوبی می‌تواند نقش مهمی در ایجاد رفتارهای خودکشی داشته باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی میانجی رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری و خودزنی غیر خودکشی نیست، بلکه قربانی شدن قلدری سایبری به‌طور مستقیم می‌تواند منجر خودزنی غیر خودکشی نوجوانان شود. این یافته همسو با پژوهش‌های قبلی نشان داد که بین قربانی شدن قلدری سایبری با خودزنی غیر خودکشی (۱۰، ۱۷-۲۱) رابطه وجود دارد. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت وقتی که نوجوانان با شرایط محیطی یا رویدادهای استرس‌زا مواجهه می‌شوند؛ ولی نمی‌توانند آن را به‌واسطه تجارب یا توانایی‌های موجود حل کنند احساس فشار جسمی و روان‌شناختی می‌کنند [۲۰]؛ به عبارت دیگر، ناتوانی نوجوانان قربانی قلدری سایبری در کنترل اعمال فرد قلدر می‌تواند منجر به احساس ناتوانی در فرد قربانی شود [۱۳]. در این شرایط آن‌ها ممکن است برای کاهش این فشار از رفتارهای ناسازگار مانند خودزنی غیر خودکشی استفاده کنند [۲۰]. طبق مدل اجتناب تجربه‌ای [۴۶] خودزنی غیر خودکشی رفتار یا راهبرد اجتنابی است که منجر به فرار یا اجتناب از تجارب هیجانی ناخواسته می‌شود و به سبب کاهش تجارب درونی ناخواسته به‌ویژه پاسخ‌های هیجانی به گونه منفی تقویت می‌شود. بر این اساس نوجوانان قربانی قلدری سایبری ممکن است برای کاهش تجارب درونی ناخواسته خود از جمله پاسخ‌های هیجانی از خودزنی غیر خودکشی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی و غیر مؤثر استفاده کنند. از سوی دیگر می‌توان گفت نوجوانانی که رویدادهای بین فردی منفی از جمله قلدری سایبری را تجربه می‌کنند، معمولاً از خودزنی غیر خودکشی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای رهایی از استرس یا تنش ناشی از تجارب دردناک و استرس‌زا استفاده می‌کنند [۱]. در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبرد تنظیم هیجان سرکوبی نقش مهمی در رابطه بین قربانی شدن سایبری و رفتارهای خودکشی بازی می‌کند، اما این راهبرد نقشی در رابطه بین قربانی شدن قلدری سایبری و خودزنی غیر خودکشی ندارد. قربانی شدن سایبری و سرکوب هیجان‌ها عناصر مهمی در طراحی، توسعه یا استفاده از مداخلات آموزشی و درمانی مناسب هستند؛ زیرا

- 17-Geng J, Wang J, Wang Y, Wang X, Lei L, Wang P. Relationship between cyberbullying victimization and non-suicidal self-injury: Roles of basic psychological needs satisfaction and self-compassion. *Soc Sci Comput Rev.* 2022.
- 18-Faura-Garcia J, Orue I, Calvete E. Cyberbullying victimization and nonsuicidal self-injury in adolescents: The role of maladaptive schemas and dispositional mindfulness. *Child Abuse Negl.* 2021;118:105135.
- 19-Lin S, Li Y, Sheng J, Wang L, Han Y, Yang X, Yu C, Chen J. Cybervictimization and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: A longitudinal moderated mediation model. *J Affect Disord.* 2023;329:470-6.
- 20-Wang Y, Chen A, Ni H. The relationship between cybervictimization and non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: A moderated-mediation model. *Front Psychol.* 2021;11:572100.
- 21-Yu C, Xie Q, Lin S, Liang Y, Wang G, Nie Y, Wang J, Longobardi C. Cyberbullying victimization and non-suicidal self-injurious behavior among Chinese adolescents: School engagement as a mediator and sensation seeking as a moderator. *Front Psychol.* 2020;11:572521.
- 22-Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychol Inq.* 2015;26:1-26.
- 23-Gross JJ. Handbook of emotion regulation. The Guilford Press; 2014.
- 24-Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):348-62.
- 25-Shahani S, Mansouri A, The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between borderline personality traits and non-suicidal self-injury in students. *Clinical Psychology and Personality.* 2023;21(1):33-42. [In Persian].
- 26-Brausch AM, Clapham RB, Littlefield AK. Identifying specific emotion regulation deficits that associate with nonsuicidal self-injury and suicide ideation in adolescents. *J Youth Adolesc.* 2022;51(3):556-69.
- 27-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;15:1451-63.
- 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. *J Neyshabur Univ Med Sci.* 2022;10(1):143-55. [In Persian].
- 8- Wang YJ, Li X, Ng CH, Xu DW, Hu S, Yuan TF. Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2022;46:101350.
- 9- azrafshan MR, Sharif F, Molazem Z, Mani A. Cultural concepts and themes of suicidal attempt among Iranian adolescents. *Int J High Risk Behav Addict.* 2015;4(1):e22589.
- 10-Azami MS, Taremian F. Victimization in traditional and cyberbullying as risk factors for substance use, self-harm and suicide attempts in high school students. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol.* 2020;8:101-9.
- 11-Patchin JW, Hinduja S. Measuring cyberbullying: Implications for research. *Aggress Violent Behav.* 2015;23:69-74.
- 12-Kim J, Walsh E, Pike K, Thompson EA. Cyberbullying and victimization and youth suicide risk: The buffering effects of school connectedness. *J Sch Nurs.* 2020;36(4):251-7.
- 13-Sampasa-Kanyinga H, Roumeliotis P, Xu H. Associations between cyberbullying and school bullying victimization and suicidal ideation, plans and attempts among Canadian schoolchildren. *PLoS One.* 2014;9(7):e102145.
- 14-Bai Q, Huang S, Hsueh F-H, Zhang T. Cyberbullying victimization and suicide ideation: A crumbled belief in a just world. *Comput Hum Behav.* 2021;120:106679.
- 15-Chang O, Xing J, Chang R, Ip P, Fong DY-T, Fan S, Ho RTH, Yip PSF. Online sexual exposure, cyberbullying victimization and suicidal ideation among Hong Kong adolescents: Moderating effects of gender and sexual orientation. *Psychiatry Research Communication.* 2021;1(2):100003.
- 16-Lee J, Chun J, Kim J, Lee J, Lee S. A social-ecological approach to understanding the relationship between cyberbullying victimization and suicidal ideation in South Korean adolescents: The moderating effect of school connectedness. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(20):10623.

- 37-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.
- 38-Hooman HA. Analysis of multivariate data in behavioral research. Peyke Farhang Publication; 2006. [In Persian].
- 39-Majdi F, Bolghan-Abadi M, Mansouri A, Akbarzadeh M, Khodabakhsh MR. The mediating role of anger rumination in the relationship between family functions and adolescent cyber bullying. *Med J Mashad Univ Med Sci*. 2021;64(2):2808-19. [In Persian].
- 40-Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001; 23(4):253-63.
- 41-Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*. 2001;8(4):443-54.
- 42-Ghalandarzadeh Z, Pournaghash Tehrani SS. The mediating role of psychological distress, reappraisal emotion-regulation strategy and suppression emotion-regulation strategy in the relationship between domestic violence and cognitive functions in female victims of violence. *Journal of Applied Psychological Research*. 2020;11(2):1-21.
- 43-Amini-Tehrani M, Nasiri M, Jalali T, Sadeghi R, Ghotbi A, Zamanian H. Validation and psychometric properties of Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) in Iran. *Asian J Psychiatr*. 2020;47:101856.
- 44-Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Sage; 2016.
- 45-O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018;373(1754):20170268.
- 46-Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther*. 2006;44(3):371-94.
- 28-Liao C, Gu X, Wang J, Li K, Wang X, Zhao M, Feng Z. The relation between neuroticism and non-suicidal self-injury behavior among college students: Multiple mediating effects of emotion regulation and depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2885.
- 29-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.
- 30-Robinson K, Garisch JA, Kingi T, Brocklesby M, O'Connell A, Langlands RL, Russell L, Wilson MS. Reciprocal risk: The longitudinal relationship between emotion regulation and non-suicidal self-injury in adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2019;47(2):325-32.
- 31-Ebrahimi G, Ghazanfari A, Mashhadizadeh S, Rahimi S. Modeling of 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). *Clinical Psychology and Personality*. 2023;21(1):95-102. [In Persian].
- 32-Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: A systematic review. *Arch Suicide Res*. 2022;26(4):1702-35.
- 33-Turton H, Berry K, Danquah A, Pratt D. The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behaviour: A systematic review. *J Affect Disord*. 2021;5:100136.
- 34-Swee G, Shochet I, Cockshaw W, Hides L. Emotion regulation as a risk factor for suicide ideation among adolescents and young adults: The mediating role of belongingness. *J Youth Adolesc*. 2020;49(11):2265-74.
- 35-Rey L, Neto F, Extremera N. Cyberbullying victimization and somatic complaints: A prospective examination of cognitive emotion regulation strategies as mediators. *Int J Clin Health Psychol*. 2020;20(2):135-9.
- 36-Vranjes I, Erreygers S, Vandebosch H, Baillien E, De Witte H. Patterns of cybervictimization and emotion regulation in adolescents and adults. *Aggress Behav*. 2018;44(6):647-57.

تجربه زیسته فرزندان افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر: یک بررسی کیفی

نویسندگان

مرضیه هاشمی^{*۱}

۱. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.
(نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر با اضطراب و نگرانی بیش از حد در مورد چند دامنه یا فعالیت مشخص می‌شود. تأثیرات والدین اضطرابی و به خصوص والد دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیرات مخربی بر فرزندان نشان دارد. در این پژوهش به بررسی تجربه زیسته فرزندان والدین دارای اختلال اضطراب فراگیر پرداخته شد.

روش: این پژوهش از نوع کیفی و پدیدارشناسی بود. شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۵ نفر از فرزندان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند که به صورت هدفمند و گلوله‌برفی از مراکز مشاوره شهر تهران انتخاب شدند. اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها با استفاده از روش هفت مرحله‌ای «کلایزی» مورد تفسیر قرار گرفت.

نتایج: چهار مضمون اصلی از مصاحبه‌ها استخراج شد که شامل شرایط زندگی، تأثیرات اضطراب والد بر زندگی فرد، فقدان مهارت‌های جرئت‌ورزی و تأثیرات روان‌شناختی بر فرد بود. شرایط زندگی دارای ۴ زیرمضمون زندگی سخت، پراسترس، تجربه خشم نسبت به والد و خستگی فراوان بود. تأثیرات اضطراب والد بر زندگی فرد شامل ۴ زیرمضمون تمایل به مهاجرت (جهت فرار)، همیشه در دسترس بودن جهت اطمینان‌دهی، گزارش‌دهی و عشق بود. فقدان مهارت‌های جرئت‌ورزی با ۳ زیرمضمون ناتوانی در نه گفتن، قبول مسئولیت‌های فوق تحمل فرد و توجه و تأکید بر نیازهای سایرین بود. تأثیرات روان‌شناختی اضطراب والد بر فرد با ۵ زیرمضمون کمال‌گرایی، اضطراب عملکرد/ اضطراب اجتماعی، اضطراب، فویبای رانندگی و سایر فویبای خاص و اعتماد به نفس و عزت‌نفس پایین بود.

بحث و نتیجه‌گیری: تأثیرات سوء اختلالات اضطرابی والدین می‌تواند سبب ایجاد مشکلات برای فرزندان شود که بررسی آن‌ها اهمیت بسیاری دارد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۱/۱۴

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۶/۰۷



کلیدواژه‌ها

اختلال اضطراب فراگیر، تجربه زیسته، فرزندان، کیفی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

m.hashemi2@khatam.ac.ir

مقدمه

قرار دارند [۱۶، ۱۷].

هم آسیب‌پذیری ژنتیکی نسبت به اضطراب و هم عوامل محیطی می‌تواند در ابتلای فرزند نقش داشته باشند [۱۸]. مدل‌های آسیب‌شناسی برای اختلالات اضطرابی دلالت بر نقش عوامل خطر چندگانه خانواده در پدیدآیی این اختلال دارند [۱۹]. اختلال اضطراب فراگیر نیز مانند سایر اختلالات اضطرابی در خانواده‌ها ایجاد می‌شود [۲۰، ۲۱]. وجود این اختلال در خانواده خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی/ درونی‌سازی را دو برابر و خطر وقوع اضطراب فراگیر را در سایر اعضای خانواده ۵ تا ۶ برابر افزایش می‌دهد [۱۶]. میراث ژنتیکی والدین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بخش قابل توجه اما متوسطی (۰.۲۸ تا ۰.۳) از آسیب‌شناسی روانی فرزندان را به خود اختصاص می‌دهد [۲۰، ۲۲، ۲۳]. به‌علاوه اعمال فرزندپروری خاص مانند مدل قرار دادن رفتار اضطرابی و کنترل بیش‌ازحد/ حمایت بیش‌ازحد در ایجاد اضطراب نقش دارند [۲۴]. تأثیرات محیطی می‌تواند توضیح دهنده واریانس باقی‌مانده برای انتقال اختلال اضطراب فراگیر باشد [۲۵]. به‌طوری‌که فرزندان یک الگوی کلی ترس/ اضطراب و اجتناب را در پاسخ به خطر بالقوه از والدین خود و از طریق اطلاعات کلامی و الگو قرار دادن والدین کسب می‌کنند. به‌علاوه والدین سبب ایجاد عکس‌العمل‌های توأم با ترس/ اضطراب در فرزندان می‌شوند. در نهایت اینکه انتقال بین‌نسلی نگرانی‌ها راهی برای مقابله با اجتناب تجربی از احساسات منفی قوی و ناتوانی در تحمل عدم اطمینان است. والدین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است درک خطرات بالقوه محیطی در فرزندان‌شان سوگیری ایجاد کنند و این کار را با دادن این پیام که دنیا امن نیست، عدم اطمینان غیرقابل تحمل است، از احساسات قوی می‌بایست دوری کرد، نگرانی به تو برای مقابله با عدم اطمینان کمک می‌کند، انجام دهند [۲۶].

آنچه سبب تمایز اختلال اضطراب فراگیر از سایر اختلالات اضطرابی می‌شود، نه تنها به علت ماهیت فراگیر بودن اضطراب است بلکه به علت شیوه خاصی است که این نگرانی شدید به‌وسیله پیش‌بینی خطرات احتمالی آتی تبیین می‌شود [۲۷، ۲۸]. به‌عبارت‌دیگر انتقال محیطی ترس/ اضطراب از والد به فرزند به‌خوبی توسط نظریه یادگیری اجتماعی بیان می‌شود [۲۹، ۳۰]. والدین دارای

اختلال اضطراب فراگیر با اضطراب و نگرانی بیش‌ازحد در مورد چند دامنه یا فعالیت مشخص می‌شود. فرد در این اختلال نشانه‌هایی مانند بی‌قراری، خستگی، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی یا خواب آشفته را نشان می‌دهد. این حالات برای اکثر روزها و ۶ ماه ادامه می‌یابد [۱]. این اختلال اختلالی مزمن است [۲]. به‌علاوه اختلالی شایع است و نرخ شیوع همه عمر حدود ۶ درصد را داراست [۳، ۴]. اختلال اضطراب فراگیر با مسائل مربوط به کیفیت زندگی و سلامت فرد ارتباط منفی معناداری دارد [۵، ۶]. این اختلال اختلالی شایع و ناتوان‌کننده است و با سایر اشکال اختلالات روانی ارتباط دارد [۷، ۸]. درحالی‌که اکثر اختلالات اضطرابی در اواخر کودکی شکل می‌گیرند، متوسط سن شروع این اختلال در بزرگسالی است [۹]. به‌علاوه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حداقل از یک اختلال روانی دیگر نیز رنج می‌برند، به‌ویژه سایر اختلالات اضطرابی، اختلال افسردگی اساسی و سوءمصرف مواد [۷، ۸، ۱۰].

شیوع این اختلالات جدی بر اهمیت درک عوامل ایجادکننده این اختلال و تأثیرات دارا بودن این اختلال بر سایر افراد مهم زندگی فرد به‌خصوص فرزندان تأکید دارد. مطابق با پژوهش‌ها اختلالات اضطرابی والدین یک عامل خطر برای ایجاد اختلالات اضطرابی برای فرزندان به حساب می‌آید [۱۱]. این فرزندان در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به انواع اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلالات اضطرابی هستند [۱۲، ۱۳]. به‌طوری‌که احتمال ابتلای فرزندان والدین اضطرابی هفت برابر بیشتر از فرزندان با والدین سالم از لحاظ روان‌شناختی است [۱۴]. مطابق با پژوهش‌ها این فرزندان در پاسخ به یک استرسور آزمایشگاهی شدید، واکنش استرسی تغییر یافته‌ای را نشان می‌دهند. بدین معنا که آن‌ها هنگام مواجهه با استرسور روان‌شناختی پاسخ خودکار و انعطاف‌پذیری کمتری نشان می‌دهند [۱۵]. به‌علاوه مطابق با پژوهش‌های فراتحلیل خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی فرزندان والدین اضطرابی بالا است. به‌طوری‌که این فرزندان به‌طور کلی در معرض خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی، آگروفوبیا، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پنیک، اختلال اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی و فوبیای خاص

سؤال اصلی انجام شد: تجربه زیسته فرزندان افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر چگونه بوده است؟

روش

نوع پژوهش

این پژوهش از نوع کیفی بود و بنا به این دلیل که متمرکز بر دیدگاه شخصی فرد از چگونگی زندگی با والد دارای اختلال اضطراب فراگیر بود از روش پدیدارشناسی توصیفی استفاده شد.

جامعه آماری و نمونه پژوهش

شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۵ نفر از فرزندان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند. یکی از والدین شرکت کنندگان در پژوهش بر اساس مصاحبه تشخیصی روانشناس بالینی و روان پزشک تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت کرده بودند. شرکت کنندگان افراد رجوع کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بودند که به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. در طی ارزیابی و مصاحبه بالینی طی جلسه اول روان درمانی با پرسش در خصوص ابتلای اعضای خانواده به اختلال روان شناختی مشخص شد یکی از والدین این افراد، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است و تشخیص روان پزشکی دارد. ملاک های ورود به پژوهش دارا بودن والد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

شیوه انجام پژوهش

شرکت افراد در این پژوهش کاملاً داوطلبانه و با رضایت کامل بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات محفوظ خواهد ماند و بعد از پیاده سازی و نوشتن کامل مصاحبه ها، محتوای ضبط شده پاک می شود. تعدادی از سؤالات مصاحبه به قرار زیر بود: ۱- زندگی با والد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را چگونه توصیف می کنید؟ ۲- اختلال والد چه تأثیراتی بر زندگی شما داشته است؟ ۳- اختلال والد شما چه تأثیراتی بر مسائل روانی شما گذاشته است؟

برای پاسخگویی شرکت کنندگان به سؤالات پژوهش زمان کافی در اختیار وی قرار گرفت تا فرد بتواند به راحتی و بدون استرس به بیان افکار و احساساتش بپردازد. در صورتی که شرکت کننده توضیحاتی ناقص ارائه می داد،

اختلال اضطراب فراگیر به صورت غیرمستقیم از طریق راه های کلامی و غیر کلامی ترس را به فرزندان خود منتقل می کنند. این والدین اضطراب شدید بالقوه را نسبت به محرک های تهدیدزا در زندگی روزانه تجربه و ابراز می کنند [۲۶]. شیوه دیگر انتقال، غیرکلامی و از طریق مشاهده عکس العمل والدین نسبت به محرک های مبهم است [۳۱]. این نوع از یادگیری مشاهده ای شیوه ای از یادگیری زود هنگام است و در اواخر سال اول زندگی ایجاد می شود [۳۲]. این نوع از یادگیری سبب می شود تا نوزاد از عکس العمل های دیگران در پاسخ به محرک ها برای ایجاد عکس العمل های خود نسبت به آن محرک ها استفاده کند [۲۶]. بنابراین همان گونه که اشاره شد والدین اضطرابی و به خصوص والد دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیرات مخربی بر فرزندان شان دارند. داشتن اختلالات اضطرابی و به طور خاص اختلال اضطراب فراگیر والد می تواند زمینه را برای ابتلا به انواع اختلالات روان شناختی و به خصوص اختلالات اضطرابی فراهم آورد. ارزیابی علائم اولیه اختلالات اضطرابی جهت سنجش و درمان های ابتدایی و برداشتن گام هایی جهت پیشگیری و روشن کردن عوامل خطر و عوامل حفاظتی بسیار مفید است. یکی از راه های رسیدن به این اهداف مطالعه جمعیتی است که در معرض خطر بالایی برای ابتلا به این اختلالات قرار دارند؛ بنابراین یک رویکرد برای این منظور می تواند بررسی مسیرهای رشدی و تجربه زیسته گروه هایی باشد که در معرض خطر بالایی قرار دارند و یکی از این گروه های در معرض خطر، فرزندان والدین مبتلا اختلال اضطراب فراگیر هستند.

جهت رسیدن به این منظور و ایجاد درکی سبب شناسانه از اختلالات اضطرابی که در یک بافت خانوادگی ایجاد شده اند، روش پژوهش کیفی و به خصوص رویکرد پدیدارشناسانه می تواند بسیار مفید واقع شود. از طرفی بررسی تجربه زیسته این فرزندان چه در زمان زندگی با این والدین و چه پس از آن و بررسی تأثیرات اختلال والد بر جنبه های مختلف روان و زندگی این فرزندان بسیار مهم می نماید. در این پژوهش کیفی که مطابق با روش پدیدارشناسی صورت گرفت تلاش شد تا به این هدف دست پیدا شود. انجام این پژوهش دیدی گسترده تر از میزان آسیب، نوع و تجربه فرزندان این گروه از افراد فراهم می آورد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این

دسته‌بندی معانی استخراج شده در قالب خوشه‌هایی از مضمون‌های اصلی می‌پردازد. در مرحله پنجم پژوهشگر تمامی مضمون‌های به‌دست آمده را تلفیق می‌کند و توصیفی جامع از پدیده مورد مطالعه ارائه می‌کند. در مرحله ششم توصیفی جامع از پدیده به‌صورت یک بیانیه صریح که دربرگیرنده مفاهیم پایه است، بیان می‌شود. در مرحله هفتم پژوهشگر به شرکت‌کنندگان رجوع می‌کند و نظر آن‌ها را می‌پرسد و در صورتی که اختلافی وجود داشته باشد، می‌بایست مصاحبه‌ها مجدداً بازخوانی شوند و معانی جدید استخراج شوند. این عمل بدین منظور انجام می‌شود که مشخص شود آیا توصیف جامع ارائه شده نکات اصلی تجربه‌کنندگان را در بر گرفته است یا خیر [۳۳].

برای دستیابی به روایی از روش مثلث‌سازی استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده از پژوهش با متخصصین دیگر در این حوزه در میان گذاشته شد و مضامین مورد بررسی قرار گرفت. سپس با مراجعه مجدد به شرکت‌کنندگان و درخواست برای بیان نظرات خود سعی شد از اعتبار و صحت پژوهش اطمینان حاصل شود.

پژوهشگر با پرسیدن سؤال او را ترغیب به بیان نکات کامل‌تر می‌کرد. شیوه پرسش نیز به‌گونه‌ای بود که جهت‌دهی به سخنان شرکت‌کننده داده نشود. برای پرسیدن سؤال از کلمات خود مراجع استفاده می‌شد. به‌علاوه طی مصاحبه نیز علاوه بر موارد کلامی به نشانه‌های غیرکلامی مانند حالات بدن و لحن نیز توجه می‌شد تا مطابقت حالات بدنی و لحن صدا با محتوای کلام و هیجانات ابراز شده موردبررسی قرار گیرند. مدت‌زمان هر مصاحبه نیز بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلایزی مورد تفسیر قرار گرفت. در مرحله اول که مرحله آشنایی است، پژوهشگر برای آشنایی کلی و مأنوس شدن با محتوای مصاحبه چندین بار آن را می‌خواند. در مرحله دوم جملات مهم مشخص می‌شود. در مرحله سوم پژوهشگر می‌کوشد تا با دقت معانی جملات را استخراج و آن‌ها را دسته‌بندی کند تا به درک دقیق‌تری از بیانات شرکت‌کننده دست یابد. در مرحله چهارم تمامی مراحل قبلی برای تمامی مصاحبه‌ها انجام می‌شود و پژوهشگر به

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان	جنس	سن	جایگاه تولد	تاهل	تحصیلات	شغل
۱	زن	۳۸	۱	متاهل	دکتر	استاد دانشگاه
۲	زن	۳۱	۳	متاهل	فوق لیسانس	معلم
۳	مرد	۳۸	۳	متاهل	دیپلم	کارگر
۴	زن	۳۶	۲	مجرد	دانشجوی دکتر	مدرس دانشگاه
۵	زن	۴۸	۱	مجرد	دیپلم	راننده
۶	زن	۴۲	۲	متاهل	لیسانس	خانه‌دار
۷	زن	۳۰	۱	متاهل	لیسانس	کارمند
۸	مرد	۵۵	۱	متاهل	دیپلم	کارمند
۹	مرد	۵۱	۳	متاهل	لیسانس	کارمند
۱۰	زن	۳۳	۱	متاهل	لیسانس	خانه‌دار
۱۱	مرد	۳۰	۲	متاهل	لیسانس	کارمند
۱۲	زن	۵۴	۶	متاهل	دیپلم	معلم بازنشسته
۱۳	زن	۳۰	۱	متاهل	فوق لیسانس	خانه‌دار
۱۴	زن	۳۲	۱	متاهل	دیپلم	خانه‌دار
۱۵	زن	۵۵	۲	متاهل	دیپلم	خانه‌دار

نتایج

نفر مجرد بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است. یافته‌های حاصل از تجربه زیسته فرزندان والدین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در قالب مضمون‌های اصلی و زیرمضمون‌ها در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۵ نفر بودند. چهار نفر از این افراد مرد و مابقی زن بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۰ تا ۵۵ سال بود. میزان تحصیلات ۲ نفر دکترا، ۲ نفر فوق لیسانس، ۴ نفر لیسانس و ۷ نفر دیپلم بود. از نظر وضعیت تاهل، ۱۲ نفر متأهل و ۳

جدول ۲. تجربه زیسته فرزندان والدین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مضمون اصلی	زیر مضمون‌ها
شرایط زندگی	سخت پراسترس تجربه خشم نسبت به والد خستگی
تأثیرات اضطراب والد بر زندگی فرد	تمایل به مهاجرت (جهت فرار) همیشه در دسترس بودن جهت اطمینان‌دهی گزارش‌دهی عشق
فقدان مهارت‌های جرئت‌ورزی	ناتوانی در نه گفتن قبول مسئولیت‌های فوق تحمل فرد توجه و تأکید بر نیازهای سایرین
تأثیرات روان‌شناختی اضطراب والد بر فرد	کمال‌گرایی اضطراب عملکرد/ اضطراب اجتماعی اضطراب فوبیای رانندگی و سایر فوبیاهای خاص اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس پایین

زندگی با یک والد دارای اختلال اضطراب فراگیر یک زندگی پراسترس است؛ مثلاً شرکت‌کننده یازده این چنین تجربه خود را بیان کرد: «شما مرتب در حال استرسی، از اینکه یک وقت گوشیت خاموش بشه یا در دسترس نباشی. اون وقته که باید خودتو آماده همه چیز کنی، یک وقت می‌بینی پدرت با لباس خونه دم در تسبیح به دست منتظرته».

۳- تجربه خشم نسبت به والد: فرزندان این والدین یک زندگی پر از خشم تجربه می‌کنند. شرکت‌کننده پنج، تجربه‌اش را این چنین توصیف کرد: «بعضی وقت‌ها انقدر عصبانی میشم از دستش که سرمو می‌خوام بکوبونم به دیوار. آخه مادر من بس نیست. من ۴۸ سالمه و هنوز دست از سر من بر نمی‌داری؟!».

مضامین اصلی در این پژوهش بدین قرارند:

الف) شرایط زندگی که دارای زیرمضمون‌هایی به قرار زیر است:

۱- زندگی سخت: شرکت‌کنندگان زندگی با یک والد دارای اختلال اضطراب فراگیر را زندگی سختی توصیف کردند؛ به‌عنوان مثال شرکت‌کننده شماره یک بیان کرد: «زندگی با یک مادر مضطرب بسیار سخت است. شما در هر لحظه می‌بایست پاسخگو باشید و انواع و اقسام احساسات را تجربه کنید و دم بر نیاورید». یا شرکت‌کننده دو چنین گفت: «من واقعاً خسته شدم. طی ۳۱ سال زندگی واقعاً عذاب کشیدم و دیگر تحمل ندارم».

۲- پراسترس: شرکت‌کنندگان گزارش کردند که

پ) فقدان مهارت‌های جرئت‌ورزی که دارای زیرمضمون‌هایی به قرار زیر است:

۱- ناتوانی در نه گفتن: ناتوانی در نه گفتن و فقدان مهارت‌های جرئت‌ورزی در شرکت‌کنندگان دیده می‌شود. شرکت‌کننده سیزده چنین گفت: «بعضی وقت‌ها احساس می‌کنم که نمی‌تونم یه نه بگم. خوب البته می‌دونم که همش تقصیر بابامه. هیچ‌وقت نمی‌شه چیزی که ازت می‌خواد و رد کنی».

۲- قبول مسئولیت‌های فوق‌تحمیل فرد: افراد مسئولیت‌ها و کارهایی را فراتر از تحمل خود به‌دوش می‌کشند؛ مثلاً شرکت‌کننده هشت چنین گفت: «من الان ۵۵ سالمه و هنوزم مثل قدیم خیلی کار از خودم می‌کشم به خاطر آدم‌های دیگه. این کاریه که از قدیم می‌کردم. تمام جوانیم کار کردم به‌خاطر خانواده‌ام و مرتب نگرانشون بودم. از بس هوای مادرم رو داشتم که نکنه نارحت بشه، نکنه یه طورش بشه، الانم همینم». یا شرکت‌کننده دو گفت: «واقعا نمی‌دونم چرا این همه بی‌رحمانه با من رفتار می‌کنند؟ سر کارم از همه بیشتر من کار می‌کنم و تمام مسئولیت‌ها رو روی دوش من می‌ندازن».

۳- توجه و تأکید بر نیازهای سایرین: شرکت‌کنندگان گزارش کردند که مرتب نیازها و خواسته‌های خود را فدای نیازها و خواسته‌های دیگران می‌کنند. شرکت‌کننده شش چنین گفت: «من از بچگی دیگه عادت کردم خودم رو نبینم آنقدر که حواسم به مامانم بود. الانم همینه شوهرم خیلی رفیق بازه. مرتب ما مهمون داریم و من نمی‌تونم بهش بگم بسه دیگه بابا خسته شدم. واقعا نیاز به تنهایی دارم».

ت) تأثیرات روان‌شناختی اضطراب والد بر فرد بود که دارای زیرمضمون‌هایی به قرار زیر است:

۱- کمال‌گرایی: شرکت‌کنندگان گزارش کردند که کمال‌گرایی مسئله‌ای است که ناشی از اختلال والد است و از آن رنج می‌برند؛ مثلاً شرکت‌کننده هفت بیان کرد: «شما هیچ وقت نباید کاری می‌کردید که مادرت نگران بشه. همه چیز اونو نگران می‌کرد. پس باید بی‌عیب و نقص می‌بودی. این عالی و بی‌عیب و نقص بودن چیزیه که الانم با منه. مرتب کارهامو به تعویق می‌ندازم تا مطمئن بشم همه چیز درسته».

۲- اضطراب عملکرد/ اضطراب اجتماعی: اضطراب

۴- خستگی فراوان زیرمضمون دیگر بود. شرکت‌کننده شماره چهار چنین گفت: «وقتی مرتب بخوای گزارش بدی، همیشه در دسترس باشی، یک جا با خیال راحت بتونی بری یا یک روز تعطیل با خیال راحت بتونی بخوابی واقعاً آدمو بدجور خسته می‌کند».

ب) تأثیرات اضطراب والد بر زندگی فرد که دارای زیرمضمون‌هایی به قرار زیر است:

۱- تمایل به مهاجرت (جهت فرار): شرکت‌کنندگان جهت فرار از مشکلات ناشی از اختلال والد خود تمایل به مهاجرت داشتند. به‌عنوان مثال: «شرکت‌کننده پانزده چنین گفت: «الآن از من گذشته که بخوام برم خارج ولی دوست دارم فرار کنم. دوست دارم جایی برم که هیچ‌کس رو نبینم. دوست دارم برم شمال زندگی کنم. تلفنم رو خاموش کنم، هیچ‌کس هم ندونه که کجا هستم».

۲- همیشه در دسترس بودن جهت اطمینان‌دهی: شرکت‌کنندگان گزارش کردند که می‌بایست همیشه در هر زمانی در دسترس باشند و این مسائل زیادی برای آن‌ها ایجاد کرده است. شرکت‌کننده شماره سه چنین گفت: «واقعا از دوستانم خجالت می‌کشم. مرتب باید در دسترس باشم. روزی چندین بار مادرم به من زنگ می‌زنه و اگر جواب ندم خدا به داد برسه».

۳- گزارش‌دهی به والد: شرکت‌کنندگان اعلام کردند که در خصوص موضوعات مختلف می‌بایست به والد خود گزارش دهند؛ مثلاً شرکت‌کننده ده چنین گفت: «شما باید گزارش همه چیز رو به مادرت بدی. خیلی وقت‌ها احساس می‌کنیم زیر همه این نگرانی‌ها یک فضولی و کنترل‌گری وجود دارد. اگر نه چرا تو باید همه چیز رو بدونی؟!».

۴- عشق: شرکت‌کنندگان به‌خصوص در دوران کودکی رفتار والد خود را نشانه‌ای مبنی بر عشق او می‌دانستند؛ مثلاً شرکت‌کننده هشت چنین گفت: «من عاشق مادرم هستم و می‌دونم تمام این کارهاش از عشقش به منه. اگر براش مهم نبودم اصلاً نگرانم نمی‌شه» یا شرکت‌کننده سه چنین گفت: «همیشه تو مدرسه افتخار می‌کردم که مامانم انقد منو دوست داره و از من محافظت می‌کند. من همیشه سر زنگ غذا، غذای داشتم و زنگ‌های تفریح، میان‌وعده داشتم؛ این درحالی بود که بقیه بچه‌ها مادرانشون کاری به کارشون نداشتند».

عمیقی بر شرایط زندگی افراد شده بود و شرکت کنندگان در مواجهه با شرایط پیش رو احساسات منفی بسیاری را تجربه کرده بودند. به عبارت دیگر گویی دریافت پی‌درپی پیام خطر از جانب والد و انجام اقدامات لازم برای مواجهه با شرایط خطرناک فرزندان را دچار خستگی روانی کرده است. نکته دیگر در این بخش تحمل این شرایط توسط فرزندان است که به علت شرایط اضطرابی والد، خود را مجبور به تحمل شرایط می‌دانند و این شرایط را علی‌رغم خواست خود تاب می‌آورند. گویی این حالت به صورت امری زنجیره‌وار از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. پژوهشگر به پژوهشی که شرایط زندگی فرزندان را به صورت کیفی با والد دارای اختلال اضطراب مورد بررسی قرار داده باشد، برخورد. عمدتاً پژوهش‌های صورت‌گرفته به بررسی تأثیرات روان‌شناختی اضطراب والد بر فرزندان پرداخته‌اند و به بررسی تجربیات زیسته افراد و به خصوص چگونگی تأثیر اضطراب والد بر شرایط زندگی پرداخته نشده است.

مضمون اصلی دیگر تأثیرات اضطراب والد بر زندگی فرد بود که شامل تمایل به مهاجرت (جهت فرار)، همیشه دردسترس بودن جهت اطمینان‌دهی، گزارش‌دهی به والد و عشق بود. فشار روانی زیادی که اختلال والد طی دوران زندگی برای فرد ایجاد کرده است، تمایل به رهایی از شرایط موجود را در شرکت کنندگان بسیار زیاد کرده بود. به طوری که شرکت کنندگان تمایل به مهاجرت برای رهایی از شرایط موجود را گزارش کردند. همیشه دردسترس بودن جهت اطمینان‌دهی و گزارش‌دهی به والد نیز برگرفته از اضطراب شدید و آگاهی یافتن او از این نکته است که اطمینان یابد تا خطری قریب‌الوقوع فرزندش را تهدید نمی‌کند و این علی‌رغم بالا بودن سن فرزندان نیز ادامه یافته بود. به این دلیل که این والدین خطرات بالقوه محیطی را بیش‌برآورد می‌کنند و عدم اطمینان را غیرقابل تحمل می‌دانند می‌بایست در هر شرایطی از وضعیت فرزندان خود آگاهی داشته باشند. این یافته‌ها هم‌راستا با پژوهش‌های صورت گرفته در این خصوص است [۲۶-۳۰]. از سوی دیگر شرکت کنندگان اشاره به دریافت عشق از والد خود کردند. گویی این چنین در تجربه زیسته فرزندان نقش بسته شده است که تمامی شرایطی که در حال تحمل آن هستند نشئت گرفته از عشق والد و تمایل او برای محافظت و مراقبت از آنان است.

عملکرد بالا مشکلی بود که شرکت کنندگان با آن مواجه بودند. شرکت کننده چهار چنین تجربه خود را بیان کرد: «من همیشه نگرانم که خوب باشم و مرتب از خواهر بزرگ‌ترم تأیید می‌خوام. یادمه وقتی بهم گفتن که به عنوان استاد حق التدریس برای دانشگاه انتخاب شدی تا چند روز از اضطراب خوابم نمی‌برد. همش می‌ترسیدم خوب نباشم».

۳- فوبیای رانندگی و سایر فوبیای خاص

مسئله‌ای بود که در شرکت کنندگان دیده می‌شد. شرکت کننده یک چنین گفت: «من واقعا برای خودم متأسفم. من استاد دانشگاهم و الان هفده ساله که گواهی‌نامه‌ام را گرفتم. جالب اینکه همون بار اول هم قبول شدم و همه می‌گن خیلی خوب رانندگی می‌کنی ولی از رانندگی بی‌نهایت می‌ترسم. هر وقت بخوام رانندگی کنم چهره نگران مادرم میاد جلوی چشمم».

۴- اعتماد به نفس و عزت نفس پایین: شرکت کنندگان اعلام کردند که اعتماد به نفس و عزت نفس پایینی دارند و این نشئت گرفته از پیام‌های والد آن‌هاست. شرکت کننده چهارده چنین گفت: «همیشه هر وقت می‌خواستم کاری کنم مامانم می‌گفت نمی‌تونی. حتی یادمه تا ۱۸ سالگی نمی‌داشت من یه غذا برای خودم داغ کنم. می‌گفت می‌سوزی تو نمی‌تونی. الانم فکر می‌کنم من عرضه انجام هیچ کاری رو ندارم».

۵- اضطراب: شرکت کنندگان سطوح بالای اضطراب را گزارش کردند؛ مثلاً شرکت کننده دوازده چنین گفت: «من نگران همه چیزم. به خصوص دخترم. متوجه‌ام که همش به خاطر اضطراب‌های مامانمه. خیلی رو من تأثیر بدی گذاشت».

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی تجربه زیسته فرزندان افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر پرداخته شد. چهار مضمون اصلی از مصاحبه‌ها استخراج شد. این مضامین اصلی شامل شرایط زندگی، تأثیرات اضطراب والد بر زندگی فرد، فقدان مهارت‌های جرئت‌ورزی و تأثیرات روان‌شناختی اضطراب والد بر فرد بود.

اولین مضمون اصلی شرایط زندگی بود که دارای ۴ زیرمضمون زندگی سخت، پراسترس، تجربه خشم نسبت به والد و خستگی فراوان بود. اضطراب والد باعث تأثیرات

همان‌گونه که بیان شد تأثیرات سوء اختلالات اضطرابی والدین می‌تواند سبب ایجاد مشکلات و شرایط سختی برای فرزندان شود که فقط در حوزه اختلالات روانی قرار نمی‌گیرد. افراد شرایطی را طی دوران زندگی خود تجربه می‌کنند که بررسی آن‌ها اهمیت بسیاری دارد. به‌همین دلیل پیشنهاد می‌شود چنین پژوهش‌هایی برای سایر اختلالات روانی و سایر روش‌های کیفی صورت گیرد؛ چراکه انجام پژوهش‌های این چنین برای متخصصان سلامت روانی دیدی کامل از عوامل سبب‌شناسانه و ایجاد طرح درمانی مناسب ایجاد می‌کند. به‌علاوه می‌توان در آموزش‌های فرزندپروری به اهمیت دارا بودن سلامت روان والد و تأثیرات سوء اختلالات روانی والد بر کودک تأکید کرد و آن را در آموزش‌های فرزندپروری لحاظ نمود.

تمامی ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است. از جمله اینکه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات محفوظ خواهد ماند و بعد از پیاده‌سازی و نوشتن کامل مصاحبه‌ها، محتوای ضبط شده پاک می‌شود و در هر زمانی که مایل باشند می‌توانند از شرکت در پژوهش خودداری کنند و تمامی اطلاعات مربوط به آن‌ها محرمانه و بدون ذکر نام و مشخصات باقی خواهد ماند. نتایج این پژوهش می‌تواند برای درمانگران دیدی وسیع‌تر و عمیق‌تر از چگونگی تجربه مراجعین فراهم آورد. به‌علاوه نتایج این پژوهش می‌تواند گامی هر چند کوچک در تبیین سبب‌شناسی اختلالات روان‌شناختی و به خصوص اختلالات اضطرابی باشد بنابراین از نتایج آن می‌توان جهت مفهوم‌پردازی مسائل روان‌شناختی مراجعان نیز استفاده نمود.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی به شرح ذیل است. از آنجا که این پژوهش در تهران و در طبقه اجتماعی-اقتصادی متوسط صورت گرفت که ممکن است در سایر مناطق جغرافیایی و طبقات اجتماعی-اقتصادی بیان کاملی از تجارب زیسته در این خصوص نباشد. جهت گردآوری اطلاعات در این پژوهش از مصاحبه با استفاده از تماس تصویری (به‌علت شیوع همه‌گیری کرونا) استفاده شد؛ بنابراین ممکن است در جریان گردآوری اطلاعات به علت عدم انجام مصاحبه چهره‌به‌چهره مواردی از نظر پژوهشگر

مضمون اصلی دیگر فقدان مهارت‌های جرئت‌ورزی با ۳ زیرمضمون ناتوانی در نه گفتن، قبول مسئولیت‌های فوق تحمل فرد و توجه و تأکید بر نیازهای سایرین بود. گویی فرزندان والد دارای اختلال اضطراب فراگیر به این دلیل که همیشه جزئی از اضطراب‌های او بوده‌اند و مسئولیت آرام‌سازی والد را بر عهده داشته‌اند. این نقش را تا دوران بزرگسالی نیز ادامه می‌دهند. مسئله‌ای که در تمامی دوران کودکی و نوجوانی او رخ داده است، این بوده که گویی جای او و والد عوض شده بوده است و او مسئولیت آرام‌سازی والد را برعهده داشته است. چنین مسئله‌ای خود را به‌خوبی در زیرمضمون‌های به دست آمده نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود: فرد مسئولیت‌هایی را خارج از تحمل خود می‌پذیرد و به جای توجه داشتن بر نیازهای خود بر نیازهای دیگران توجه و تأکید دارد. چنین فردی توانایی نه گفتن نیز به دیگران ندارد؛ چون هرگونه ابراز وجود و جرئت‌ورزی احتمالاً امری همراه با خطر قریب‌الوقوع تداعی می‌شود. به‌طوری که فرزندان به علت دارا بودن یک الگوی کلی ترس و اضطراب و اجتناب در پاسخ به خطر بالقوه همواره والدین خود را الگو قرار می‌دهند که این مطلب نیز هم‌راستا با پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه است [۲۶، ۳۱، ۳۲].

مضمون اصلی دیگر تأثیرات روان‌شناختی اضطراب والد بر فرد با ۵ زیرمضمون کمال‌گرایی، اضطراب عملکرد، اضطراب اجتماعی، فویبای راندگی و سایر فویبای خاص، اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس پایین و اضطراب بود. این یافته هم‌راستا با پژوهش‌های بسیاری در این زمینه است [۱۰، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۲۰-۲۴]. به‌عبارت‌دیگر والد دارای اختلال اضطراب فراگیر به علت کم‌برآورد کردن توانمندی فرزندش در مقابله با خطرات احتمالی و بیش‌برآورد کردن خطر، زمینه را برای ابتلای فرزند خود به انواع و اقسام اختلالات اضطرابی فراهم می‌آورد. به‌علاوه چون این والد مرتب به فرزندش پیغام «تو ناتوانی» را می‌دهد و مانع از انجام مستقلانه امور توسط خود او می‌شود، سبب کاهش شدید اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس در فرزندش می‌شود. کمال‌گرایی و اضطراب عملکرد دو مکانیسم دفاعی برای جبران این پیام «من ناتوانم» می‌تواند عمل نماید. فرد می‌کوشد تا میزان اشتباهات خود را به کمترین میزان ممکن تقلیل دهد تا خطری او را تهدید نکند.

- 8- Beesdo-Baum K. Phenomenology of generalized anxiety disorder. In: Simon NM, Hollander E, Rothbaum BO, Stein DJ, editors. Anxiety, trauma and OCD-related disorders. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2020. p. 161-75. 9.
- 9- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602. 10.
- 10-Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June Ruan W, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med*. 2005;35:1747-59
- 11-Hirshfeld-Becker DR, Micco JA, Simoes NA, Henin A. High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. In American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics 2008 May 15 (Vol. 148, No. 2, pp. 99-117). Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc. A Wiley Company.
- 12-Quagliato LA, de Matos UM, Nardi AE. Lifetime psychopathology in the offspring of parents with anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2022 Sep 26.
- 13-Lawrence PJ, Murayama K, Creswell C. Systematic review and meta-analysis: anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019 Jan 1;58(1):46-60.
- 14-Turner SM, Beidel DC, Costello A. Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1987 Apr;55(2):229.
- 15-Koszycki D, Taljaard M, Bielajew C, Gow RM, Bradwejn J. Stress reactivity in healthy child offspring of parents with anxiety disorders. *Psychiatry Research*. 2019 Feb 1;272:756-64.
- 16-Micco JA, Henin A, Mick E, Kim S, Hopkins CA, Biederman J, Hirshfeld-Becker DR. Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*. 2009 Dec 1;23(8):1158-64.

مغفول مانده باشد. پیشنهاد می‌شود از نتایج این پژوهش برای ارزیابی و درمان دقیق‌تر مراجعان استفاده گردد. به‌علاوه مطابق با نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود با درمان زودهنگام افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی از وارد آمدن تأثیرات سوء این اختلال بر فرزندان و جلوگیری از ابتلای آن‌ها به اختلالات اضطرابی پیشگیری کرد.

سپاسگزاری

در پایان پژوهشگر بر خود می‌داند از تمامی عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند و تجارب خود را به اشتراک گذاشتند کمال تشکر و قدردانی را به‌عمل آورد.

منابع

- 1- American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA. 2013.
- 2- Eilert N, Enrique A, Wogan R, Mooney O, Timulak L, Richards D. The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*. 2021 Feb;38(2):196-219.
- 3- Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2015 Sep;17(3):327.
- 4- Remes O, Brayne C, Van Der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*. 2016 Jul;6(7):e00497.
- 5- Olatunji, B. O. Cisler, J. M. & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- 6- Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, Lonnqvist J. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British journal of psychiatry*. 2007 Apr;190(4):326-32.
- 7- Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression Anxiety*. 2002;16:162-71. 8.

- 25-Olsson A, Phelps EA. Social learning of fear. *Nature neuroscience*. 2007 Sep;10(9):1095-102.
- 26-Aktar E, Nikolić M, Bögels SM. Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017 Jun;19(2):137.
- 27-Andrews G, Hobbs MJ. The effect of the draft DSM-5 criteria for GAD on prevalence and severity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010 Sep;44(9):784-90.
- 28-Hudson JL, Rapee RM. From Anxious Temperament to Disorder: An Etiological Model.
- 29-Rachman S. The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour research and therapy*. 1977 Jan 1;15(5):375-87.
- 30-Drake KL, Ginsburg GS. Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review*. 2012 Jun;15(2):144-62.
- 31-Askew C, Field AP. The vicarious learning pathway to fear 40 years on. *Clinical psychology review*. 2008 Oct 1;28(7):1249-65.
- 32-Aktar E, Majdandžić M, de Vente W, Bögels SM. The interplay between expressed parental anxiety and infant behavioural inhibition predicts infant avoidance in a social referencing paradigm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013 Feb;54(2):144-56.
- 33-F. Morrow R, Rodriguez A, King N. Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The psychologist*. 2015;28(8):643-4.
- 17-Lawrence PJ, Murayama K, Creswell C. Systematic review and meta-analysis: anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019 Jan 1;58(1):46-60.
- 18-McAdams TA, Neiderhiser JM, Rijdsdijk FV, Narusyte J, Lichtenstein P, Eley TC. Accounting for genetic and environmental confounds in associations between parent and child characteristics: a systematic review of children-of-twins studies. *Psychological bulletin*. 2014 Jul;140(4):1138.
- 19-Hirshfeld-Becker DR, Micco JA, Simoes NA, Henin A. High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* 2008 May 15 (Vol. 148, No. 2, pp. 99-117). Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc. A Wiley Company.
- 20- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2001 Oct 1;158(10):1568-78.
- 21-Thapar A, McGuffin P. Are anxiety symptoms in childhood heritable? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1995 Mar;36(3):439-47.
- 22- Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*. 2005 Feb 1;62(2):182-9.
- 23-Scherrer JF, True WR, Xian H, Lyons MJ, Eisen SA, Goldberg J, Lin N, Tsuang MT. Evidence for genetic influences common and specific to symptoms of generalized anxiety and panic. *Journal of affective disorders*. 2000 Jan 1;57(1-3):25-35.
- 24- Noyes Jr R, Clarkson C, Crowe RR, Yates WR, McChesney CM. A family study of generalized anxiety disorder. *The American journal of psychiatry*. 1987 Aug 1;144(8):1019-24.

اعتباریابی و رواسازی شاخص واکنش‌پذیری عاطفی (ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر)

نویسندگان

سمیه زارع‌نژاد^۱، سکینه سلطانی کوهبنانی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. zarenehadsomaye@gmail.com

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: در دوران کودکی یکی از عناصر مهم زمینه‌ساز مشکلات رفتاری و هیجانی خلق‌وخو است. هدف از پژوهش حاضر اعتباریابی و رواسازی شاخص واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر در شهر مشهد بود. **روش:** روش پژوهش از نوع پیمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۳۰۰ نفر از والدین و دانش‌آموزان پسر ۸ تا ۱۵ ساله شهر مشهد، مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق‌اخلاق گر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره فعال در زمینه کودک و نوجوان در شهر مشهد بود که بر اساس مصاحبه بالینی و مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته K-SADS-PL (۲۰۱۶) توسط روان‌شناس بالینی تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق‌اخلاق گر را دریافت نموده که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه واکنش‌پذیری عاطفی بالینی (ارزیابی تحریک‌پذیری) پاسخ دادند.

نتایج: جهت بررسی پایایی با استفاده از نرم‌افزار SPSS، به روش آمیخته (کیفی - کمی) از روش همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ و بازآزمایی جهت بررسی روایی سازه از نرم‌افزار Lisrel از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و جهت بررسی روایی همگرا از روش شاخص روایی همگرا (AVE) استفاده شد. مقادیر آلفای کرونباخ برای کل ارزیابی بالینی واکنش‌پذیری عاطفی برابر با ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس‌های طغیان خلق، خلق‌وخوی تحریک‌پذیر و آسیب‌پذیری به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۶۳، ۰/۷۲ و نتایج بازآزمایی برابر با ۰/۷۳ به دست آمد. نتایج اجرای تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که ساختار ۳ عاملی مقیاس ارزیابی بالینی خلق و تحریک‌پذیری از برازش مناسبی برخوردار است. (df=۱۲۷، RMSEA=۰/۰۵۹، AGFI=۰/۹۳، GFI=۰/۹۶، JFI=۰/۹۳، CFI=۰/۹۱، NNFI=۰/۹۰، NFI=۰/۹۲). ($X^2/df=۲/۸۵$ ، $X^2=۳۶۲/۰۸$)

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که پرسشنامه ارزیابی بالینی واکنش‌پذیری عاطفی ابزاری مناسب جهت ارزیابی اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال‌گرانه کودکان خواهد بود و ابزاری معتبر و روا در ایران است.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۱/۲۵

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۷/۱۲



کلیدواژه‌ها

خلق‌وخو، بی‌نظمی خلقی اختلال‌گرانه، تحریک‌پذیری، ویژگی‌های روان‌سنجی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

s.soltani@um.ac.ir

مقدمه

یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین دوران‌های زندگی هر فرد، دوران کودکی است؛ زیرا شخصیت فرد در همین دوران شکل می‌گیرد. خلق و خوی کودک مؤلفه‌ای کلیدی است که بر سازگاری مثبت آن‌ها در سال‌های نخستین کودک تأثیر مهمی دارد و شامل مجموعه‌ای از احساسات زودگذر خواهد بود که بادوام‌تر از هیجان است [۱]. خلق و خو در دوران کودکی از عناصر ضروری تعیین‌کننده مشکلات رفتاری و هیجانی است. مشکلات رفتاری و هیجانی که بیشترین شکل آسیب‌شناسی روانی کودک را تشکیل می‌دهد، به ویژگی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های رفتاری و هیجانی کودک بر سازگاری فردی در محیط، روابط اجتماعی، عملکرد تحصیلی و مراقبت از خود تأثیر می‌گذارد [۱].

خلق و خو اصطلاحی است که برای بیان تفاوت‌های فردی در عادات و مهارت‌های ادراکی به کار می‌رود و مراکز تنظیم آن عمدتاً در استریاتوم، آمیدال، هیپوتالاموس و قسمت‌های دیگر سیستم لیمبیک قرار دارد. در تعریفی دیگر، خلق و خو به ایجاد اولین تنوع و تغییرات در واکنش‌های هیجانی اشاره دارد. ثبات فراوانی از مشخصات خلق و خویی و اثرات بارز عوامل محیطی و ژنتیکی در مطالعات مرتبط با اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی همواره مورد توجه قرار گرفته است [۳].

خلق و خو بر سازگاری اجتماعی، ایجاد رفتار پرخاشگرانه و حتی مسائل شناختی تأثیر می‌گذارد. همواره در مطالعات به اثبات رسیده است، خلق و خویی که بر اثر تجارب منفی و هیجان ایجاد می‌شود و هم‌چنین عدم بازداری و کنترل ضعیف بر خلق، با اختلالات روان‌پزشکی مرتبط هستند [۳]. خلق و خوی کودک را می‌توان به‌عنوان یکی از عناصر خطر در بروز و پیشروی اختلال «بی‌نظمی خلقی اختلال گرانه»^۱ (DMDD) دانست. اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال گرانه در DSM-5 به‌عنوان یک اختلال خلقی است که با تحریک‌پذیری شدید، مزمن و طغیان‌های مکرر خلقی معرفی شده است که با سطح رشد کودک متناقض است و شروع این اختلال در کودکان باید قبل از ده‌سالگی باشد و این تشخیص در مورد کودکانی که سن رشدی کمتر از ۶ سال دارند نباید نسبت داده شود [۴].

در اواسط دهه ۲۰۰۰ توسط «کالگس و لیبنلافت» برای اولین بار این اختلال به‌عنوان سندرم بی‌نظمی شدید خلق و خو با روحیه تحریک‌پذیری شدید و تندخو معرفی شد. میزان شیوع DMDD در کودکان بیشتر از نوجوانان مشاهده می‌شود و سن شروع آن از ۱۲ سال به ۱۰ سال کاهش پیدا کرده است [۵].

تعیین تعداد رفتارهای غیرطبیعی گامی مهم در شناسایی این اختلال در دوره‌های سنی پیش‌دبستانی، کودکی، نوجوانی است؛ برای مثال در تشخیص این اختلال شناسایی آستانه سندرم بسیار ضروری است و منظور از آستانه سندرم تعیین رفتارهایی که در محیط زندگی واقعی کودک انجام می‌شود که به‌منظور تشخیص این اختلال در کودکان و نوجوانان باید در کاربردهای بالینی مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد [۶].

درحالی‌که در بسیاری از کودکان کج‌خلقی شایع است، اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال گرانه فراتر از رفتارهای طبیعی کودک است. طغیان‌های عصبی که کودک تجربه می‌کند بسیار سخت و شدید است و می‌تواند در بسیاری از جنبه‌های زندگی کودک منجر به اختلال چشمگیر در او شود. این طغیان‌ها برای محدوده سنی کودک غیرطبیعی و نامناسب هستند و به‌طور متوسط هفته‌ای سه بار رخ می‌دهند که در فواصل این طغیان‌ها، کودک عصبی و تحریک‌پذیر است [۷].

کودکان مبتلا به بی‌نظمی خلقی اختلال گرانه در بین فوران‌های شدید هیجانی، به‌طور مداوم تحریک‌پذیر و خشمگین هستند. مطالعات اخیر بیان‌گر این هستند که در مورد نوجوانان با گذشت زمان طغیان خلق و خوی تحریک‌پذیر و مزاج یکدیگر را پیش‌بینی می‌کنند که با اختلال در عملکرد نوجوانان همراه است [۸].

«استرینگاریس» و همکاران [۹] تحریک‌پذیری را به صورت خلقی که شامل دلخوری آسان و زودرنجی است و با خشم و طغیان‌های مکرر مشخص می‌شود تعریف کرده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند که تحریک‌پذیری، از عوامل مهم در تعداد زیادی از اختلالات درون‌ریزی شده و برون‌ریزی شده کودکان است که به‌تنهایی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خطر خودکشی و اختلالات درون‌ریزی شده، حتی بعد از کنترل آسیب‌شناسی روانی پایه باشد.

تحریک‌پذیری ارتباط معناداری با اضطراب و افسردگی

1. Disruptive Mood Dysregulation Disorder

چالش‌برانگیز باشد که منجر به مشکلات قابل توجهی در زندگی کودک شود؛ بنابراین تشخیص، شناسایی و ارزیابی این اختلال با استفاده از ابزاری مناسب جهت ضروری است. درحالی‌که طغیان‌های خفیف می‌تواند ناراحت‌کننده باشد، تشخیص و ارزیابی به‌موقع به کودک کمک می‌کند تا چنین علائمی را مدیریت کند و روابطش را در مدرسه، خانه و دیگر محیط‌های اجتماعی بهبود بخشد [۱۱].

معیارهای DSM-5 برای تشخیص اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال‌گرانه مورد مناقشه و سؤال است و طبق ملاک مطرح شده، اگر شروع نشانه‌ها پس از سن مشخص شده در DSM باشد و یا تعداد نشانه‌ها به حد آستانه نرسد تشخیص مخدوش می‌شود. فرایند بررسی و ارزیابی مستلزم ابزارهای تخصصی برای غربال‌گری است، اگر قرار باشد اختلالی درست تشخیص داده شود و برای درمان آن اقدام لازم صورت پذیرد، نیازمند سیستمی برای نمره‌گذاری، اصطلاحات فنی یا درجه‌بندی اختلال هستیم [۱۳].

بدین منظور به ابزارهای روان‌سنجی متوسل می‌شویم. از جمله این ابزارها می‌توان به پرسشنامه SDQ که یک پرسشنامه غربال‌گری رفتاری است و شامل ۲۵ آیتم است که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ گزارش شده است. چهارده مورد برای طغیان خشم، هشت مورد به خلق‌وخوی تحریک‌پذیر و چهار مورد آن در تست CFAs شامل می‌شود.

هم‌چنین پرسشنامه خلق‌وخو و منش کلونینگر، نسخه پیش‌دستانی (PSTCI) که توسط کنستانتین و همکاران برای ارزیابی عوامل هفتگانه شخصیتی ساخته شده است که در پرسشنامه خلق‌وخو و منش کلونینگر بدان‌ها پرداخته شد [۱۴]. آیتم‌های پرسش‌نامه شامل تصویرسازی ذهنی، ایفای نقش والدین هنگام بازی کردن، نشان دادن احساس رضایت و خشنودی از خود، گرایش به لذت بردن از محیط اطراف به دلیل ویژگی خودتنظیمی است. همه ماده‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای (کاملاً نادرست، احتمالاً نادرست، نه درست نه نادرست، احتمالاً درست، کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شوند. هر آیتم تنها در یکی از ابعاد هفتگانه خلق‌وخو جای می‌گیرد. ضریب بازآزمایی بین مؤلفه‌های آزمون بین ۰/۴۰ تا ۰/۹۲ بود و حاکی از اعتبار بازآزمایی خوب این ابزار بود. شاخص آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و با روایی مناسب برآورد شده است [۱۵].

در پژوهش لاپورت و همکاران [۶] به بررسی ویژگی‌ها

دارد و موجب آن شده است که عامل تحریک‌پذیری در تشخیص و بررسی اختلالات عاطفی حائز اهمیت و برجسته شود. از طرف دیگر ممکن است حتی در غیاب اضطراب و افسردگی نیز خلق تحریک‌پذیر وجود داشته باشد [۱۰]. تحریک‌پذیری حالتی از خلق است که باید از هیجانات دارای سابقه قابل تشخیصی مانند خشم جدا شود؛ زیرا هیجانات تمایل دارند که در رابطه با برخی از عوامل بیرونی بروز پیدا کنند؛ درحالی‌که در مورد خلق چنین چیزی صدق نمی‌کند؛ زیرا فردی ممکن است از فردی دیگر عصبانی شود، بترسد و یا از چیزی متنفر باشد؛ ولی الزاماً تحریک‌پذیر نباشد. هیجانات برای چند ثانیه یا چند دقیقه طول می‌کشند و تمایل دارند که به رفتارهای سازگارانه منجر شوند و جلوه‌های چهره‌ای مشخصی دارند. در مقابل آن، خلق برای هفته‌ها و روزها ممکن است ادامه یابد و سوگیری‌هایی از لحاظ شناختی داشته باشد و ممکن نیست دارای جلوه‌های چهره‌ای خاصی باشد [۱۱].

تحریک‌پذیری از نظر عینی به‌وسیله بیان هیجانات منفی مشخص می‌شود که در روابط بین‌فردی از لحاظ ذهنی ناخوشایند است. «سنیس و تیلور» (۱۹۸۵) تحریک‌پذیری را به‌عنوان حالتی احساسی به‌همراه طغیان‌های مکرر رفتاری، کلامی و کاهش کنترل خلق تعریف کرده‌اند؛ چرا که خلق می‌تواند بدون نشانه‌های آشکار نیز وجود داشته باشد. آن‌ها در ادامه اشاره کرده‌اند که خلق تحریک‌پذیر می‌تواند طولانی یا کوتاه باشد و از لحاظ ذهنی ناخوشایند است. خلق تحریک‌پذیر با اختلالات خلقی دیگر مانند افسردگی متفاوت خواهد بود. به‌طور کلی تا مدت‌ها روان‌پزشکی چنین نشانه مجزایی را به رسمیت نمی‌شناخت و خلق تحریک‌پذیر را علامت ضعیفی از دیگر اختلالات مانند افسردگی و اضطراب می‌دانست که اخیراً این سازه توجه زیادی را به‌خود جلب کرده است [۱۲].

قابل توجه است که این اختلال می‌تواند با برخی اختلال‌های دیگر مانند اختلال دوقطبی یا نافرمانی مقابله‌جویانه اشتباه گرفته شود یا با برخی موارد دیگر مانند اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه همراه شود. از این‌رو شناسایی و تشخیص نهایی این اختلال بر عهده فردی متخصص با ابزاری مناسب است. از آنجایی‌که اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال‌گرانه می‌تواند خطر ابتلا به اضطراب و افسردگی را در بزرگسالی افزایش دهد و موجب شرایطی

برای فرکانس طغیان نمره صفر تا ۴ است. به این صورت که اگر طغیانی صورت نگرفته باشد، نمره صفر و اگر طغیان بیش از یک‌بار در هر روز باشد نمره ۴ در نظر گرفته می‌شود) برای مدت‌زمان طغیان خلق در یک مقیاس ۶ درجه ای نمره‌گذاری می‌شود و به‌صورت خفیف، متوسط، شدید (از نمره صفر تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود). خرده‌مقیاس دوم با عنوان خلق‌وخوی تحریک‌پذیر دارای مقیاس ۴ درجه‌ای است. (نمره صفر برای هیچ و نمره ۳ برای بروز تحریک‌پذیری چهارروز یا بیشتر) و آیتم مدت‌زمان مربوط به میزان بروز خلق‌وخوی تحریک‌پذیر است که دارای مقیاس ۶ درجه ای (نمره صفر وجود ندارد و نمره ۵ شدید). خرده‌مقیاس سوم با عنوان آسیب‌پذیری طغیان خلق‌وخوی تحریک‌پذیر شامل سه آیتم است که به‌طور جداگانه در سه محیط مختلف (خانواده، مدرسه و همسالان) آسیب‌پذیری طغیان خلق‌وخوی تحریک‌پذیر را ارزیابی می‌کند که در مقیاس ۶ درجه‌ای (نمره صفر برای هیچ و ۵ شدید) سنجش خواهد شد. نمره بر اساس طغیان خلق (۰-۲۷)، خلق‌وخوی تحریک‌پذیر (۰-۸)، آسیب‌پذیری طغیان خلق‌وخوی تحریک‌پذیری (۰-۱۵) نمرات هر خرده‌مقیاس باهم جمع می‌شوند و تقسیم بر تعداد خرده‌مقیاس (۳) و در ۱۰۰ ضرب می‌شود و بیان‌گر این است که به‌طور عملی، معتبر و قابل اعتماد می‌تواند به‌منظور ارزیابی اختلال خلقی اخلاص‌گرا نه مورد استفاده پزشکان قرار گیرد [۱۶].

در ایران ما فاقد ابزاری جهت غربال‌گری و پژوهش در زمینه اختلالات رفتاری و خلقی کودکان هستیم. یک آزمون خوب دارای دو بعد روایی و پایایی است که روایی به‌دقت اندازه‌گیری‌سازۀ مدنظر توسط آزمون و پایایی به ثبات نتایج آزمون اشاره دارد [۱۷]. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند مورد استفاده عملی متخصصان، درمانگران و محققان قرار گیرد.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر برای هنجاریابی پرسشنامه واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر از روش آمیخته (کیفی-کمی) استفاده شد. در بخش کیفی از روش تحلیل اترید-استرلینگ و جامعه‌آماری شامل جمع‌آوری محتوای مورد نظر بر اساس نظر متخصصان و منابع داخلی و خارجی (کتاب‌ها، مقالات، منابع آنلاین)

و تشخیص اختلال بدتنظیمی خلق‌وخو در نوجوانان ۱۰ تا ۱۲ ساله در برزیل انجام شد و تمام والدین به سؤالات طغیان مزاج یا تحریک‌پذیری بالای روحیه نوجوانان پاسخ مثبت دادند و تمام نوجوانان به‌صورت هفته‌ای یک‌بار توسط پژوهشگران طبق معیارهای تشخیصی DSM-5 بررسی می‌شدند. ۵۹۳ نفر از والدین درباره تحریک‌پذیری خلق‌وخوی نوجوانان پاسخ دادند که مهم‌ترین ملاک‌های معرفی‌شده در تشخیص این اختلال توسط والدین، توصیف آستانه خشم، شدت و مدت‌زمان عصبانیت در طول روز، درک‌پذیری خلق‌وخوی تحریک‌پذیر نوجوانان توسط دیگران، محل بروز خشم (خانه، مدرسه، با همسالان) و بروز تعداد خشم‌ها در طول هفته بود. موارد دیگری که والدین نوجوانان گزارش دادند شامل رفتارهایی بود که در زمان طغیان خشم فرزندان توصیف کرده بودند مانند فریاد زدن، گفتن چیزهای منفی درباره خود، پرخاشگری نسبت به اجسام و افراد (شکستن اجسام، آسیب رساندن عمدی به خود و دیگران)، محیطی که در آن خشم صورت گرفته (محیط مدرسه، خانه، با همسالان) و عوامل محرک (درونی و بیرونی) بود [۱۶].

در حال حاضر هیچ ابزاری برای ارزیابی تحریک‌پذیری با رتبه‌بندی پزشکان در تحقیقات بالینی کودک وجود ندارد که بتواند سازگاری کودکان را تضمین کند. یکی از روش‌های بازشناسی این طیف از اختلالات انجام غربال‌گری است، ابزار مناسب و مختصری که به‌تازگی برای این منظور طراحی شده است، مقیاس ارزیابی بالینی خلق تحریک‌پذیر است که به‌صورت اولین مصاحبه نیمه ساختاریافته با تمرکز بر تحریک‌پذیری کودکان تجویز شده است. این پرسشنامه در قالب مصاحبه ارتباط منحصربه‌فردی را با سایر اقدامات بالینی، والدین و کودکان را گزارش می‌دهد. مقیاس ارزیابی بالینی خلق تحریک‌پذیر شامل سه خرده‌مقیاس (طغیان، مزاج، خلق تحریک‌پذیر) است.

در مجموع ۱۱ آیتم مدت‌زمان و شدت آن را جويا می‌شوند که پاسخ‌ها با توجه به فراوانی و بروز خلق تحریک‌پذیر در محیط خانه، مدرسه و همسالان از طریق مصاحبه والدین و کودکان به‌طور جداگانه به‌صورت خفیف، متوسط و شدید ثبت می‌شود. نمره‌گذاری آیتم‌ها بر اساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود. به این صورت که بروز و شدت خلق‌وخو در یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (به‌طور جداگانه

است. نمره صفر برای هیچ و نمره ۳ برای بروز تحریک‌پذیری چهارروز یا بیشتر و آیتم مدت‌زمان مربوط به میزان بروز خلق‌وخوی تحریک‌پذیر است که دارای مقیاس ۶ درجه‌ای است. (نمره صفر وجود ندارد و نمره ۵ شدید). خرده‌مقیاس سوم با عنوان آسیب‌پذیری طغیان خلق‌وخوی تحریک‌پذیر شامل سه آیتم است که به‌طور جداگانه در سه محیط مختلف (خانواده، مدرسه و همسالان) آسیب‌پذیری طغیان خلق‌وخوی تحریک‌پذیر را ارزیابی می‌کند که در مقیاس ۶ درجه‌ای (نمره صفر برای هیچ و ۵ شدید) سنجش خواهد شد. نمره بر اساس طغیان خلق (۲۷-۰)، خلق‌وخوی تحریک‌پذیر (۸-۰)، آسیب‌پذیری طغیان خلق‌وخوی تحریک‌پذیری (۱۵-۰) نمرات هر خرده‌مقیاس باهم جمع می‌شوند و تقسیم بر تعداد خرده‌مقیاس (۳) و در ۱۰۰ ضرب می‌شود و بیان‌گر این است که به‌طور عملی، معتبر و قابل اعتماد می‌تواند به‌منظور ارزیابی اختلال خلقی اختلال‌گرانه مورد استفاده پزشکان قرار گیرد [۱۶].

شیوه انجام پژوهش

روند اجرای بررسی‌های مبتنی بر انطباق بین‌فرهنگی ابزارها، به‌طور معمول شامل فرایند ترجمه، بازترجمه و اطمینان‌یابی از هم‌ارزی مفهومی مقیاس‌ها است. در این پژوهش پرسشنامه واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر ابتدا ترجمه و برای آزمون صحت ترجمه، توسط یک ویراستار زبان انگلیسی بررسی و ترجمه برگردان شد و اعتبار محتوای آن از طریق اساتید و متخصصان روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفت. سپس دانش‌آموزان پسر مراجعه‌کننده بر اساس مصاحبه بالینی و مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته (2016) K-SADS-PL توسط روان‌شناس بالینی، تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر را دریافت نموده و طی جلسه‌ای توضیحات لازم در مورد نحوه صحیح پر کردن پرسشنامه به مادران داده شد و آن‌ها با آگاهی از روند پژوهش و رضایت کامل در مصاحبه بالینی شرکت کردند و پرسشنامه را تکمیل کردند.

شیوه تحلیل داده‌ها

پس از آمایش داده‌ها، پرسشنامه‌های ناکامل از روند ارزیابی حذف شدند. بدیهی است که بافت اجتماعی و هنجارهای متفاوت فرهنگی از عوامل مهم تأثیرگذار در خلق‌وخو محسوب می‌شود. ابتدا در بخش کیفی از روایی

مرتبط با موضوع تحریک‌پذیری خلق کودکان از سال ۱۹۷۰ تا سال ۲۰۲۲ بود،

آزمودنی‌ها

الف) جامعه آماری

دانش‌آموزان پسر ۸ تا ۱۵ ساله شهر مشهد

ب) نمونه پژوهش

نمونه آماری شامل ۳۰۰ دانش‌آموز پسر ۸ تا ۱۵ ساله مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال‌گر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره فعال در زمینه کودک و نوجوان در شهر مشهد بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش نداشتن مشکلات روانی عمده، نداشتن والدین با اختلال روانی، سابقه قرار نگرفتن در معرض آموزه‌های روان‌شناختی، ملاک خروج از پژوهش داشتن مشکلات خانوادگی (طلاق والدین، اعتیاد و فقر) و عدم همکاری گروه نمونه یا خانواده در پژوهش بود.

ابزار پژوهش

شاخص واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری

توسط درمانگر^۱ (CL-ARI):

این مقیاس شامل ۱۱ آیتم است که بیان‌گر مدت‌زمان و شدت بروز خلق تحریک‌پذیر است که پاسخ‌ها با توجه به فراوانی و بروز خلق تحریک‌پذیر در محیط خانه، مدرسه و همسالان از طریق مصاحبه والدین و کودکان به‌طور جداگانه به‌صورت خفیف، متوسط و شدید ثبت می‌شود که نمره گذاری آیتم‌ها بر اساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود. به این صورت که بروز و شدت خلق‌وخو در یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. به‌طور جداگانه برای فرکانس طغیان نمره صفر تا ۴ است؛ به این صورت که اگر طغیانی صورت نگرفته باشد، نمره صفر و اگر طغیان بیش از یک‌بار در هر روز باشد نمره ۴ در نظر گرفته می‌شود.

برای مدت‌زمان طغیان خلق در یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و به‌صورت خفیف، متوسط، شدید (از نمره صفر تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود). خرده‌مقیاس دوم با عنوان خلق‌وخوی تحریک‌پذیر دارای مقیاس ۴ درجه‌ای

1. The Clinician Affective Reactivity Index: Validity and Reliability of a Clinician-Rated Assessment of Irritability

نیست)، ۲ (نسبتاً ساده است)، ۳ (ساده است) تا ۴ (ساده مربوط است) و واضح بودن گویه نیز به ترتیب از ۱ (واضح نیست)، ۲ (نسبتاً واضح است)، ۳ (واضح است) تا ۴ (واضح مربوط است) مشخص می‌شود و از طریق فرمول محاسبه می‌گردد. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص روایی محتوا برابر با ۰/۷۹ است و اگر کمتر از ۰/۷۹ باشد آن گویه باید حذف شود.

نتایج محاسبه شاخص نسبت روایی محتوا به روش کمی نشان داد که هر ۱۱ گویه بیشتر از ۰/۷۹ بوده است. لذا هیچ کدام از گویه‌ها حذف نشدند. برای بررسی روایی صوری از نمرات تأثیر آیتم استفاده شد. بدین منظور از نظرات گروه نمونه هدف یا شرکت‌کنندگان پژوهش استفاده شد. این قسمت از روایی آزمون نیازی به نظرات کارشناسان متخصص ندارد؛ بنابراین از ۱۳۰ نفر از درمانگران و والدین گروه هدف خواسته شد تا میزان اهمیت هر یک از گویه‌های پرسشنامه را در یک طیف لیکرتی ۵ قسمتی از ۱ (اصلاً مهم نیست) تا ۵ (کاملاً مهم است) مشخص کنند. کاملاً مهم است شماره ۵، مهم است شماره ۴، به‌طور متوسط مهم است شماره ۳، اندکی مهم است شماره ۲ و اصلاً مهم نیست شماره ۱. سپس نمرات تأثیر از طریق فرمول محاسبه شد. برای پذیرش روایی صوری هر گویه، نمره تأثیر آن نباید از ۱/۵ کمتر باشد و فقط سؤالاتی از لحاظ روایی صوری قابل قبول هستند که نمره آن‌ها بالاتر از ۱/۵ باشد. در پژوهش حاضر نشان داده شد که نمره تأثیر همه گویه‌ها بیشتر از ۱/۵ بود؛ بنابراین روایی صوری همه گویه‌ها تأیید شد. در قسمت روش کمی داده‌های گردآوری شده از ۳۰۰ دانش آموز پسر ۸ تا ۱۵ ساله اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاص‌گرانه بود که به همراه یکی از والدینشان به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره در شهر مشهد مراجعه کرده بودند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شرکت‌کنندگان در مؤلفه طغیان خلق ۱۸/۲۰، ۵/۱۴ در مؤلفه خلق و خوی تحریک‌پذیر ۸/۵۵ و ۲/۹۳، در مؤلفه آسیب‌پذیری ۱۲/۴۶ و ۳/۹۵، در مؤلفه آسیب‌پذیری ۱۲/۴۶، ۳/۹۵ و در کل مقیاس ارزیابی بالینی خلق و تحریک‌پذیری ۴۵/۳۲ و ۱۰/۶۴ است. همچنین آماره «کالموگروف- اسمیرنف» در نمره کل مقیاس و تمامی مؤلفه‌های ارزیابی بالینی خلق و

محتوایی و صوری استفاده شد. برای بررسی اعتبار (پایایی) مقیاس از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی استفاده شد. برای احراز روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.

نتایج

ابتدا در بخش کیفی بر اساس بررسی‌ها و مطالعات منابع و اسناد، تجزیه و تحلیل و طبقه‌بندی داده‌ها، ترسیم شبکه مضامین و پایان مرحله کدگذاری اولیه داده‌ها، ترسیم شبکه مضامین و پایان مرحله کدگذاری اولیه داده‌های متنی، در کل، طبق مقیاس نمونه خارجی سه مضامین شناسایی شد که نشان می‌دهد با توجه به نسخه خارجی و تفاوت‌های فرهنگی در نظر گرفته شده این مقیاس در فرهنگ خارجی و فرهنگ ایرانی دارای مضامین مشترکی بوده است که شامل طغیان خلق، خلق و خوی تحریک‌پذیر و آسیب‌پذیری طغیان خلق و خوی تحریک‌پذیری است.

بعد از تأیید مضامین الگوی نهایی، توسط ۶ متخصص اقدام به مصاحبه و طراحی سؤالات شد. سپس پرسشنامه برای سنجش روایی محتوایی و صوری توسط ۱۳ متخصص بررسی شد. برای بررسی روایی محتوایی از دو شاخص کاربردی استفاده گردید: الف) شاخص نسبت روایی محتوایی: جهت محاسبه این شاخص از نظرات کارشناسان متخصص در زمینه محتوای آزمون مورد نظر استفاده شد و با توضیح اهداف آزمون از آن‌ها خواسته شد تا هر یک از سؤالات را بر اساس طیف ۳ درجه‌ای لیکرت (گویه ضروری است)، (گویه مفید است، ولی ضروری نیست) و گویه (ضرورتی ندارد) طبقه‌بندی کنند. سپس بر اساس فرمول لاوشه (۱۹۷۵) این ضریب محاسبه شد، بر اساس تعداد متخصصانی که سؤالات را ارزیابی کردند (۱۳ نفر)، مقدار شاخص نسبت روایی قابل قبول برابر ۰/۶۷ به دست آمد.

ب) شاخص روایی محتوایی: برای بررسی شاخص روایی محتوا از روش والتز و باسل (۱۹۸۱) استفاده شد. بدین صورت که متخصصان (مربوط بودن)، (واضح بودن) و (ساده بودن) هر گویه را بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص می‌کنند. متخصصان (۱۳ نفر) مربوط بودن هر گویه را از نظر خودشان از ۱ (مربوط نیست)، ۲ (نسبتاً مربوط است)، ۳ (مربوط است) تا ۴ (کاملاً مربوط است) مشخص کردند. ساده بودن گویه نیز به ترتیب از ۱ (ساده

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات شرکت‌کنندگان در شاخص واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر و مؤلفه‌های آن

متغیر	میانگین	انحراف معیار	K-S Z	p
طغیان خلق	۱۸/۲۰	۵/۱۴	۱/۷۸	۰/۱۰
خلق‌وخوی تحریک‌پذیر	۸/۵۵	۲/۹۳	۱/۲۴	۰/۳۷
آسیب‌پذیری	۱۲/۴۶	۳/۹۵	۱/۳۷	۰/۳۱
کل شاخص واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر	۴۵/۳۲	۱۰/۶۴	۱/۸۵	۰/۰۷

دیدگاه خیرگان با استفاده از رابطه زیر می‌توان CVR را محاسبه کرد:

$$CVR = \frac{\text{تعداد کل متخصصین} - \text{تعداد متخصصینی که گزینه ضروری را انتخاب کرده‌اند}}{\text{تعداد کل متخصصین}}$$

مقداری که طبق فرمول فوق به دست می‌آید، نسبت روایی محتوایی برای هر گویه (سؤال) است برای محاسبه نسبت روایی محتوایی برای کل آزمون باید میانگین نسبت روایی سؤالات آزمون حساب شود. چنانچه این مقدار مساوی یا بیش‌تر ۰/۷۵ باشد می‌توان گفت که آزمون از روایی محتوایی مطلوبی برخوردار است [۱۸] در پژوهش کنونی از ۸ نفر از اساتید دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد خواسته شد تا هر یک از سؤالات آزمون‌ها را بر اساس طیف لیکرت سه بخشی (گویه ضروری است، گویه مفید است ولی ضروری نیست و گویه ضرورتی ندارد) طبقه‌بندی کنند، سپس بر اساس پاسخ‌های آنان به محاسبه شاخص روایی محتوایی پرداخته شد، همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار شاخص محاسبه شده برای کل مقیاس ۰/۸۸ به‌دست‌آمده که بیان‌گر روایی محتوایی مطلوب مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر است.

تحریک‌پذیری معنی‌دار نیست ($p \geq 0/05$). لذا توزیع مقیاس ارزیابی بالینی خلق و تحریک‌پذیری و تمامی مؤلفه‌های آن نرمال است.

لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر در نمونه داخلی برای احراز روایی از روش روایی محتوایی با محاسبه شاخص CVR و روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، همبسته کردن نمرات گویه و مؤلفه‌ها با نمره کل، روایی همگرا (محاسبه شاخص AVE) استفاده شد. همچنین، برای بررسی پایایی از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، پایایی بازآزمایی و ضریب امگا استفاده گردید.

محاسبه شاخص^۱ CVR (نسبت روایی محتوایی): این نسبت توسط لاوشه^۲ طراحی شده است. جهت محاسبه این نسبت از نظرات کارشناسان متخصص در زمینه محتوای آزمون مورد نظر استفاده می‌شود. ابتدا اهداف آزمون‌ها برای خبرگان توضیح و تعاریف عملیاتی مربوط به محتوای سؤالات بیان می‌شود. سپس از آن‌ها خواسته می‌شود تا هر یک از سؤالات آزمون‌ها را بر اساس طیف لیکرت سه‌بخشی (گویه ضروری است، گویه مفید است؛ ولی ضروری نیست و گویه ضرورتی ندارد) طبقه‌بندی کنند. پس از گردآوری

1 . content validity ratio
2 . Lawshe

جدول ۲. محاسبه نسبت روایی محتوایی برای مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر

گویه‌ها	تعداد کل داوران (اساتید)	تعداد داورانی (اساتیدی) که گویه را ضروری دانسته‌اند	شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR) برای گویه‌های آزمون	شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR) برای کل مقیاس
۱	۸	۷	۰/۷۵	۰/۸۸
۲	۸	۷	۰/۷۵	
۳	۸	۸	۱	
۴	۸	۸	۱	
۵	۸	۷	۰/۷۵	
۶	۸	۷	۰/۷۵	
۷	۸	۸	۱	
۸	۸	۷	۰/۷۵	
۹	۸	۸	۱	
۱۰	۸	۸	۱	
۱۱	۸	۸	۱	

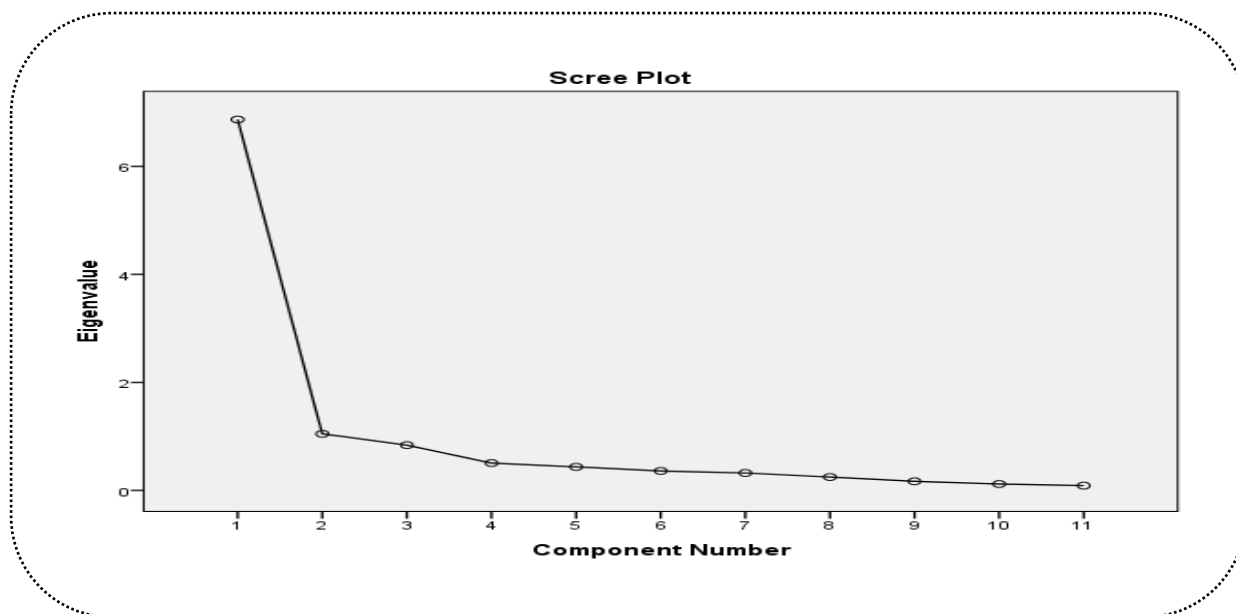
۰/۷۰ باشد، می‌توان تحلیل عاملی را انجام داد و از کفایت نمونه‌برداری برخوردار است. اندازه برای ماتریس همبستگی‌های حاصل از اجرای مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر در گروه مورد مطالعه برابر با ۰/۸۵ و مشخصه آماری آزمون کرویت بارتل^۲ برابر با ۸۴۹/۷۳ است که از لحاظ آماری معنادار است و در مینان ماتریس همبستگی‌ها عددی غیر از صفر است؛ بنابراین بر پایه هر دو ملاک بالا می‌توان نتیجه گرفت که اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس همبستگی‌های حاصل در گروه مورد پژوهش قابل توجیه است و بر پایه این داده‌های گردآوری شده اقدام به استخراج عامل‌ها نمود.
($KMO=0/85, X^2=849/73, df=55, P=0/001$)

برای تعیین این مطلب که مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر از چند عامل اشباع شده است، سه شاخص عمده مورد توجه قرار می‌گیرد (۱) ارزش ویژه^۳، (۲) نسبت واریانس تبیین‌شده توسط هر عامل، (۳) نمودار ارزش ویژه که طرح شیب‌دار نامیده می‌شود.

به منظور بررسی اینکه مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر از چند عامل اشباع شده است، از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. یک سؤال مهم و کلیدی در تحلیل عاملی این است که آیا ماتریس داده‌ها شامل اطلاعات مفید و بامعنایی هست یا نه؟ چون هدف از تحلیل عاملی به دست آوردن عامل‌هایی است که به تبیین همبستگی ماتریس داده‌ها کمک کند؛ بنابراین لازم است که متغیرها با همدیگر ارتباط داشته باشند. اگر همبستگی میان متغیرها پایین باشد، احتمال آنکه در عامل‌های مشترک سهم کم شوند اندک است. برای ارزشیابی ماتریس داده‌ها می‌توان آزمون «کرویت بارتل» را به کار برد. مقصود از اجرای این آزمون رد فرض صفر مبنی بر وجود همبستگی بین متغیرها در جامعه است. پذیرش و تأیید فرض صفر کاربرد تحلیل عاملی را زیر سؤال می‌برد؛ اما شاخص کفایت نمونه‌برداری «کایزر-میر-الکین» (KMO^۱) شاخصی است که مقادیر همبستگی مشاهده شده را با مقادیر جزئی مقایسه می‌کنند. مقادیر کوچک KMO بیان‌گر آن است که متغیرهای دیگر نمی‌توانند همبستگی بین زوج متغیرها را تبیین کنند. اگر اندازه KMO بالاتر از

2 . Bartlett's test
3 . Eigenvalue

1 . Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy



نمودار ۱. نمودار سنگ‌ریزه گویه‌های مقیاس

جدول ۳. مقادیر ویژه، درصد واریانس تبیین شده و تراکمی عوامل و بارهای عاملی چرخش یافته

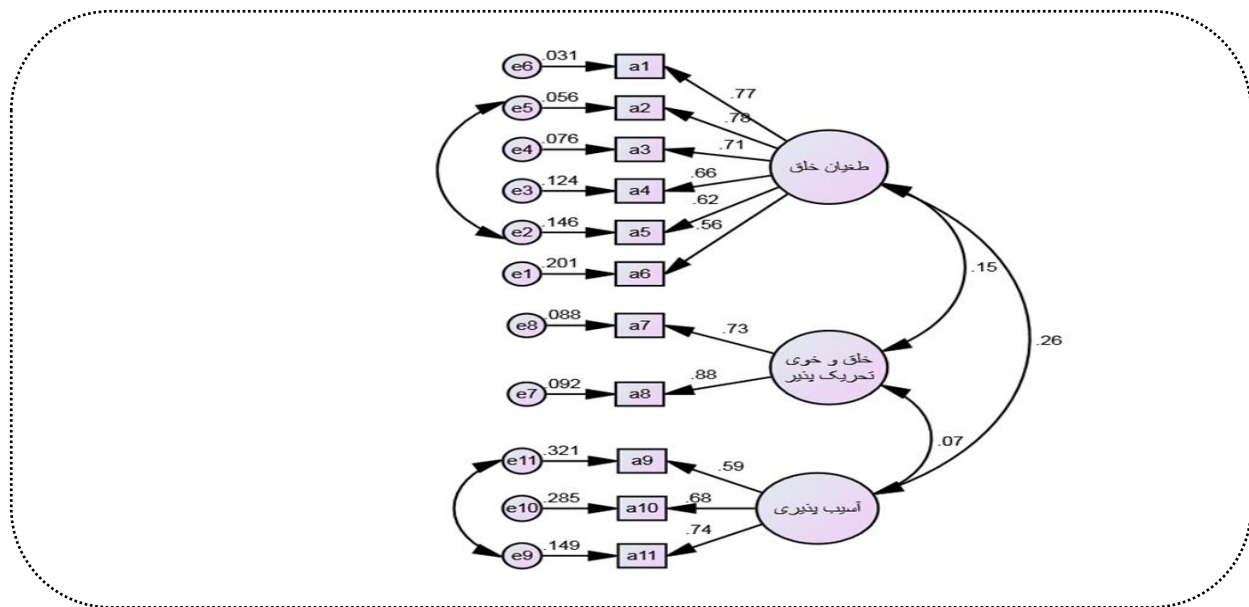
مجموع مجدورات عامل‌های استخراج شده پس از چرخش			مجموع مجدورات عامل‌های استخراج شده قبل از چرخش			
درصد واریانس تراکمی	درصد واریانس تبیینی	مقدار ویژه	درصد واریانس تراکمی	درصد واریانس تبیینی	مقدار ویژه	
۴۵/۶۰	۴۵/۶۰	۴/۶۵	۶۲/۴۲	۶۲/۴۲	۶/۸۶	عامل اول
۶۸/۶۲	۲۳/۰۲	۳/۲۹	۷۱/۹۴	۹/۵۲	۱/۰۵۷	عامل دوم
۷۹/۵۶	۱۰/۹۴	۲/۱۶	۷۹/۵۶	۷/۶۱	۱/۰۱۸	عامل سوم
					۰/۷۸	۱
					۰/۸۲	۲
					۰/۷۲	۳
					۰/۸۰	۴
					۰/۸۸	۵
					۰/۸۵	۶
				۰/۸۹		۷
				۰/۸۳		۸
			۰/۷۶			۹
			۰/۷۴			۱۰
			۰/۷۵			۱۱

عامل سوم تبیین می‌شود. در مجموع ۳ عامل استخراج شده ۷۹/۵۶ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند که مقدار قابل توجهی است.

همچنین تمامی گویه‌های مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر روی عوامل مربوطه دارای بارهای عاملی مطلوب (بزرگ‌تر از ۰/۳۰) هستند؛ بنابراین ساختار ۳ عاملی مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی به وسیله تحلیل عاملی اکتشافی به دست آمد. در ادامه به منظور بررسی این که آیا ساختار ۳ عاملی اکتشافی شده در گروه نمونه تأیید می‌شود یا خیر از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه شده است.

جدول ۳ مشخصه‌های آماری اولیه که با اجرای تحلیل مؤلفه‌های را نشان می‌دهد که ارزش ویژه ۳ عامل بزرگ‌تر از یک به دست آمده و میزان تبیین واریانس مشترک بین متغیرها برای این ۳ عامل روی هم برابر با ۷۹/۵۶ درصد کل واریانس متغیرهاست.

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، پس از چرخش واریماکس، ۳ عامل با ارزش ویژه بالاتر از یک وجود داشت. در مجموع هر چه ارزش ویژه بالاتر باشد، آن عامل واریانس بیشتری را در کل آزمون تبیین می‌کند. بر این اساس ۶۲/۴۲ درصد واریانس توسط عامل اول، ۹/۵۲ درصد واریانس توسط عامل دوم و ۷/۶۱ درصد واریانس توسط



شکل ۱. ضرایب استاندارد حاصل از تحلیل عاملی تأییدی

$\text{IFI}=.93, \text{CFI}=.91, \text{NNFI}=.90, \text{NFI}=.92$
 $\text{df}=127, \text{RMSEA}=.059, \text{AGFI}=.93, \text{GFI}=.96$
 $(\chi^2/\text{df}=2/85, X^2=362/08)$

در تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از شاخص‌های ذکر شده در بالا برازش و روایی ابزار مورد آزمون و بررسی قرار می‌گیرد. میانگین مجذورات تقریب کمتر (RMSEA) از ۰/۱ باشد، تحلیل و مدل برازش قابل قبولی را گزارش می‌دهد و هر اندازه، شاخص‌های AGFI ، GFI ، NFI ، CFI و NNFI به یک نزدیک‌تر شود، بر برازندگی مطلوب‌تر الگو دلالت دارند. با توجه به شاخص‌های به دست آمده در جدول فوق، شاخص χ^2/df دو بخش بر درجه آزادی ۳/۳۰ به دست آمده است و

در تحلیل عاملی تأییدی از شاخص‌های نسبت مجذور کای به درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص ریشه میانگین مجذورات تقریب (چنانچه شاخص χ^2/df دو بخش بر درجه آزادی عددی کوچک‌تر از ۶ مشاهده شود، مطلوب است. همچنین زمانی که ریشه خطای (RMSEA)، شاخص نیکویی برازندگی (GFI)، شاخص خوبی برازندگی اصلاح‌شده (AGFI)، شاخص برازندگی افزاینده (IFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و شاخص نرم شده برازندگی (NFI) استفاده گردید. نتایج اجرای تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که ساختار ۳ عاملی مقیاس ارزیابی بالینی خلق و تحریک‌پذیری از برازش مناسبی برخوردار است.

ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر را تأیید می‌کنند. همچنین برای نشان دادن بهتر بارهای عاملی در مسیرهای انتخاب شده در تحلیل عاملی تأییدی جدول ۴ آورده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، آزمون معناداری t برای هر سؤال بسیار بالاتر از ۲ است.

مقادیر شاخص‌های برازش NNFI و CFI، NFI، AGFI، GFI در دامنه نود تا یک قرار دارند که بیان‌گر آن است که این شاخص‌ها استانداردهای لازم را کسب نموده‌اند. بنابراین می‌توان گفت که مدل برازش داشته است و تأیید می‌شود. در شکل (۱) ضرایب استاندارد حاصل از تحلیل عاملی تأییدی ساختار سه عاملی شاخص واکنش‌پذیری عاطفی:

جدول ۴. معنی‌داری مسیر خرده‌مقیاس‌های شاخص واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر

T	ضرایب مسیر		نشانهگر	عوامل
	ضرایب استاندارد شده (β)	ضرایب استاندارد نشده (B)		
۱۲/۹۵	۰/۷۷	۱/۰۸	۱	طغیان خلق
۱۳/۰۴	۰/۷۸	۱/۱۰	۲	
۱۲/۱۵	۰/۷۱	۱/۰۶	۳	
۱۰/۴۶	۰/۶۶	۰/۹۸	۴	
۹/۷۵	۰/۶۲	۰/۹۳	۵	
۸/۳۲	۰/۵۶	۰/۸۴	۶	
۱۲/۸۰	۰/۷۳	۱/۰۷	۷	خلق‌وخوی تحریک‌پذیر
۱۵/۲۹	۰/۸۸	۱/۲۵	۸	
۹/۱۵	۰/۵۹	۰/۸۶	۹	آسیب‌پذیری
۱۱/۰۶	۰/۶۸	۱/۰۱	۱۰	
۱۲/۹۷	۰/۷۴	۱/۰۵	۱۱	

همان‌طور که از جدول بالا مشخص است همبستگی میان تمامی گویه‌ها و خرده مؤلفه‌های مقیاس ارزیابی بالینی واکنش‌پذیری عاطفی با نمره کل مقیاس در حد مطلوبی است که این امر حاکی از ضریب تشخیص مناسب گویه‌های مقیاس است.

گویه‌های یک سازه خاص باید همگرا باشند یا در واقع نسبت بالایی از واریانس مشترک با هم داشته باشند، این ویژگی که شکلی از روایی سازه است، «روایی همگرا» نام دارد. متوسط واریانس استخراج شده (AVE) یک شاخص مناسب برای روایی همگرا است که از تقسیم مجموع مجذور بار عاملی هر گویه بر تعداد کل گویه‌ها به دست می‌آید و مقدار بیش‌تر از ۰/۵ آن نشان از روایی همگرای مطلوب مقیاس است [۱۹] در جدول ذیل به محاسبه آن برای مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر پرداخته شده است.

جدول ۵. همبستگی هر یک از گویه‌ها و مؤلفه‌ها با نمره کل مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر

شماره گویه	ضریب همبستگی (پیرسون) گویه با نمره کل	ضریب همبستگی (پیرسون) مؤلفه با نمره کل
۱	۰/۶۳	۰/۶۵
۲	۰/۶۷	
۳	۰/۵۵	
۴	۰/۴۶	
۵	۰/۵۱	
۶	۰/۴۹	
۷	۰/۶۵	۰/۵۸
۸	۰/۶۰	
۹	۰/۵۲	۰/۵۳
۱۰	۰/۵۶	
۱۱	۰/۵۳	

1 . convergent validity

جدول ۶. محاسبه شاخص روایی همگرا (AVE)

شماره گویه	بار عاملی	مجدور بار عاملی	شاخص AVE
۱	۰/۷۸	۰/۶۰	۰/۶۴
۲	۰/۸۲	۰/۶۷	
۳	۰/۷۲	۰/۵۱	
۴	۰/۸۰	۰/۶۴	
۵	۰/۸۸	۰/۷۷	
۶	۰/۸۵	۰/۷۲	
۷	۰/۸۹	۰/۷۹	
۸	۰/۸۳	۰/۶۸	
۹	۰/۷۶	۰/۵۷	
۱۰	۰/۷۴	۰/۵۴	
۱۱	۰/۷۵	۰/۵۶	

جدول ۷. پایایی مؤلفه‌های شاخص واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر

آیتم‌ها	عامل‌ها	ضریب آلفا در صورت حذف آیتم	همبستگی با کل مقیاس	واریانس در صورت حذف آیتم	میانگین در صورت حذف آیتم
۱	طنیان خلق $\alpha = 0/85$	۰/۸۵۴	۰/۶۳۰	۱۴/۹۳	۱۸/۱۴
۲		۰/۸۵۵	۰/۶۷۱	۱۳/۹۵	۱۸/۶۶
۳		۰/۸۴۸	۰/۵۵۲	۱۳/۸۲	۱۸/۴۷
۴		۰/۸۴۴	۰/۴۶۳	۱۵/۹۲	۱۸/۳۲
۵		۰/۸۴۹	۰/۵۱۴	۱۵/۵۱	۱۷/۳۰
۶		۰/۸۵۳	۰/۴۹۰	۱۵/۳۳	۱۷/۸۴
۷	خلق‌و‌خوی تحریک‌پذیر $\alpha = 0/63$	۰/۶۳۷	۰/۶۵۲	۱۵/۲۶	۱۸/۷۵
۸		۰/۶۳۳	۰/۶۰۵	۱۴/۶۴	۱۷/۷۰
۹	آسیب‌پذیری $\alpha = 0/72$	۰/۷۲۰	۰/۵۲۱	۱۴/۳۰	۱۸/۴۹
۱۰		۰/۷۱۵	۰/۵۶۴	۱۵/۲۷	۱۸/۴۳
۱۱		۰/۷۲۶	۰/۵۳۷	۱۵/۴۰	۱۸/۲۴

به دست آمدن متوسط واریانس استخراج شده (AVE) بیش‌تر از ۰/۵ نشان از روایی همگرای مطلوب مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر است.

برای بررسی اعتبار (پایایی) مقیاس از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تمامی آیتم‌ها همبستگی

همان‌گونه که جدول بالا نشان می‌دهد، اندازه ضریب پایایی امگا برابر با ۰/۷۵ شده است. این مقدار بیان‌گر پایایی خوب مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر است. پس از دو هفته، مقیاس حاضر در بین نمونه پژوهش (به تعداد ۱۸۰ نفر) اجرا گردید و دوباره از نظر اعتبار مورد بررسی قرار گرفت که مقدار ۰/۷۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی باز آزمایی قابل قبول برای مقیاس است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی روایی و پایایی شاخص واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر در کودکان انجام شد برای بررسی اعتبار (پایایی) مقیاس از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی استفاده شد که نتایج نشان داد تمامی آیتم‌ها همبستگی مناسبی با کل پرسشنامه داشتند و حذف هیچ کدام منجر به افزایش چشم‌گیری در آلفای کرونباخ نمی‌شد و در نتیجه هیچ سؤالی حذف نشد که بیان‌گر مناسب بودن پایایی مقیاس حاضر است؛ علاوه بر این، نتایج محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ارزیابی بالینی واکنش‌پذیری عاطفی برابر با ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس‌های طغیان خلق، خلق‌وخوی تحریک‌پذیر و آسیب‌پذیری به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۶۳، ۰/۷۲ به دست آمد که با توجه به کوتاه بودن پرسشنامه و گویه‌های اندک برای هر عامل ضرایب به‌دست‌آمده مناسب است. پس از دو هفته، مقیاس حاضر در بین نمونه پژوهش (به تعداد ۱۸۰ نفر) اجرا گردید و دوباره از نظر اعتبار مورد بررسی قرار گرفت که مقدار ۰/۷۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی باز آزمایی قابل قبول برای مقیاس است.

یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش‌های خارجی در نمونه آمریکایی ۰/۸۸ و در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی شاخص واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر در نمونه داخلی برای احراز روایی از روش روایی سازه (با استفاده از همبسته کردن نمرات مؤلفه‌ها با نمره کل، روایی همگرا و تحلیل عاملی تأییدی) استفاده شد. همچنین، برای بررسی پایایی از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و پایایی بازآزمایی استفاده گردید. میان

مناسی با کل پرسشنامه داشتند و حذف هیچ کدام منجر به افزایش چشم‌گیری در آلفای کرونباخ نمی‌شد و در نتیجه هیچ سؤالی حذف نشد که بیان‌گر مناسب بودن پایایی مقیاس حاضر است؛ علاوه بر این، نتایج محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی: ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر برابر با ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس‌های طغیان خلق، خلق‌وخوی تحریک‌پذیر و آسیب‌پذیری به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۶۳، ۰/۷۲ به دست آمد که با توجه به کوتاه بودن پرسشنامه و گویه‌های اندک برای هر عامل ضرایب به‌دست‌آمده مناسب است. پس از دو هفته، مقیاس حاضر در بین نمونه پژوهش (به تعداد ۱۸۰ نفر) اجرا گردید و دوباره از نظر اعتبار مورد بررسی قرار گرفت که مقدار ۰/۷۳ برای کل مقیاس و برای مؤلفه‌های طغیان خلق، خلق‌وخوی تحریک‌پذیر و آسیب‌پذیری به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۰ و ۰/۶۵ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی باز آزمایی قابل قبول برای مقیاس است.

علاوه بر این پایایی مقیاس به روش محاسبه ضریب امگا نیز احراز گردید که مقدار کلی آن و ضریب پایایی امگا با حذف هر آیتم، به ازای آیتم‌ها و سؤالات باقیمانده ارائه شده است.

جدول ۸. محاسبه پایایی مقیاس به روش ضریب امگا

شماره گویه	ضریب امگا در صورت حذف گویه به ازای گویه‌های باقیمانده	ضریب امگا مقیاس کل
۱	۰/۷۴۳	۰/۷۵
۲	۰/۷۴۱	
۳	۰/۷۴۵	
۴	۰/۷۳۳	
۵	۰/۷۲۳	
۶	۰/۷۲۷	
۷	۰/۷۳۹	
۸	۰/۷۴۸	
۹	۰/۷۴۶	
۱۰	۰/۷۳۸	
۱۱	۰/۷۴۲	

خلقی اخلاص گرانه^۱ خواهد بود؛ که این یافته‌ها همسو با پژوهش هالر و همکاران [۱۶] بود که نشان دادند این مقیاس از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است و نشان دادند از این ابزار می‌توان جهت تشخیص اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاص گرانه در جمعیت کودکان ۷ تا ۱۷ ساله استفاده کرد.

اعتبار و روایی مناسب شاخص واکنش‌پذیری عاطفی کوتاه بودن و سهولت اجرا، بررسی جنبه‌های شخصیت و آسیب‌شناسی روانی، شرایط استفاده در موقعیت‌ها و گروه‌های مختلف، این امکان را فراهم می‌سازد تا استفاده وسیعی از این مقیاس، در گستره‌های مختلف پژوهشی و بالینی روان‌شناسی، صورت گیرد. از آنجایی که در جمعیت ایرانی دسترسی به ابزارهایی جهت ارزیابی تحریک‌پذیری محدود است، از این رو استفاده از این مقیاس در مطالعات پژوهشی و حیطه بالینی پیشنهاد می‌شود. لازم به ذکر است که این مطالعه در نمونه بهنجار صورت گرفته و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با نمونه‌های بالینی جهت مشخص نمودن نمره برش صورت بپذیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نمونه صرفاً کودک و نوجوان در محدوده سنی خاص بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در دیگر جمعیت‌ها و رده‌های سنی نیز بررسی شود. در مجموع بر اساس نتایج مطالعه حاضر این مقیاس ابزاری مناسب با خصوصیات روان‌سنجی قابل قبول برای سنجش تحریک‌پذیری در جامعه ایرانی است و می‌توان در حیطه‌های پژوهشی و بالینی از آن استفاده کرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که جامعه آماری فقط از بین دانش‌آموزان شهرستان مشهد انتخاب شدند و این مسئله باعث می‌شود که امکان تعمیم نتایج به سایر شهرها وجود نداشته باشد. محدودیت اساسی پژوهش حاضر، اندک مطالعات صورت گرفته در زمینه هنجاریابی این مقیاس در خارج از کشور است که این امر بخش ادبیات و پیشینه پژوهش حاضر را با کاستی‌هایی توأم گردانید. همچنین عدم همکاری برخی والدین با آزمونگران باعث اتلاف زمان و هزینه پژوهشگر می‌شد. پیشنهاد می‌شود این آزمون با حجم نمونه بزرگ‌تر و ناهمگون‌تر در

تمامی خرده مؤلفه‌های شاخص واکنش‌پذیری عاطفی؛ ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر با نمره کل مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی؛ ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر کودکان ۸ تا ۱۵ همبستگی مثبت و معناداری دارد.

علاوه بر همبسته کردن نمرات مؤلفه‌های مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی؛ ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر با نمره کل مقیاس که با توجه به همبستگی بالای خرده مؤلفه‌ها با نمره کل مقیاس بیان‌گر روایی سازه قابل قبول شاخص واکنش‌پذیری عاطفی؛ ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر بود. همچنین محاسبه شاخص روایی همگرا (AVE) انجام شد [۲۰] که به دست آمدن متوسط واریانس استخراج شده (AVE) بیش‌تر از ۰/۵ نشان از روایی همگرای مطلوب مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی؛ ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر است. علاوه بر این پایایی مقیاس به روش محاسبه ضریب امگا نیز احراز گردید و اندازه ضریب پایایی امگا برابر با ۰/۷۵ شده است که این مقدار بیان‌گر پایایی خوب مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی؛ ارزیابی تحریک‌پذیری توسط درمانگر است.

در ادامه از تحلیل عاملی تأییدی نیز استفاده شد. نتایج اجرای تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که ساختار ۳ عاملی مقیاس ارزیابی بالینی واکنش‌پذیری عاطفی از برازش مناسبی برخوردار است. (NFI=۰/۹۲، NNFI=۰/۹۰، AGFI=۰/۹۳، GFI=۰/۹۶، IFI=۰/۹۳، CFI=۰/۹۱، RMSEA=۰/۰۵۹، $\chi^2/df=۲/۸۵$ ، $\chi^2=۳۶۲/۰۸$ ، $df=۱۲۷$). بنابراین می‌توان گفت که مدل برازش داشته است و تأیید می‌شود.

نتایج نشان داد که با توجه به نتایج تحلیل عاملی و استناد نتایجی که در زمینه روایی همگرای این مقیاس به دست آمده است می‌توان گفت که این پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است. این نتایج همسو با نتایج هالر و همکاران [۱۶] است. همچنین در مطالعه حاضر بررسی ساختار عاملی و روایی سازه پرسشنامه از روش تحلیل عاملی سؤالات با چرخش واریماکس را نشان داد که منطبق با نسخه اصلی است؛ بنابراین مقیاس ارزیابی بالینی واکنش‌پذیری عاطفی به‌عنوان اولین مقیاس رتبه‌بندی ارزیابی متمرکز بر تحریک‌پذیری خلق کودکان از اعتبار و روایی مطلوبی در جمعیت ایرانی برخوردار بود. همچنین این ابزار یک مقیاس ارزیابی بالینی دقیق برای ارزیابی خلق‌وخوی کودک و بررسی خلق‌وخو در اختلال بی‌نظمی

۱. (DMDD)

- 8- Copeland WE, Brotman MA, Costello EJ. Normative Irritability in Youth: Developmental Findings From the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015,54(8):635-642.
- 9- Stringaris A. Irritability in children adolescents: a challenge for DSM-5. *Eur. Child Adolesc Psychiatry*. 2011,20, 61-66.
- 10- Mayes S. D. Waxmonsky J. D. Calhoun S. L. Bixler E. O. Disruptive mood dysregulation disorder symptoms and association with oppositional defiant and other disorders in a general population child sample. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2016, 26(2), 101-106.
- 11- Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(11):1109-17.
- 12- Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. 2011;168(2):129-42
- 13- Stoddard J. Stringaris A. Brotman M. A. Montville D. Pine D. S. Leibenluft E. Irritability in child and adolescent anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 2014,31(7): 566-573.
- 14- Constantino J.N. Cloninger C.R. Clarke A.R. Hashemi B. Przybeck T. Application of the seven-factor model of personality to early childhood. *Psychiatry Res*. 2002

۱۵- علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ شقاقی، فرهاد؛ کاکو جوبیاری، علی‌اصغر؛ زارع، مریم؛ شایقیان، زینب؛ امیرآبادی، فاطمه؛ خالقی دلاور، فائزه؛ شهریاری، حسینیه. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه خلق‌ومنش در کودکان پیش‌دبستانی. *مجله اندازه‌گیری تربیتی*. ۱۳۹۱، ۸ (۳): ۳۹-۶۳.

گروه‌های مختلف آزمودنی و هم‌چنین گروه‌های سنی مختلف کودکان اجرا شود. در پژوهش‌های آینده، شهرهای مختلف ایران لحاظ و این پرسشنامه در جوامع و اقوام و فرهنگ‌های گوناگون هنجاریابی شود. بررسی میزان اهمیت هریک از زیرمقیاس‌ها نیز ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- ۱- موسوی، فاطمه؛ اصغری، مریم. مقایسه ویژگی‌های خلقی و مؤلفه‌های تعامل زناشویی در مادران با توجه گستره آسیب‌بینایی در فرزندان. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹، ۱۸(۱): ۴۳-۵۵.
- ۲- غباری بناب، باقر؛ حجازی، مسعود. رابطه جرئت‌ورزی و عزت‌نفس با پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی، *مجله کودکان/استثنایی*. ۱۳۸۶، ۷(۳)، ۲۹۹-۳۱۶.
- 3- Cloninger C. Current Opinion in Neurobiology, 1994. 4(2): 266-273.
- 4- Mulraney M. Silk T.J. Gulenc A. Efron D. Hazelle PH. DPsych E. Persistence of disruptive mood dysregulation disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2020. S0165-0327(20)32805-6.
- 5- Bruno A. Celebre L. Torre G. Pandolfo G. Mento C. Cedro C. Zoccali R. Muscatello M. Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature. *Psychiatry Research*, 2019. 279:323-330.
- 6- Laporte P. Matijasevich A. Munhoz T. Santos I. Barros A. Pine D.S. Rohde L.A. Leibenluft E. Salum G.A. Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Symptomatic and Syndromic Thresholds and Diagnostic Operationalization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2020, S0890-8567(20)30063-0
- 7- Baweja R. Mayes S.D. Hameed U. Waxmonsky J.G. Disruptive mood dysregulation disorder: current insights. *Neuropsychiatr. Dis. Treat*. 2016, 12, 2115-2124.

19-Hair J. Black W. C. Babin B. Anderson R. EMultivariate data analysis (7th ed).Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.2010.

۲۰- دارابیان، صمد؛ متولیان، عباس؛ جانانی، لیلا؛ امینی، مهدی؛ موسوی، عاطفه. (۱۴۰۰). اعتبارسنجی نسخه کوتاه پرسشنامه شخصیت‌شناسی زاگرم، کولمن، آلوجا، دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت. ۱۹(۱): ۱۸۰-۱۵۹.

16-Haller S. Kircanski K. Stringaris A. Clayton M. Bui H. Agorsor C. Cardenas S. Towbin K. Pine D. Leibenluft E. Brotman M. The Clinician Affective Reactivity Index: Validity and Reliability of a Clinician-Rated Assessment of Irritability, *Behavior Therapy*. 2020, 51: 283-293.

17-Aiken LR, Groth-Marnat G. Psychological testing and assessment. 12th ed. New York: Allyn and Bacon.2006.

18-Kline R. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications.2015.

طراحی و اعتباریابی الگوی ارتقاء بهزیستی سالمندان بر مبنای تجارب زیسته و بررسی اثربخشی آن بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان

نویسندگان

مهدی وفانوش^۱، کیومرث فرح‌بخش^{۲*}، حسین سلیمی بجستانی^۳، نورعلی فرخی^۴

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. vafanoush@gmail.com

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. H.salimi.b@gmail.com

۴. دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. farrokhinoorali@gmail.com

چکیده

مقدمه: درک مفهوم بهزیستی از دیدگاه سالمندان و مشخص کردن عوامل مهم آن می‌تواند نقش بسزایی در افزایش کیفیت و رضایت خاطر در دوران سالمندی داشته باشد. هدف پژوهش حاضر «طراحی و اعتباریابی الگوی ارتقاء بهزیستی سالمندان بر مبنای تجارب زیسته و بررسی اثربخشی آن بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان» بوده است.

روش: در این مطالعه از روش پدیدشناسی توصیفی برای جمع‌آوری داده‌ها و از روش «کلاژی» برای تحلیل داده‌ها در بخش کیفی استفاده شده است. تعداد مشارکت‌کنندگان بر اساس اشباع نظری بیست سالمند زن و مرد ساکن در استان تهران بود. اطلاعات از طریق مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. داده‌های به دست آمده برای تبیین عوامل بهزیستی در دوران سالمندی مورد تحلیل قرار گرفت. برنامه حاصل شده از مرحله کیفی جهت ارتقاء بهزیستی سالمندان به شش سالمند داوطلب بر اساس طرح تک موردی AB آموزش داده شد و نتایج از طریق پرسشنامه بهزیستی «ریف» مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های کمی در طی روش‌های شاخص تغییر پایا، تحلیل دیداری و معناداری بالینی با استفاده از فرمول درصد بهبودی و روش‌های ناهمپوش برای مشخص شدن اثربخشی برنامه صورت پذیرفت.

نتایج: پنج مضمون از یافته‌ها در بخش کیفی استخراج شد که شامل سرزندگی، سلامتی و پویایی، رشد و غنای فردی، روابط بین فردی، نیرومندی است. تحلیل داده‌ها نشان داد که برنامه بهزیستی به دست آمده برای چهار نفر از داوطلبین این برنامه دارای اثربخشی است. لازم به ذکر است در طرح‌های تک‌آزمودنی هنگامی پژوهشگر می‌تواند از احتمال رابطه کاربردی بین متغیر وابسته و مداخله صحبت بکند که این رابطه حداقل برای سه شرکت‌کننده تکرار شود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند برای استفاده بسیاری از روان‌شناسان، مشاوران و متخصصان حوزه سالمندی در زمینه نحوه مشاوره و آموزش سالمندان در برای افزایش بهزیستی سالمندان مورد استفاده قرار بگیرد. علاوه بر آن مسئولین و متولیان امر سالمندی می‌توانند با عملی نمودن برنامه بهزیستی سالمندان، بهزیستی را در جامعه سالمندی گسترش بدهند که این امر خود باعث کاهش اثرات نامطلوب پیری و شادابی و نشاط بیشتر در بین آنان می‌گردد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۶/۰۸



کلیدواژه‌ها

بهزیستی روان‌شناختی، سالمندی، تجارب زیسته.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

farahbakhsh@atu.ac.ir

مقدمه

تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد [۴].

تحقیقات در حوزه بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد که این عامل نقش مهمی در ارتقاء سلامت روان خانواده مبتنی بر ارتقاء مواردی همچون مهارت‌های تسلط بر جهان پیرامون، داشتن معنا در زندگی، احساس استقلال و برقراری ارتباط مثبت با دیگران دارد [۵].

مطالعات مقطعی اولیه، آسیب‌پذیری در جنبه‌های وجودی بهزیستی، به ویژه هدف در زندگی و رشد شخصی، در میان افراد مسن در مقایسه با بزرگسالان جوان یا میان سالی را نشان می‌دهد. این الگوها با شواهد طولی از چندین نمونه بزرگ، از جمله نظرسنجی‌های ملی تأیید شده‌اند. مقایسه ژاپن و ایالات متحده در این مورد نشان داده است، سن و بهزیستی از نظر فرهنگی در جوامع مختلف متفاوت است و مشخص شده است بهزیستی در مراحل آخر زندگی تحت تأثیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی نیز قرار دارد. یک مطالعه مرتبط نشان داد که بزرگسالانی که تصور می‌کنند جوان‌تر از سن واقعی خود هستند، از بهزیستی بالاتری برخوردار هستند [۶].

علاوه بر مطالعات مقطعی، مطالعات طولی نیز تأیید می‌کنند که هدف در زندگی، رشد شخصی و سایر ابعاد وجودی بهزیستی از سنین میان‌سالی تا سنین بالاتر کاهش می‌یابد [۷، ۸] که این کاهش نشان‌دهنده عوامل آسیب‌پذیری مهم برای سلامت روانی و جسمی افراد مسن است [۹]؛ بنابراین، حفظ و یا ارتقاء بهزیستی در افراد مسن می‌تواند در کیفیت زندگی آنان بسیار مهم و مؤثر باشد.

امروزه همگان در این موضوع اتفاق نظر دارند که سالمندی به روش موفق و بهینه، تنها مربوط به داشتن ژن‌های سالم و یا دسترسی به منابع سالم نیست؛ بلکه به چگونگی تنظیم زندگی به‌طور فعال، توسط افراد و رفتارهایشان بستگی دارد، به طوری که بتوان با آن، سلامت روان و بهزیستی را بهبود بخشید [۱۰]. نگرش‌هایی مانند تعهد، حفظ یک زندگی فعال، مرتبط با عملکرد شناختی و داشتن هدفمندی، می‌توانند به عنوان پیش‌بینی‌کننده طول عمر عمل کنند. این بدان معنی است که یادگیری مهارت‌های جدید، مشغول نگه‌داشتن ذهن، ایجاد انگیزه در جست‌وجوی تازگی و حل مشکلات زندگی روزمره، کلید مهمی در حفظ پیری شناختی موفق است. به همین ترتیب، تحقق فعالیت‌هایی با حالات روانی مثبت باعث ایجاد سلامتی می‌شود. در واقع، احساسات و تجربیات مثبت به

پدیده سالمندی در کلیه جنبه‌های زندگی جوامع بشری، از جمله طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیارها و ایجاد سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد، لذا مقابله با چالش‌های فرا راه این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب در برای ارتقاء وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان اهمیت بالایی دارد و در دستور کار جامعه بین‌المللی قرار گرفته است. آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالخوردگی باید جنبه تفکیک‌ناپذیری از سیاست‌های توسعه اجتماعی - اقتصادی باشد و با مساعی زیاد در کلیه سطوح کشوری، محلی، خانوادگی و فردی توأم گردد [۱]. بر همین اساس سازمان ملل متحد دهه ۲۰۲۱ تا ۲۰۳۰ را دهه سلامت سالمندان با پیروی از اقدامات بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت برای بهبود زندگی افراد مسن، خانواده‌ها و جوامع آن‌ها اعلام کرده است. در حقیقت دهه پیری سالم فرصتی برای تمرکز هماهنگ، پایدار، سرمایه‌گذاری و اقدام برای تقویت پیری سالم و مقابله با عواملی است که بر وضعیت سلامت افراد مسن تأثیر می‌گذارند و در افزایش حساسیت آن‌ها به بیماری‌های جدی نقش دارند [۲].

از زمانی که سازمان بهداشت جهانی سلامت، سلامتی را حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعیین و نه تنها فقط بیماری یا ناتوانی تعریف کرده است، دیدگاه سنتی سلامت به سمت مفهوم چند بعدی دیدگاه‌ها و عقاید ذهنی افراد تغییر یافت. در حقیقت، ظهور دو جریان توجه به رشد روان‌شناختی و سلامتی و روان‌شناسی مثبت‌نگر موجب تغییر رویکرد روان‌شناسان از مدل پزشکی یا آسیب‌شناختی به مدل‌های مثبت‌نگر در موضوع سلامت روانی شد. در این راستا، مدل‌هایی مانند مدل شش عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۵) تدوین شدند که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جای تمرکز بر بیماری و تنش بر توانایی‌ها و داشته‌های فرد متمرکز شدند [۳]. این تغییر رویکرد موجب شد روان‌شناسان این گروه در توصیف و تعریف سلامت روان، بیشتر از اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی استفاده کنند که دارای بار مثبت‌تری است. بهزیستی روان‌شناختی به عنوان رشد استعدادهای واقعی هر فرد تعریف می‌شود و تلاشی است برای کمال در جهت

عوامل بهزیستی در سالمندی بر اساس تجارب زیسته آنان و عدم پاسخگویی این پژوهش‌ها بر این سؤالات که تجارب زیسته سالمندان در حیطه بهزیستی چگونه است و عوامل مؤثر بر ارتقاء بهزیستی سالمندان چیست و چه برنامه‌ای را می‌توان برای افزایش بهزیستی سالمندان تدوین نمود، این پژوهش بر آن بود تا بتواند درصدد پاسخگویی به این سؤالات برآید تا در نهایت از حاصل این تحقیقات بتوان به نتایج قابل قبول و مناسبی دست یافت تا هم بهزیستی سالمندان را افزایش داد و هم نسل جوان را برای داشتن سالمندی مناسب و بهینه آماده نمود.

روش پژوهش بخش کیفی

در این پژوهش، پژوهشگر بر این هدف بود که به مطالعه عمیق تجارب زیسته سالمندان در حیطه بهزیستی و تهیه الگوی بهزیستی در سنین سالمندی و تعیین اثربخشی الگوی ارتقاء بهزیستی بر روی سالمندان بپردازد، بنابراین چنین پژوهشی می‌بایست هم جنبه‌های کیفی و هم جنبه‌های کمی را مورد مطالعه قرار دهد، لذا پژوهش حاضر در بخش اول که طراحی یا تدوین الگوی ارتقاء بهزیستی مدنظر است و به دانش جدید منجر می‌شود به لحاظ هدف بنیادی و در بخش دوم تحقیق که به اثربخشی این الگو منتهی می‌شود کاربردی می‌باشد که با هر دو روش کمی و کیفی اجرا گردید. از آنجا که این پژوهش با روش‌های کیفی شروع و با روش‌های کمی در جهت رسیدن به مدلی با حاکمیت رویکرد کیفی صورت گرفت، از نوع تحقیق آمیخته است.

منظور از روش تحقیق آمیخته عبارت است از رویه‌ای برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از طریق ترکیب روش کیفی و کمی در یک مطالعه یا مجموعه‌ای از مطالعات در راستای درک یک مسئله پژوهشی. در طرح آمیخته اکتشافی، محقق ابتدا از طریق روش پژوهش کیفی اطلاعات مورد نیاز را جمع‌آوری می‌کند. پس از این مرحله محقق به منظور آزمودن فرضیه‌های تدوین شده می‌تواند با استفاده از روش‌های پژوهش کمی، داده‌های حاصل از مرحله کیفی را اعتباربخشی نماید و عواملی را که کمتر تأثیر داشته‌اند اصلاح، جایگزین و یا حذف کند [۲۰]. طرح مطالعه اکتشافی نیز شامل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها با روش تحقیق کیفی در مرحله اول و سپس استفاده از نتایج آن برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌های کمی است که در نهایت یک تفسیر و جمع‌بندی کلی از نتایج هر دو روش در قالب

پیشگیری از بیماری‌ها کمک می‌کند و همچنین باعث افزایش شادکامی و رضایت از زندگی [۱۱] و اغلب پیش‌بینی‌کننده سلامتی و طول عمر هستند [۱۲]؛ بنابراین بهزیستی نه تنها با سلامت بیولوژیکی بلکه با احساس افراد در رابطه با اشتیاق برای زندگی، نشاط، شجاعت و تجربه معنا و زندگی معنادار ارتباط دارد. در این صورت معنای بهزیستی می‌تواند مربوط به تجربیات درونی فرد باشد و می‌تواند بر اساس شرایطی توصیف شود که در آن افراد توانایی «خوب بودن» (بهزیستی) را تجربه می‌کنند [۱۳]. طبق تحقیقات صورت گرفته بهزیستی در سالمندان باعث تأثیرات مثبتی همچون سلامت روان [۱۴]، معنا و کیفیت زندگی [۱۵]، توانایی مدیریت استرس و اضطراب [۱۶]، عزت‌نفس [۱۷] و استحکام روانی [۱۸] می‌شود که در نهایت باعث می‌شود زندگی سالمندی از کیفیت و رضایت خاطر بیشتری همراه باشد. ایجاد عادات سالم در طول چرخه زندگی مسئله مهمی است که تا حد زیادی به زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی بستگی دارد؛ بنابراین، تدوین برنامه‌ها و مداخلات آموزشی در جامعه برای ارتقاء راهبردهای عملکرد مثبت و بهزیستی ضروری است. اکنون چالش جوامع کنونی و آینده این است که برای افراد مسن فرصت‌هایی برای خودآگاهی، رشد شخصی مستمر و مشارکت اجتماعی فراهم کنند [۱۹]. با توجه به افزایش روزافزون آمار سالمندان در ایران، پژوهش‌هایی که موجب درک معتبر و جامع از سالمندی و به‌طور خاص تجارب خوب و مثبت آن‌ها که در نهایت باعث بهزیستی در سنین سالمندی می‌شود، اهمیت برجسته‌ای پیدا می‌کنند. نگاهی گذرا به تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که در ایران پدیده سالمندی آن‌چنان که می‌بایست مورد توجه محققان نبوده است و بر روی نیازهای این قشر به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر اجتماعی چندان تمرکز نشده است؛ از همین رو، ضرورت توجه به مسائل این گروه و شرایطشان و عوامل مؤثر بر بهزیستی آنان به عنوان بخش مهمی از اعضای جامعه بیشتر درک می‌گردد. از سویی دیگر تحقیقات انجام شده در زمینه سالمندان و بهزیستی فقط تأثیر عوامل مختلف بر روی بهزیستی سالمندان را مورد بررسی قرار داده و هیچ تحقیقی، عوامل بهزیستی سالمندان را به صورت جامع از دیدگاه افراد سالمند بررسی نکرده است؛ بنابراین با توجه به نبود پژوهشی جامع و کامل برای مشخص کردن

به ثبات برسد. سپس در مرحله B یا مرحله مداخله، پس از هر دو جلسه پرسشنامه‌های مذکور را دوباره تکمیل کردند.

جامعه آماری بخش کیفی

در این مطالعه به منظور آگاهی از تجارب زیسته سالمندان به منظور ارائه الگوی ارتقاء بهزیستی جوانان و سالمندان، تمام سالمندان شهر تهران (پیران جوان ۶۵ تا ۷۴ سال) به عنوان جامعه مورد پژوهش در نظر گرفته شدند. اندازه نمونه نیز بر اساس اشباع نظری بود. نمونه‌گیری در پژوهش حاضر بر اساس نمونه‌گیری هدفمند حداکثری بود. در این روش حداکثر اختلاف در محدوده‌ای از کیفیت‌ها، خصوصیات، موقعیت‌ها یا موارد بروز پدیده تحت مطالعه برای در نظر گرفتن مشارکت‌کنندگان مدنظر قرار می‌گیرد. هدف از این روش به تصویر کشیدن تم‌های اصلی است که از مشارکت‌کنندگان متفاوت به دست آمده باشد. مبنای این روش نمونه‌گیری بر این اصل استوار است که تفاوت یا اختلاف موجود در خصوصیات یا ابعاد مهم موجود در مشارکت‌کنندگان می‌بایست با تأمل بررسی شود. منطبق این روش اجازه می‌دهد که بتوان تمام الگوهای معمول را که از افراد مختلف به دست می‌آید، استخراج نمود تا به بهترین درک نسبت به پدیده مورد بررسی رسید [۲۱]. پس از انتخاب هدفمند حداکثری نمونه‌ها طبق ملاک‌های گزینش که شامل: دارا بودن سن ۶۵ تا ۷۴ سال، رضایت‌مندی به شرکت در مصاحبه و توانایی صحبت درباره تجارب، نداشتن مشکل شناختی یا بیماری روانی و نبود وضعیت بیماری حاد و اورژانسی در بین شرکت‌کننده‌ها و امکان برقراری ارتباط و انتقال تجربه، احساسات و واکنش‌های خود به محقق بود، مصاحبه نیمه‌ساختارمند پژوهش با آن‌ها اجرا گردید.

جامعه آماری بخش کمی

جامعه پژوهش در بخش نهایی پژوهش یا مرحله بررسی اثربخشی الگوی ارتقاء بهزیستی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، شش نفر از سالمندان داوطلب (پیران جوان ۶۵ تا ۷۴ سال) در مناطق مختلف شهری تهران بودند. پس از کسب رضایت برای شرکت در جلسات مشاوره‌ای، منطبق بر طرح A-B، تحت مداخلات قرار گرفتند. طرح‌های آموزشی تک‌آزمودنی هنگامی پژوهشگر می‌تواند از احتمال رابطه کاربردی بین متغیر وابسته و مداخله صحبت کند که این رابطه حداقل برای سه شرکت‌کننده تکرار شود [۲۲].

یک مطالعه صورت گرفت. با توجه به هدف پژوهش، در بخش کیفی از روش پدیدارشناسی^۱ استفاده گردید.

از آنجا که هدف این مطالعه، بررسی و تبیین کیفی تجارب سالمندان جهت ارتقاء بهزیستی سالمندان است، لذا برای ورود به درون جهان زندگی زیسته افراد و بررسی تجربیات زندگی آن‌ها روش «پدیدارشناسی توصیفی» مبتنی بر روش کلایزی بسیار مناسب است. در این روش با به‌کارگیری پرسش و کاوش باز پاسخ^۲ در قالب مصاحبه به بررسی آثار و واکنش‌های روان‌شناختی و بررسی تجارب زیسته سالمندان پرداخته شد. در این بخش برخلاف پژوهش‌های صرفاً کمی، به جای استفاده از داده‌ها، از گزارش‌های کلامی افراد در مورد تجاربشان به عنوان داده استفاده شد و پژوهشگر با استفاده از چند سؤال باز، نظرات نمونه‌ای از افراد درگیر پدیده مورد نظر را مورد پژوهش و بررسی قرار داد. در این روش کدها از پیش تعیین شده نخواهند بود.

روش پژوهش بخش کمی

در این تحقیق پس از استخراج داده‌ها از مصاحبه پدیدارشناسی و ترسیم مدل استخراجی از داده‌ها بر اساس مدل به دست آمده برنامه‌ای جهت افزایش بهزیستی در سالمندان طراحی شد. در طراحی این برنامه تلاش بر این بود که برنامه‌ای مبتنی بر این مدل و یافته‌ها که به سادگی برای هر سالمند قابل انجام و با حداقل هزینه طراحی گردد. در طی اجرای برنامه، بازخورد سالمندان در مورد این برنامه نیز مد نظر قرار گرفت و در صورت لزوم ویرایش‌های لازم صورت پذیرفت. برای تعیین روایی محتوای برنامه نیز از نظرات ۱۰ نفر از متخصصان این حوزه نیز استفاده گردید که در بخش شواهد و استحکام داده‌ها شرح داده شده است. بر این اساس پس از هشت جلسه آموزش بر روی سالمندان داوطلب از طریق طرح تک‌آزمودنی AB نتایج به دست آمده برای تعیین اثربخشی این برنامه بر روی بهزیستی روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است با توجه به شرایط کرونا تحقیق بر روی سالمندانی صورت پذیرفت که هر دو دوز واکسن کرونا را دریافت کرده و داوطلب همکاری بودند. سالمندان انتخاب شده در مرحله A یا خط پایه، چندین بار (دو تا سه بار) پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف ۲۰۰۲ را تکمیل کردند تا نتایج

1. Phenomenological research method
2. open-ended

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در بخش کیفی

ردیف	جنسیت	تأهل	تعداد فرزندان	شغل	تحصیلات
۱	زن	متأهل	۲	معلم بازنشسته	کارشناسی
۲	مرد	متأهل	۳	راننده تاکسی	دیپلم
۳	زن	مجرد	۴	بازنشسته	فوق دیپلم
۴	مرد	متأهل	۴	بازنشسته	فوق دیپلم
۵	زن	متأهل	۲	بازنشسته	کارشناسی
۶	مرد	متأهل	۱	استاد بازنشسته	دکتر
۷	مرد	متأهل	۳	بازنشسته	دیپلم
۸	زن	مجرد	۳	کارمند	کارشناسی
۹	مرد	متأهل	۲	شغل آزاد	دیپلم
۱۰	مرد	متأهل	۳	فنی کار	سیکل
۱۱	زن	متأهل	۳	خانه‌دار	دیپلم
۱۲	مرد	متأهل	۳	دندان‌ساز	دیپلم
۱۳	مرد	متأهل	۲	بازنشسته	کارشناسی
۱۴	مرد	متأهل	۲	بازنشسته نظامی	کارشناسی
۱۵	مرد	متأهل	۳	مدیر مدرسه	کارشناسی ارشد
۱۶	مرد	متأهل	۲	کارمند بازنشسته	کارشناسی
۱۷	زن	متأهل	۴	خانه‌دار	سیکل
۱۸	زن	متأهل	۴	خانه‌دار	دیپلم
۱۹	مرد	متأهل	۳	شغل آزاد	دیپلم
۲۰	زن	مجرد	-	معلم بازنشسته	کارشناسی ارشد

جدول ۲. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در بخش کمی

ردیف	جنسیت	تأهل	تعداد فرزندان	شغل	تحصیلات
۱	زن	متأهل	۴	خانه‌دار	دیپلم
۲	زن	متأهل	۳	بازنشسته	لیسانس
۳	زن	متأهل	۴	خانه‌دار	دیپلم
۴	مرد	متأهل	۱	بازنشسته	کارشناسی ارشد
۵	مرد	متأهل	۳	شغل آزاد	دیپلم
۶	مرد	متأهل	۳	بازنشسته	فوق دیپلم

ابزار پژوهش بخش کیفی

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها به منظور تعیین تجارب زیسته سالمندان از مصاحبه عمیق (جامع) نیمه‌ساختاریافته استفاده گردید.

هدف مصاحبه نیمه‌ساختاریافته درک تجارب زیسته افراد و درک معنای تجارب است و مصاحبه در این زمینه خیلی راهگشا است [۲۳]. در این بخش، مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مراجعان ضبط و سپس روی کاغذ آورده شد تا برای تحلیل و کدگذاری آماده شود. در پایان مصاحبه از همه افراد خواسته شد هر موردی را که مطرح نشده بیان کنند تا مطلبی ناگفته باقی نماند. بر این اساس پس از پیاده کردن مصاحبه‌های ضبط‌شده بر روی کاغذ چندین بار این مصاحبه‌ها مورد مطالعه و دقت قرار گرفت تا مأنوس شدن و درک گفته‌های مصاحبه‌شوندگان تا حد امکان فراهم گردد. سپس عبارات و مفاهیمی که در مصاحبه‌ها مرتبط با بهزیستی سالمندی بود استخراج گردید. بعد از مرور توصیفات شرکت‌کنندگان مفاهیم مشترک دسته‌بندی موضوعی شد و برای موثق نمودن مطالب به توضیحات اصلی مراجعه می‌شد. در مرحله بعد عقاید استنتاج شده به توصیفی جامع و کامل تبدیل و در نهایت یافته‌های نهایی حاصل، به منظور اطمینان از موثق بودن آن‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه شد.

ابزار پژوهش بخش کمی

داده‌های مربوط به بخش کمی پژوهش حاضر از طریق پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف ۲۰۰۲ حاصل گردید. در این پژوهش از نسخه کوتاه ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده گردید که خانجانی آن را اعتباریابی کرده است. ریف در سال ۱۹۸۹ فرم اولیه را طراحی کرده و در سال ۲۰۰۲ مجدداً بررسی شده است. در فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف پاسخ به هر یک از ۱۸ سؤال روی طیفی ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق مشخص می‌شود. سؤال‌های ۲ و ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود، سؤال‌های ۱ و ۴ و ۶ عامل تسلط محیطی، سؤال‌های ۳ و ۱۱ و ۱۳ عامل رابطه مثبت با دیگران، سؤال‌های ۵ و ۱۴ و ۱۶ عامل داشتن هدف از زندگی، سؤال‌های ۷ و ۱۵ و ۱۷ عامل رشد فردی و سؤال‌های ۹ و ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال هستند. نمره بیشتر

بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر بود. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۹۸ در نوسان بوده است در پژوهش حاضر اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۵۶ محاسبه شده است.

روش اجرا

سؤال‌های مبتنی بر مفاهیم بهزیستی روان‌شناختی عبارت بودند از: تا چه مقدار بر روی اتفاقات مهم زندگی‌تان تأثیرگذار بوده‌اید؟ چه هدف‌هایی در زندگی‌تان داشته‌اید و چگونه به آن‌ها دست پیدا کردید؟ با تجربه‌ها و فرصت‌های جدید زندگی چگونه برخورد کردید و چقدر در زندگی به فرایند یادگیری، تغییر و رشد اهمیت داده‌اید؟ در طول زندگی روابط شما با اطرافیان و مردم چگونه بوده است؟ قضاوت و نظر دیگران در زندگی‌تان چقدر تأثیرگذار بوده و آیا زندگی شما را تحت‌الشعاع خود قرار داد؟ در صورت بررسی زندگی‌تان از اول تاکنون، چه قضاوتی از خودتان خواهید داشت؟ اگر بخواهید به کسی تجربیات خودتان را ارائه دهید تا زندگی خوب و قابل قبولی داشته باشد چه می‌گفتید؟

روند سؤال از شرکت‌کنندگان تا رسیدن به یک اشباع نظری ادامه یافت. یک معیار برای کشف رسیدن به اشباع تکرار داده‌های قبلی می‌باشد. بدین معنی که پژوهشگر با داده‌هایی مواجه می‌شود که تکراری بوده و مرتب تکرار می‌شوند؛ برای مثال زمانی که در مصاحبه‌های انجام شده، پژوهشگر نظرات مشابه و تکراری را دریافت می‌کند، می‌تواند حدس بزند که به اشباع داده‌ها دست یافته است. با این وجود پیشنهاد شده است که پس از آنکه پژوهشگر متوجه شد که داده‌های به دست آمده در حال تکرار هستند، چندین مصاحبه تکمیلی دیگر برای تأیید اشباع نظری انجام دهد. در این تحقیق پس از ۱۵ مصاحبه، پژوهش به اشباع نظری رسید؛ اما روند پژوهش و مصاحبه تا ۲۰ مصاحبه ادامه پیدا کرد.

به منظور دسترسی به پایایی و روایی تحقیق از چهار شاخص اعتبار گوبا و لینکلن^۱ که شامل چهار معیار قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری است استفاده گردید. برای اعتبارسنجی داده‌ها پس از هر

1. Guba & Lincoln

میزان پایداری از پیشرفت در متغیر برآیند درمان، دست یافته باشند. در این روش نمره پیش‌آزمون از نمره پس‌آزمون کم می‌شود و حاصل به دست آمده بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌شود. بهبود ۵۰ درصد یا بیشتر بر اساس این فرمول معنادار است.

در تحلیل دیداری، داده‌ها برای هر شرکت‌کننده در طی مراحل مختلف مطالعه به صورت نمودار نشان داده می‌شود. در این روش، تراز، روند و تغییرپذیری داده‌ها در هر کدام از شرایط مداخله (خط پایه، مداخله) و در بین موقعیت‌های مختلف مداخله مورد مقایسه و ارزیابی قرار می‌گیرد.

روش‌های ناهمپوش به خوبی با تحلیل دیداری نمودارهای ترکیب می‌شوند و وابسته به توزیع هستند؛ یعنی به رعایت مفروضه‌های آمار پارامتریک درباره توزیع داده‌ها، مثل برابری واریانس‌ها و نرمال بودن نیازی ندارند و استقلال خطاها یا خود همبستگی داده‌ها نیز تأثیر کمی روی نتایج دارد. برای انجام این طرح از دو روش PEM و NAP استفاده گردید. شاخص درصد داده‌های افزون بر میانه (PEM) شاخصی است از درصد داده‌های مرحله درمان که از میانه مرحله خط پایه بیشتر است و روشی است که می‌تواند روند مثبت خط پایه را کنترل کند. در صورتی که درمان بی‌تأثیر باشد، داده‌ها مکرر در اطراف خط میانه نوسان خواهند داشت. روش PEM در صورت وجود داده خیلی بالا یا خیلی پایین، می‌تواند منعکس‌کننده اندازه اثر باشد و برای مجموعه داده‌های کوچک نیز قابل استفاده است [۲۴]. روش ناهمپوشی همه جفت‌ها (NAP) درصد همه مقایسه‌های دوبه‌دو در مقایسه داده‌های دو مرحله درمان و خط پایه یک‌به‌یک با تمامی داده‌های مرحله درمان مقایسه می‌شوند [۲۵]. این روش نسبت به دیگر روش‌های ناهمپوش برآورد دقیق‌تری از همپوشی و ناهمپوشی و در نتیجه نتایج قابل اعتمادتری فراهم می‌کند.

شرح جلسات آموزش

محتوای برنامه اجرا گردیده نیز شامل این موارد است:

- ۱ - جلسه اول، سرزندگی ۱:
- توجه به اوقات فراغت همچون: مسافرت و گردشگری، مسافرت‌های کوتاه‌مدت یک‌روزه حتی درون شهری مثلاً تهران گردی
- مطالعه: خواندن کتاب و مجله‌های مورد علاقه

تحلیل، مصاحبه صورت گرفته دوباره به شرکت‌کننده بازگشت داده شد تا صحت و سقم مطالب تأیید و تغییرات لازم اعمال گردد. گفتنی است محقق سعی نمود پیش‌فرض‌های پیشین خود را تا حد امکان در فرایند جمع‌آوری اطلاعات دخالت ندهد. برای تصدیق قابلیت اطمینان و کیفیت، از راهنمایی و نظارت متخصصان که در تحقیق حاضر اساتید راهنما و مشاور و سه نفر از متخصصین این حوزه بودند استفاده گردید. جهت افزایش قابلیت تعمیم و انتقال به موقعیت‌های دیگر، تلاش شد که برای شرکت در پژوهش تا حد امکان از سالمندانی استفاده شود که در موقعیت‌های مختلف از لحاظ فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی قرار دارند.

برای اعتباریابی برنامه ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی نیز از روش لاوشه استفاده گردید که دو ملاک نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های کمی نیز از شاخص تغییر پایا (RCI)، تحلیل دیداری و معناداری بالینی با استفاده از فرمول درصد بهبودی و روش‌های ناهمپوش استفاده گردید. جاکوبسون و تروکس به منظور جلوگیری از برخی خطاهای احتمالی در تعیین نقطه برش ناشی از همپوشی و عدم همپوشی توزیع جمعیت بهنجار و نابهنجار و برای اعتماد بیشتر به داده‌ها و هم‌چنین سنجش بهتر کارایی، روش RCI را مطرح کردند که بعدها کریستنسن و همکاران این فرمول را اصلاح کردند. برای سنجش عملیاتی شاخص تغییر پایا باید انحراف معیار و پایایی (آزمون بازآزمون) را در اختیار داشته باشیم. در این شاخص، نمره پس‌آزمون یا بعد از مداخله منهای نمره پیش‌آزمون یا قبل از مداخله تقسیم بر خطای استاندارد تفاوت نمرات دو آزمون، برابر با شاخص تغییر پایا است. اگر میزان تغییرات یا تفاوت پیش از مداخله یا پس از مداخله از $1/96$ بیشتر باشد، می‌توان با در نظر گرفتن $0/5$ احتمال خطا نتیجه گرفت که تغییر و بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی بوده و تغییر به دست آمده تصادفی نیست؛ به عبارتی دیگر اگر نتیجه به دست آمده مساوی یا بزرگ‌تر از $Z=1/96$ باشد، با ۹۵ درصد اطمینان $P<0/05$ می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به دست آمده ناشی از اثر مداخله است.

در روش معناداری بالینی در پایان درمان، از نظر (جاکوبسون، ۱۹۹۹) بیماران از نظر بالینی می‌بایست به

- ایجاد سرگرمی: تلاش برای ایجاد سرگرمی همانند نگهداری گل و گیاه
- تفریح: بازی‌های مختلف مانند شطرنج با همسالان و یا نسل جوان
- مسجد رفتن: نماز خواندن در مسجد و تعامل با همسالان و حضور در برنامه‌های مسجد
- پارک رفتن: قدم زدن در پارک و هم صحبتی با همسالان
- ۲- **جلسه دوم، سرزندگی ۲:**
- ایجاد انگیزه: خواندن کتاب‌های انگیزشی و گذراندن دوره‌ها و کلاس‌های انگیزشی، ایجاد هدف و معنا در زندگی
- لذت‌مندی: تلاش برای لذت بردن از موهبت‌های زندگی و نکات کوچک زندگی
- مثبت‌نگری: تلاش برای امیدواری، توجه به نکات مثبت زندگی و داشته‌ها
- شادکامی: دیدن فیلم‌های کمدی، خواندن یک کتاب طنز، لبخند زدن، شوخ‌طبعی
- ۳- **جلسه سوم، سلامتی و پویایی:**
- فعالیت‌های فیزیکی: قدم زدن در طبیعت، ورزش کردن
- عدم سکون و انفعال: نماندن در خانه، عدم پارک‌نشینی همیشگی، پویایی و تحرک
- سلامت مداری: مواظبت و توجه به جسم و روح با دقت در نوع تغذیه، بی‌توجهی به نکات منفی، توجه به خواب، عدم استعمال دخانیات، الکل و مواد مخدر
- ۴- **جلسه چهارم، روابط بین فردی:**
- خانواده: تلاش برای ایفای نقش بیشتر در خانواده، یاری رساندن به افراد خانواده، تلاش برای جبران گذشته در ارتباط با فرزندان
- رابطه با دیگران: احترام با اطرافیان، تلاش برای ارتباط با دوستان، تلاش برای ادراک دیگران، نداشتن انتظار از دیگران، برخورد با لطف و محبت با دیگران
- مشارکت اجتماعی: مشورت دادن و یاری دیگران، انتقال دادن تجربه‌ها به دیگران، انجام کارهای خیر و عام‌المنفعه
- ۵- **جلسه پنجم، رشد و غنای فردی ۱:**
- کسب مهارت‌ها و دانش‌های جدید با حضور در دوره‌های آموزشی مختلف
- برداشتن محدودیت‌های ایجادشده توسط خود: باور به این‌که هنوز هم می‌توان در این سن و سال به یادگیری و اقدامات جدید و نو دست زد و بر موانع می‌توان فائق شد.
- یادگیری هنر: تلاش برای یادگیری یک کار هنری جدید
- تلاش برای گذشت در زندگی: بخشش و گذشت از خطاهای خود و دیگران
- تلاش برای پذیرش گذشته خود: پذیرفتن گذشته خود با وجود همه اشتباهات و خطاهایی که ممکن است وجود داشته باشد.
- عدم حسرت در زندگی: تلاش برای عدم حسرت و تأسف زیاد در زندگی به خاطر کوتاهی‌ها و اشتباهاتی که ممکن است وجود داشته است.
- تلاش جهت جبران مافات گذشته: در صورت کوتاهی و یا ظلم در حق دیگران تلاش برای جبران این کوتاهی‌ها و اشتباهات
- پذیرش رنج و مشقات زندگی: قبول و پذیرش این‌که تحمل رنج و مشقات در زندگی بخشی از زندگی است.
- ۶- **جلسه ششم، رشد و غنای فردی ۲:**
- تلاش جهت شفقت‌ورزی: تلاش برای مهربانی و مهر و محبت در قبال دیگران و خود
- مواجهه با تنهایی و تدابیر لازم: پذیرش این‌که تنهایی بخشی از روند زندگی می‌تواند باشد و برای تحمل این تنهایی چه کارها و اقداماتی می‌تواند انجام بدهد (انس با ادبیات، تلاش برای ارتباط بیشتر با دیگران، لذت بردن از تنهایی در عین ارتباط با دیگران و ...)
- ارزشمند دانستن خود
- آراسته پوشی و اهمیت به ظاهر
- ارزش نهادن به داشته‌های زندگی: توجه به داشته‌ها و موهبت‌هایی که می‌تواند هم اکنون در اختیار دارد و استفاده نماید.
- ۷- **جلسه هفتم، نیرومندی ۱:**
- تلاش برای پیدا کردن راه‌حل در هنگام برخورد با مشکلات و مسائل: توضیح روش راه‌حل محور و بارش فکری
- تلاش برای تطابق با محیط زندگی و تغییرات ایجادشده

مشارکت اجتماعی، توانمندی‌ها، سرمایه‌های معنوی، استقلال، رشد و کمال، پذیرش، مهرورزی، تدبیر تنهایی، ارزشمندی بودند به دست آمد که حاصل نهایی آن به دست آمدن پنج مقوله اصلی سرزندگی، سلامتی و پویایی، روابط بین فردی، رشد و تعالی فردی، نیرومندی گردید.

جدول ۳. مقولات اصلی و فرعی در بهزیستی سالمندان

مقوله اصلی	مقوله فرعی
سرزندگی	اوقات فراغت مطلوب
	روحیه و انگیزش
	لذت‌مندی
	مثبت‌نگری
	شادکامی
سلامتی و پویایی	فعالیت‌های فیزیکی
	پویایی
	سلامت‌مداری
روابط بین فردی	خانواده
	رابطه با دیگران
	مشارکت اجتماعی
رشد و تعالی فردی	رشد و کمال
	مهرورزی
	پذیرش
	تدبیر تنهایی
	ارزشمندی
توانمندسازی	توانمندی‌ها
	سرمایه‌های معنوی
	استقلال

در زندگی: تلاش برای تطابق با محیط زندگی و استقبال و پذیرش تغییراتی که ممکن است در زندگی پیش بیاید.

- تلاش برای انعطاف‌پذیری در برخورد با دیگران: تلاش برای داشتن رفتار انعطاف‌پذیر در قبال دیگران و تعامل بیشتر با دیگران
- برنامه‌ریزی برای زندگی: تلاش برای زندگی هدفمند و داشتن برنامه برای زمان‌های در اختیار
- سماجت و سرسختی در رسیدن به اهداف: تلاش و مداومت در راه رسیدن به اهداف و برنامه‌هایی که هم اکنون در زندگی مشخص کرده‌اند.
- تلاش برای پیدا کردن روایت‌ها و زاویه‌های دید متفاوت در زندگی: تلاش برای پیدا کردن زاویه‌های جدید از داستان زندگی مبتنی بر توانمندی‌ها و نقاط مثبت زندگی

۸- جلسه هشتم، نیرومندی ۲:

- تلاش برای در اختیار داشتن سررشته زندگی و حق انتخاب برای خود قائل شدن: این‌که همواره در هر شرایطی حق انتخاب برای خود قائل باشد و هیچ‌گاه خود را منفعل و دست‌وپا بسته نداند.
- تلاش برای مستقل بودن
- تلاش برای تقویت ایمان و رابطه خوب با خداوند
- شکرگزاری از نعمات الهی و برشمردن آن‌ها
- توبه نزد خداوند بابت کوتاهی‌ها و قصورهای زندگی

یافته‌های بخش کیفی

در مرحله کیفی پژوهش با توجه به مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته درباره تجارب زیسته سالمندان در حیطة بهزیستی صورت گرفت داده‌ها حاصل گردید. داده‌های به دست آمده از مشارکت‌کنندگان در چندین مرحله مورد بازبینی و تحلیل قرار گرفت و ۲۰۸ کد اولیه استخراج شد؛ ولی با تقلیل و حذف برخی کدها و قرار دادن کدهای حذفی در حیطة بهزیستی در دوران جوانی از دید سالمندان در نهایت ۷۰ کد حاصل گردید که کدهای مشابه برای تشکیل مقولات فرعی با هم ترکیب و تلفیق شدند و در نهایت نوزده مقوله فرعی که شامل اوقات فراغت مطلوب، روحیه و انگیزش، لذت‌مندی، مثبت‌گرایی، شادکامی، فعالیت‌های فیزیکی، پویایی، سلامت‌مداری، خانواده، ارتباط با دیگران،

سرزندگی

بر اساس تحلیل داده‌های به دست آمده از مشارکت‌کنندگان مقوله اصلی اول سرزندگی بود که پنج زیر مقوله فرعی اوقات فراغت مطلوب، روحیه و انگیزش، لذت‌مندی، مثبت‌نگری و شادکامی را در بر گرفت. بر این اساس مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که داشتن اوقات فراغت در قالب فعالیت‌هایی همچون مسافرت و گردشگری، ایجاد سرگرمی، تفریح، مسجد رفتن، پارک رفتن می‌تواند بر روی بهزیستی سالمندان تأثیرگذار باشد. برای مثال شرکت‌کننده شماره ۱ بیان می‌کند که «در سالمندی تفریح بهترین کاره» یا شرکت‌کننده شماره ۳ می‌گوید «من عاشق مسافرت بودم و الآن مسافرت‌هام رو بیشتر کردم و در کرواسی این مسافرت و گردشگری رو در پیرمردها و پیرزن‌ها دیدم و این جرقه‌ای برای من شد که هر موقع پیر شدم این راه را ادامه بدهم» یا شرکت‌کننده شماره ۱۵ بیان می‌دارد: «در فرهنگ ما مسجد رفتن وجود داشت و پیرمردها و پیرزن‌ها آنجا می‌رفتند یا در پارک‌ها کنار هم می‌نشینند شطرنج بازی می‌کنند این‌ها باعث می‌شود ارتباط حفظ شود» و در جایی دیگر هم می‌گوید: «سالمند به دنبال کسب دانش باشه سعی کنه اهل مطالعه باشه مطالعه در هر زمینه‌ای می‌تونه باشه».

روحیه و انگیزش دیگر مقوله فرعی از مقوله اصلی سرزندگی بود که با توجه به کدهای به دست آمده از مصاحبه‌ها مطرح شد. در مورد روحیه، شرکت‌کننده شماره ۸ بیان می‌کند: «من هر موقع تنهام زنگ می‌زنم دوستان بیایند با هم بریم پارک بانوان بیایند بریم بیرون می‌گن تو چه حوصله‌ای داری می‌گم حوصله برای همین‌هاست». در مورد انگیزش نیز، شرکت‌کننده شماره ۲۰ نیز بیان می‌کند که «من با شاگرد خودم هم کلاس بودم در دانشگاه اما همه می‌گفتند چرا شما درس می‌خوانید خانم، شما که کار دارید. گفتم من درس را برای درس می‌خونم؛ اما شما برای رفع بیکاری می‌خونید یا می‌گفتند چرا سعی می‌کنید نمره‌ها تون خوب بشه می‌گفتم چون شما شاگردانم بوده‌اید پس من معلم باید درسم هم بهتر از شما باشد».

لذت‌بری از دیگر مقوله‌های فرعی از مقوله اصلی سرزندگی بود که از خلال مصاحبه‌های صورت گرفته و از کدهای لذت از موفقیت اطرافیان و لذت از لحظات زندگی حاصل شد. در این زمینه شرکت‌کننده شماره ۱۲ می‌گوید:

«من الان خودم راضی هستم از این که بچه‌هام سروسامان گرفتند و به اون چیزی که خودم نرسیده بودم خدا را شکر بچه‌هام رسیدند». شرکت‌کننده شماره ۱۷ نیز مشابه همین عبارات می‌گوید: «الحمدلله بچه‌های خوبی دارم که قدرشناس هستند که همین برای من مهم بوده و راضی بوده‌ام» شرکت‌کننده شماره ۸ نیز در مورد لذت از لحظات زندگی می‌گوید: «چون سعی می‌کنم از نوع چای خوردنم از نوع غذا خوردنم حتی ارتباطم با بچه‌ها رو دوست داشته باشم».

مثبت‌گرایی مقوله دیگری از مقوله اصلی سرزندگی بود که از کدهای مثبت‌بینی، انجام کارهای مثبت، امیدواری، باور به مثبت‌اندیشی و ایجاد حال خوب به دست آمد. مشارکت‌کننده شماره ۳ بیان می‌کند: «سعی می‌کنم انرژی مثبت باشم و جایی اگر می‌رم انرژی منفی هست، شروع می‌کنم آن قدر می‌گم که شما یک خرده انرژی مثبت باش بین چه جوری می‌شه؟ بعد مقایسه کن امروزت را با دیروزت. دیروز انرژی منفی بودی امروز انرژی مثبت. خدایی کدامش بهتره سعی کن اون‌نی که حالت رو بهتر می‌کنه سراغش بروی» همین مشارکت‌کننده در جایی دیگر می‌گوید: «انسان با امید زنده است انسان اگر امید نداشته باشد زندگی دیگه معنا ندارد». مشارکت‌کننده شماره ۶ نیز در مورد مثبت‌بینی می‌گوید: «تو دیگه نمی‌تونی کارهای قبلی رو کاریش بکنی؛ اما می‌تونی خودتو قانع بکنی که یک جاهایی هم خوب عمل کردی تلاشتو کردی». مشارکت‌کننده شماره ۸ نیز برای ایجاد حال خوب می‌گوید: «یعنی باور نمی‌کنی من وقتی صبح بیدار می‌شم، چشمم رو باز می‌کنم، پنجره رو می‌بینم، درخت‌ها رو می‌بینم، یک حس خیلی خوب دارم». مشارکت‌کننده شماره ۹ نیز در مورد انجام کار مثبت می‌گوید: «شما یک کار مثبت انجام بدهید ناخودآگاه خودت یک احساس آرامش می‌کنی»

شادکامی از دیگر مقولات فرعی سرزندگی بود که از کد اولویت دادن به شادکامی به دست آمد. در این مورد مشارکت‌کننده شماره ۲ بیان می‌کند: «من شاد زیستن و با سلامتی رو ترجیح می‌دم که باید با سلامتی اخلاقی و شاد زیستن و بدون بی‌بندوباری باشه». مشارکت‌کننده شماره ۳ نیز بیان می‌کند «ما همه پاره تن هم هستیم اگر من ناراحت باشم تو ناراحت باشی، اون ناراحت باشه، کل جمع انرژی منفی می‌گیره و هیچ ثمره‌ای از هم نمی‌گیریم حالا

در مورد مقوله سلامت‌مداری که از کدهای مواظبت از جسم و روح، فعال نگه داشتن ذهن سالمند، خواب خوب داشتن، عدم استعمال دخانیات و مواد مخدر به دست آمده است، مشارکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید: «اول یک سالمند باید مواظب جسم و روحش باشد که سالم باشد. جسم و روح که سالم باشد، می‌تونه همه چیز رو درست کنه». مشارکت‌کننده شماره ۲۰ نیز تلاش برای فعال نگه داشتن ذهن را این‌گونه می‌گوید: «سعی کردم ذهنم را فعال نگه دارم». شرکت‌کننده شماره ۱۲ نیز بیان می‌دارد: «مهم‌ترین مسئله این است که با اطرافیانش خوب باشه. سعی کنه خودش خوب زندگی کنه. خواب خوبی داشته باشه و با توجه به این بیماری همه مسائل رو رعایت بکنه، اهل دود و دم نباشد»

روابط بین فردی

روابط بین فردی دیگر مقوله اصلی بود که از مقولات فرعی خانواده و ارتباط با دیگران و مشارکت اجتماعی حاصل شده است که این مقولات فرعی نیز از کدهایی مانند تلاش برای صلح و آشتی در خانواده، یاری‌رسانی به افراد خانواده، مقبولیت نزد فرزندان، احترام به اطرافیان، ارتباط با دوستان، رابطه حسنه با دیگران، ادراک دیگران، عدم انتظار از دیگران و حفظ دوستی‌ها، برخورد ملاطفت‌آمیز با دیگران، تلاش برای ارتباط برقرار کردن، مشورت دادن به دیگران، انتقال تجربه به دیگران، مشارکت در جامعه، انجام کارهای خیر به دست آمده است. در زمینه مقوله خانواده مشارکت‌کننده شماره ۳ می‌گوید: «وقتی که ارتباطم را با دوستانم و خانواده‌ام بیشتر کردم احساس آرامش بیشتری پیدا کردم». مشارکت‌کننده شماره ۵ نیز در مورد کسب رضایت به خاطر مقبولیت فرزندان می‌گوید: «من الحمدلله از این مسئله راضی‌ام دخترم به من می‌گوید شما را به عنوان یک زن موفق قبول دارم این خیلی برای من ارزشه». مشارکت‌کننده شماره ۱۲ نیز با تأکید بر کمک سالمند به افراد خانواده در زمینه‌های مختلف می‌گوید: «کسی که کاری داره من براش انجام می‌دم. در خانواده خودم یکسره آماده و گوش به زنگ برای آن‌ها هستم». مشارکت‌کننده شماره ۱۸ نیز در زمینه کمک به بچه‌ها و دیگران می‌گوید: «بچه‌هامون و هر کسی که دوستشون داریم، هر کاری که از دستمون بر میاد رو براشون باید انجام بدیم»

اگر من خوشحال باشم، شما خوشحال باشی اون خوشحال باشه، نمی‌فهمیم روزمون چه جوری گذشت».

سلامتی و پویایی

مقوله اصلی دیگری که از مقوله‌های فرعی «فعالیت‌های فیزیکی»، «پویایی» و «سلامت‌مداری» به دست آمد «سلامتی و پویایی» بود. بر این اساس مقوله فرعی فعالیت‌های فیزیکی از کدهای قدم زدن در طبیعت و ورزش کردن به دست آمد. شرکت‌کننده شماره ۸ در این زمینه می‌گوید: «واقعاً در طبیعت قدم زدن حال من رو خوب می‌کرد»، مشارکت‌کننده شماره ۲۰ نیز می‌گوید: «حتی من می‌گم پیاده‌روی حتی در مسافت‌های کوتاه خوبه». شرکت‌کننده شماره ۱۱ نیز بر ورزش تأکید می‌کند و می‌گوید: «یک وقتی ممکنه کسانی باشند که در جمع بودن را نمی‌توانند داشته باشند؛ به هر حال باید سرگرمی‌هایی برای خودشان درست کنند؛ مثلاً ورزش کنند».

مقوله فرعی پویایی از کدهای نماندن در خانه، عدم پارک‌نشینی همیشگی و پویایی حاصل شده است. در این زمینه مشارکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید «ضمن این‌که خودش رو نندازد و فکر نکنه که حالا که به این سن رسیدم خودم رو بیاندازم و کارم تمام است این اولین خطری است که هم برای بحث روانی و فیزیکی وجود دارد». مشارکت‌کننده شماره ۸ با اعتقاد به این‌که برای به دست آوردن هر چیزی باید به دنبال آن رفت تا بتوان به دست آورد می‌گوید: «برای سالمندان هم به نظرم باید به خودش بقبولاند که زندگی این نیست که بنشینیم برامون بیارند ماییم که باید بریم دنبالش» مشارکت‌کننده شماره ۱۰ نیز می‌گوید: «سالمند در خانه نباید بمونه باید بزنه بیرون چون در خونه موندن فایده نداره و نابود می‌شه». مشارکت‌کننده شماره ۱۹ هم می‌گوید: «هر روز که بیای پارک چند نفر مثل خودت جمع کنارت بشوند، اون حرفایی رو که داری در عرض یک ماه تکراری می‌شه دیگه وقتی همدیگر را می‌بینند انگار دارند به همدیگه فحش می‌دهند؛ چون حرفاشون تموم شده». مشارکت‌کننده شماره ۲۰ نیز در مورد تلاش برای دوری از پیری با فعالیت و تلاش و پویایی می‌گوید: «من خواستم ثابت کنم سن آدم بالا می‌ره پیر نمی‌شه، باید با فعالیت خودش رو اونجوری که می‌خواد نگه داره».

شماره ۴ در مورد کمک فکری به دیگران می‌گوید: «از لحاظ فکری هم اگر بتونه به دیگران کمک بکنه خوبه». مشارکت‌کننده شماره ۵ نیز در مورد تلاش سالمند به مشورت دادن می‌گوید: «فعالیتش ممکنه جسمی نباشه، ذهنی باشه، مشورت بدهد و کمک بدهد». مشارکت‌کننده شماره ۶ نیز توصیه به ادامه مشارکت در جامعه می‌کند و می‌گوید: «خودش را از جامعه دور نکنه سعی کنه با همون به فرض ۶۰ درصد توانش کار بکنه و زندگی‌اش را ادامه بدهد» مشارکت‌کننده شماره ۹ نیز در ارتباط با توصیه به سالمند برای انتقال تجربه‌اش به دیگران می‌گوید: «داوطلبانه تجربه‌اش را تدریس بکنه و راهنمایی کنه». مشارکت‌کننده شماره ۱۴ هم تأکید بر حضور فعال جامعه علی‌رغم بیماری‌ها و مشکلات دارد و می‌گوید: «مهم‌تر از همه این‌که بتوانند در محیط جامعه حضور فعال داشته باشند و خودش رو از پا نندازه. هرچند که مریضی هم سراغش بیاید». مشارکت‌کننده شماره ۱۳ نیز بر لزوم انجام کارهای خیر توسط سالمند تأکید دارد و در این زمینه می‌گوید: «تنها کاری که الان می‌تونه بکنه کارهای عام‌المنفعه و خیریه است» مشارکت‌کننده شماره ۱۵ نیز به صورت مشابه بر کارهای خیر توسط سالمند تأکید می‌کند و می‌گوید: «اگر بتونه کارهای عام‌المنفعه بکنه، خدمت بکنه».

نیرومندی

مقوله اصلی بعدی نیرومندی است که از مقولات فرعی توانمندی‌ها، استقلال و سرمایه‌های معنوی حاصل شده است. مقوله فرعی توانمندی‌ها از کدهای راه‌حل محوری، انطباق با محیط، انعطاف‌پذیری، برنامه‌ریزی، آمادگی برای سالمندی، پیگیری زندگی، روایت‌های نو در زندگی، سرسختی در رسیدن به اهداف و اختیار داشتن به دست آمده است. در این زمینه مشارکت‌کننده شماره ۵ در ارتباط با تلاش سالمند برای مرور خاطرات خویش و پر رنگ کردن نقش خویش می‌گوید: «به نظر من بخشی برای سالمند این‌که خاطرات خویش رو مرور بکنه و نقش خودش را در زندگی پر رنگ بکنه». مشارکت‌کننده شماره ۶ این‌گونه می‌گوید که: «باید سالمند زندگی‌اش را مرور کند چه کرده کارهایی رو که کرده کدام موفق بوده با رفتار و گفتار و کردارش این تجارب را به دیگران هم منتقل بکنند. برای به دست آوردن این تجربه چه سختی‌ها را متحمل شده و

در زمینه مقوله ارتباط با دیگران مشارکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید: «احترام به اطرافیانش مخصوصاً به بچه‌هاش و همسرش بذاره تا بتونه زندگی گرمی داشته باشه. وقتی زندگی گرمی داشته دیگه روحش آزاده خاطر نمی‌شه» مشارکت‌کننده شماره ۲ نیز می‌گوید: «من سالمند باید به آن جوان یا نوجوان احترام بگذارم. بگم این الان اینجا کاری می‌خواهد بکنه من یک‌دفعه نمی‌تونم بگم در اشتباه هستی». مشارکت‌کننده شماره ۳ نیز در ارتباط با تلاش سالمند برای درک اطرافیان و عدم انتظار از دیگران می‌گوید: «اولش باید اطرافیانش رو درک بکنه و انتظاراتش رو از اطرافیانش کم بکنه». مشارکت‌کننده شماره ۹ در توصیه به سالمند برای برخورد ملاطفت‌آمیز و مثبت با خانواده خود برای رسیدن به آرامش نیز می‌گوید: «در خانواده خودش هم برای این‌که آرامش حکم‌فرما باشد سعی کنه با ملاطفت و برخورد مثبت جلوی یک سری مسائل را بگیرد». مشارکت‌کننده شماره ۱۰ نیز در رابطه با تلاش سالمند برای درک جوان‌ها می‌گوید: «جوان‌ها اگر به مشکلی بر بخورند سعی می‌کنند پیش من بیایند. حالا چرا پیشم می‌آیند؟ چون سنی از من گذشته تجربیاتی کسب کردم. خوب یا بد ناراحتی اون‌ها رو من می‌دونم». مشارکت‌کننده شماره ۱۱ نیز توصیه به سالمند برای خوبی و محبت به اطرافیان را می‌کند و می‌گوید: «مهم‌ترین مسئله این است که با اطرافیانش خوب باشه». مشارکت‌کننده شماره ۱۲ نیز بر لزوم معاشرت با اطرافیان می‌گوید و حتی تأکید بر این دارد که سالمند به اقوام و نزدیکان کوچک‌تر نیز سر بزند و می‌گوید: «بزرگ‌ترین نعمت در یک خانواده این است که بزرگ‌تر برود به کوچک‌تر سر بزند؛ چون کوچک‌ها زنده می‌شوند و خودش هم زنده می‌شود». مشارکت‌کننده شماره ۵ نیز با تأکید بر نقش مهم ارتباط در دوران سالمندی می‌گوید: «در سن ما عدم ارتباط یعنی مرگ. به این یقین رسیدم که اگر افراد مسن ارتباط با بیرون و اطرافیان نداشته باشند، مرگشان زودتر فرا می‌رسد و افسردگی سراغشان می‌آید. این ارتباط باید باشه. من شدیداً نیاز به این ارتباط دارم.» مشارکت‌کننده شماره ۲۰ نیز در تلاش برای حفظ ارتباط با دوستان می‌گوید: «با دوستان بیشتر می‌چرخم با دوستانم سعی می‌کنم ارتباط داشته باشم. ارتباطاتم هم رو قطع نمی‌کنم». در ارتباط با مشارکت اجتماعی نیز مشارکت‌کننده

حسرت گذشته توسط سالمند می‌گوید و در این زمینه این‌گونه توضیح می‌دهد «اگر به گذشته تاکنون دسترسی ندارید، دیگه نباید دیگه بهش فکر بکنی. دیگه باید سعی کنند در مقابل خودشون و خدای خودشون قرار بگیرند و طلب عفو را از خدا داشته باشند تا به این آرامش قلبی برسند؛ چون دیگه وقتی کاری از دستشان بر نمی‌آید، حسرت خوردن دیگه فایده نداره». مشارکت‌کننده شماره ۸ نیز از داشتن روحیه شکرگزاری سالمند می‌گوید: «وقتی یکی دو روز در خونهات تنها هستی، می‌گی چقدر من بدبختم؛ ولی من همش می‌گم خدایا شکر که سالمم. خدایا شکر که هستم. خدایا شکر هستند دیگران که من بهشون افتخار بکنم و در کنارش از اون‌ها لذت ببرم». مشارکت‌کننده شماره ۱۶ نیز با داشتن روحیه شکرگزاری از خدا می‌گوید: «خدا رو همیشه شاکر هستم و شبانه‌روز از لطف خدا و بزرگی خدا ممنونم». مشارکت‌کننده شماره ۳ نیز تأکید بر اعتقاد به حضور همیشگی خدا دارد و می‌گوید: «یاد بگیریم که خدا در همهٔ مراحل با ماست. سخت‌ترین مشکل رو هم داشته باشیم، می‌دونیم که می‌تونیم موفق باشیم». مشارکت‌کننده شماره ۷ نیز بر همین نکته تأکید دارد و می‌گوید: «هیچ کس بدون اعتقاد به یک مبدأ و منشأ نمی‌تواند کاری انجام بدهد؛ لذا هر کس که بخواد یک کار موفق داشته باشد و زندگی موفق داشته باشد، باید خودش را به مبدأ و منشأ اصلی وصل بدونه».

مقولهٔ فرعی دیگر استقلال است و از کدهای متکی بر خود و مستقل بودن حاصل گردیده است. مشارکت‌کننده شماره ۵ بر تلاش سالمند برای ایستادن بر روی پای خود و عدم انتظار از دیگران تأکید دارد و می‌گوید: «یاد بگیرم روی پای خودم باشم. حالا ممکنه که محبت بکنند، اونوقت اون محبت بیشتر به دل آدم می‌شیند؛ ولی وقتی انتظار محبت داشتی و اون طرف نتونست محبت رو بکنه، بعد اون موقع دو برابر حرص می‌خوریم». مشارکت‌کننده شماره ۲۰ نیز بر عدم توقع و انتظار حتی از فرزندان و تلاش برای مستقل بودن در دوران سالمندی تأکید می‌کند و این‌گونه می‌گوید: «حتی اون‌هایی هم که فرزند دارند نباید انتظار داشته باشند و محتاج باشند که بچم بیاد کارم را انجام بدهد. باید خودش مستقل باشد و این استقلال را در زندگی‌اش داشته باشد».

مشکلاتی رو متحمل شده و از چه گردنه‌هایی عبور کرده... باید چه‌و‌خ‌م عبور از این گردنه‌ها رو ارزیابی کند و ببیند کدامش درست بوده آن‌ها را منتقل کند.» و در جایی دیگر، مشارکت‌کننده شماره ۸ نیز با تأکید بر استقامت و برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف علی‌رغم داشتن شرایط سخت می‌گوید: «من پام درد می‌کنه و دستام هم درد می‌کنه، بالاخره من هم انسانم. اگر آنهم بود به جای من آب می‌شد و من این را مطمئنم؛ ولی بازهم الان برای خودم خیلی برنامه‌ها دارم» مشارکت‌کننده شماره ۱۴ نیز توصیه به سالمند برای تطابق با شرایط دارد و می‌گوید: «بخوای خواهی همینه با این شرایط من خودم رو باید وفق بدهم». شرکت‌کننده شماره ۱۵ نیز تأکید بر عدم جزمیت در دوران سالمندی دارد و توصیه به انعطاف‌پذیری دارد و می‌گوید: «معمولاً یکی از نشانه‌های سن بالا جزمیت فکری است می‌گویند درخت تنومندی که ایجاد شده کج شدن شاخه‌اش به این راحتی نیست؛ ولی یک جوان راحت شاخه‌هاش کج می‌شود؛ چون که قدرت پذیرش است و هنوز قالب نگرفته، این قالب گرفتن خیلی خطرناکه چون با چیزها و نوآوری‌های جدید که مواجه می‌شوی، نمیدونی چیکار کنی». مشارکت‌کننده شماره ۱۹ نیز از آمادگی برای دوران سالمندی از دوران جوانی این‌گونه گوید: «برای سالمندی فکر سالمندی شروعش باید از همین جوونیش باشد؛ چون اصل کار اون روزه». مشارکت‌کننده شماره ۲۰ نیز بر تلاش برای پیگیری اهداف علی‌رغم تمام سختی‌های زندگی تأکید دارد و می‌گوید: «من ۱۲ سال بعد از دیپلم گرفتن درس خواندم را ادامه دادم با این که یک مادر بیمار داشتم که باید کنترل می‌کردم و دائم دکتر و دوا داشت. با این که کار می‌کردم مدرسه می‌رفتم، دانشگاه می‌رفتم. شبش هم می‌اومدم خونه کار هنری می‌کردم؛ چون لذت می‌بردم». مشارکت‌کننده شماره ۸ نیز در مورد سالمند تأکید بر این دارد که سعی کنند که این‌گونه فکر کنند که اختیار دارند و دیدگاه فرد تعیین‌کننده احساس و رفتار ما خواهد بود: «مائیم که تعیین می‌کنیم این زندگی رو اون روز چه جوری شروع کنیم؟ چه جوری ببینیمش؟ چه جوری با دیگران حرف بزنیم».

مقولهٔ فرعی سرمایه‌های معنوی نیز شامل کدهای توبه، شکرگزاری و ایمان به خدا است. مشارکت‌کننده شماره ۵ از تلاش برای پذیرش گذشته و طلب عفو از خداوند و عدم

رشد و تعالی فردی

مقوله اصلی دیگر رشد و تعالی فردی است که شامل مقولات فرعی رشد و کمال، مهرورزی، پذیرش، تدبیر، تنهایی، ارزشمندی است و از کدهایی همچون کسب دانش، عدم محدودیت برای خود، رشد مداوم در زندگی، یادگیری هنر، گذشت در زندگی، پذیرش گذشته خود، عدم حسرت، پذیرش رنج و مشقات زندگی، پذیرش مشکلات، مهربانی، جبران مافات گذشته، مواجهه با تنهایی، خودارزشمندی، توجه به خود، ارزش نهادن به داشته‌ها، ارزشمندی زندگی، متکی بر خود، مستقل بودن و اختیار داشتن حاصل شده است.

مقوله رشد و کمال از کدهای کسب دانش، عدم محدودیت برای خود، رشد مداوم در زندگی و یادگیری هنر به دست آمده است. در این زمینه مشارکت‌کننده شماره ۲ در مورد تلاش سالمند برای داشتن آگاهی و علم روز می‌گوید: «سعی کنه آگاه باشه، به روز باشه». مشارکت‌کننده شماره ۶ نیز از تلاش سالمند برای رشد و استعلا می‌گوید و این‌گونه ذکر می‌کند: «به نظر من بودن بهتر از داشتن و شدن بهتر از بودن؛ یعنی مرتب شما بشی». مشارکت‌کننده شماره ۲۰ نیز توصیه به سالمند برای تلاش و تداوم یادگیری دارد و از تجربه خود این‌گونه می‌گوید: «بعد از بازنشستگی با این‌که همه همکاران می‌گفتند: شما دچار مشکل می‌شوید و دچار افسردگی می‌شوید. من می‌گفتم، افسرده نمی‌شوم. برای این که دائم کلاس‌های مختلف هنری می‌رم. هر چیزی که به نظرم می‌رسه برای آموختن رفتم» و در جایی دیگر از تلاش برای کسب مهارت‌های جدید می‌گوید «اون دفعه به دوستانم گفتم آنقدر دوست دارم دوچرخه‌سواری یاد بگیرم» و همچنین از عدم محدودیت برای خود در این سنین می‌گوید: «محدودیت نباید برای خودم ایجاد کنم؛ چون این محدودیت‌ها در کشور ما از قضاوت‌های دیگران است».

در مورد مقوله فرعی مهرورزی نیز مشارکت‌کننده شماره ۹ از تلاش برای کوتاه آمدن و گذشت برای رسیدن به آرامش در خانواده توسط سالمند می‌گوید و این‌گونه توضیح می‌دهد: «با کوتاه آمدن و گذشت کردن آرامش رو به خانواده بیاورد» مشارکت‌کننده شماره ۱ نیز در مورد تلاش سالمند برای پذیرش گذشته خود می‌گوید: «گذشته هر چیز که بوده گذشته الان باید مواظب خودش باشد».

مشارکت‌کننده شماره ۲ نیز توصیه به سالمندان برای عدم حسرت گذشته دارد و می‌گوید: «می‌گویم حسرت گذشته رو نخور فکر حال باش». مشارکت‌کننده شماره ۶ نیز از تلاش سالمند برای پذیرش دردها و رنج‌ها این‌گونه می‌گوید: «تحمل کردن دردها و رنج‌ها و مسائل نهایت کمک می‌کنه که یه جایی بپذیرید». مشارکت‌کننده شماره ۴ نیز تأکید بر مهربانی با اطرافیان توسط سالمند دارد و می‌گوید: «از لحاظ بدنی که کاری نمی‌تونه انجام بده؛ ولی باز با مطالعه، مهربونی کردن با اطرافیان با بچه‌هاش، نوه‌هاش و حتی همسایه‌هاش بهش می‌تونه خوش بگذره» مشارکت‌کننده شماره ۵ نیز از تلاش سالمند برای رسیدن به آرامش با جبران مافات می‌گوید: «اگر گذشته هم چیزی بوده خودش به نوعی جبران مافات کنه به هر حال خداوند فرصتی را در سنین بالا می‌دهد که اگر دلی رو شکسته، اگر اذیتی کرده به جبران بپردازد که در این صورت روحش را آرام می‌کند». در مورد مواجهه با تنهایی نیز مشارکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: «در روابط اجتماعی هیچگاه در زندگی احساس تنهایی نکردم نه این که تنهایی نکردم؛ بلکه احساس تنهایی نکردم تنهایی را من دوست دارم و این یکی از چیزهایست که به شدت هر سالمندی و هر فردی روی این موضوع باید کار بکنه و از الان باید برای مواجه شدن با احساس تنهایی‌اش بتونه کار بکنه». مشارکت‌کننده شماره ۸ نیز در این زمینه می‌گوید: «خدا رو شکر الان هم که به این سن رسیدم، خیلی روزهام که تنها هستم ولی در تنهاییم آن قدر قشنگ لحظه‌هام رو می‌گذرونم از تنهاییم لذت می‌برم؛ نه این که خیلی خوشحالم که تنها هستم؛ ولی احساس هم نمی‌کنم چون تنها هستم باید درهای دنیا رو به رویم ببندم».

در مورد مقوله فرعی ارزشمندی مشارکت‌کننده شماره ۲۰ از توجه به خود و عقیده به پوشیدن لباس‌های زیبا و شاد در دوران سالمندی می‌گوید: «من همیشه می‌گم یک خانوم وقتی به سن پیری می‌رسه تازه باید به خودش برسه خودش رو شاد و خوب نگه داره لباس خوب بپوشه لباس رنگی بپوشه؛ چون جوانی که خب زیبایی‌ها و کارهای خودش رو داره و لزومی نداره که خیلی کارها رو بکنی». مشارکت‌کننده شماره ۲ نیز با ارزش نهادن به داشته‌های سالمند می‌گوید: «کم نیست که سرپناهی داری، زندگی

کردند تا نمرات به دست آمده پس از برنامه نیز به دست آید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های کمی از شاخص تغییر پایا (RCI)، تحلیل دیداری و معناداری بالینی با استفاده از فرمول درصد بهبودی و روش‌های ناهمپوش استفاده گردید. شاخص تغییر پایا (RCI):

$$\text{شاخص تغییر پایا} = \frac{\text{نمره پیش‌آزمون} - \text{نمره پس‌آزمون}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

$$\text{خطای استاندارد تفاوت} = \sqrt{2 (\text{خطای استاندارد میانگین})^2}$$

$$\text{پایایی بازآزمون} = \sqrt{1 - \text{معیار انحراف} = \text{خطای استاندارد میانگین}}$$

اگر نتیجه به دست آمده از این شاخص مساوی یا بزرگ‌تر از $Z=1/96$ باشد با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به دست آمده ناشی از اثر مداخله است.

انحراف معیار ذکر شده در این فرمول انحراف معیار متغیر درمان قبل از شروع درمان است. بر طبق این فرمول شاخص تغییر پایایی به دست آمده برای شش نفر شرکت‌کننده این طرح عبارت است از:

جدول ۴. شاخص تغییر پایا

شاخص تغییر پایا	
۱۴/۸	شرکت‌کننده شماره ۱
۱۲/۳۵	شرکت‌کننده شماره ۲
۱/۰۹	شرکت‌کننده شماره ۳
۱/۳۷	شرکت‌کننده شماره ۴
۶/۳۵	شرکت‌کننده شماره ۵
۱۳/۳۲	شرکت‌کننده شماره ۶

بنابراین بر طبق شاخص تغییر پایا برای مشارکت‌کنندگان شماره ۱، ۲، ۵ و ۶ با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به دست آمده ناشی از اثر مداخله و برنامه پیشنهادی است.

چگونگی انجام تحلیل دیداری داده‌ها

تحلیل دیداری در چندین مرحله انجام می‌گیرد که

شامل:

داری خیلی‌ها هم این رو هم ندارند. سرپناهی ندارند. سلامتی ندارند و یک پارک رو هم نمی‌تونند بروند.»

یافته‌های بخش کمی

پس از مشخص شدن کدها، زیر مقوله‌ها و مقولات اصلی بر اساس الگوی به دست آمده، برنامه‌ای در پنج بخش و هشت جلسه برای بهزیستی و خوب زیستن در دوران سالمندی به دست آمد و شش نفر از افراد سالمندی که به صورت داوطلبانه مایل به همکاری و همراهی در این برنامه بودند، منطبق بر طرح A-B تحت مداخلات قرار گرفتند. در طرح‌های تک آزمودنی هنگامی پژوهشگر می‌تواند از احتمال رابطه کاربردی بین متغیر وابسته و مداخله صحبت بکند که این رابطه حداقل برای سه شرکت‌کننده تکرار شود (گاست و اسپریگز، ۲۰۱۰). استفاده از طرح‌های تک‌آزمودنی در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است. طرح‌های تک‌آزمودنی فاقد گروه کنترل هستند و فرد شرکت‌کننده در آزمایش، هم نقش آزمودنی گروه آزمایشی و هم گروه کنترل را ایفا می‌کند؛ بنابراین مهم‌ترین تهدید روایی به خصوص روایی درونی از بین می‌رود. همچنین اندازه‌گیری متغیر وابسته هم قبل و هم بعد از ارائه متغیر مستقل، امکان کشف هرگونه اثر ناشی از متغیر مستقل را به ما می‌دهد. علاوه بر آن این طرح اجازه می‌دهد که تأثیر مداخله را در هر فرد به صورت روزانه و هفتگی ارزیابی کنیم. لذا می‌توان سازوکار تأثیر هر مداخله را مورد ارزیابی قرار داد. از این نوع طرح‌ها معمولاً در بررسی‌های مربوط به تأثیر عمل خاصی روی اصلاح رفتار یا ارزیابی یک درمان جدید استفاده می‌شود.

قبل از اجرای برنامه برای به دست آوردن نمرات پایه هر کدام از داوطلبین در دو تا سه زمان مختلف، پرسشنامه بهزیستی ریف را پر نمودند تا نمرات به ثبات برسد و نمرات پایه به دست آید. سپس برنامه به دست آمده طی هشت جلسه برای داوطلبین شرح داده شد. در هر کدام از جلسات محقق تلاش کرد تا باب گفت‌وگو و تعامل باز باشد و متکلم وحده نباشد و داوطلبان نیز در مورد تجربیاتشان در این زمینه صحبت کنند و حاصل این گفت‌وگو و تعامل در جلسات را در زندگی‌شان به کار برند. پس از هر دو جلسه نیز داوطلبین دوباره پرسشنامه بهزیستی «ریف» را پر

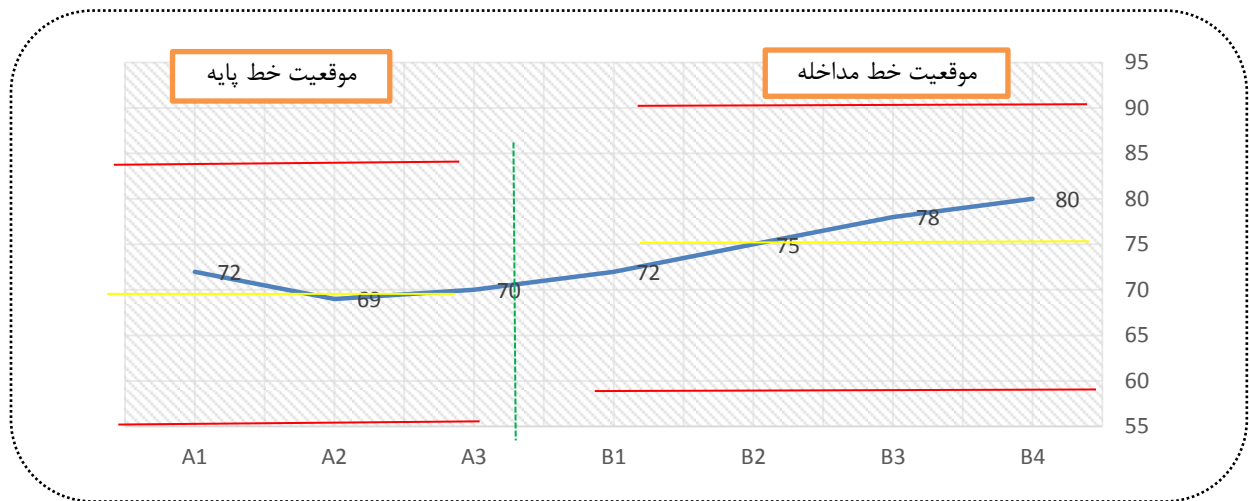
باید درصد داده‌هایی که در این محفظه قرار می‌گیرند نیز مشخص شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی (لین و گاست، ۲۰۱۴) اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند گفته می‌شود، داده‌ها ثبات دارد. در غیر این صورت داده‌ها متغیر است.

طبق محاسبات صورت گرفته و پس از رسم نمودار جهت شش شرکت‌کننده داوطلب، برای هر شش نفر ۸۰ درصد داده‌ها درون ۲۰ درصد مقدار میانه قرار گرفتند. در نتیجه مشخص گردید که داده‌های به دست آمده دارای ثبات است.

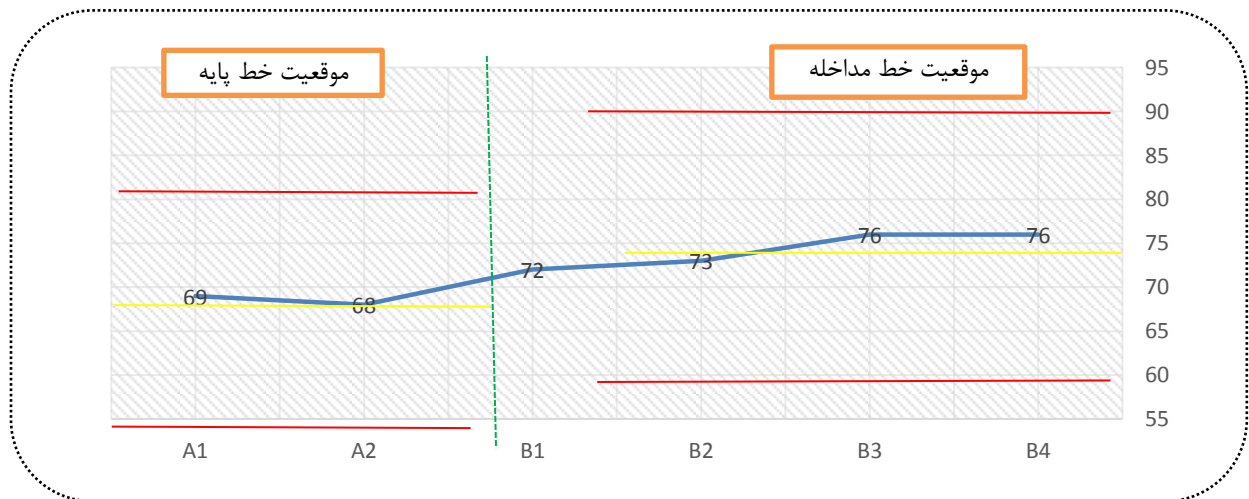
۱- هر کدام از موقعیت‌ها بر روی نمودار نام‌گذاری می‌شود؛ مثلاً موقعیت خط پایه (A)، موقعیت مداخله (B)؛

۲- تعداد جلسات در هر موقعیت به صورت دقیق مشخص شود؛

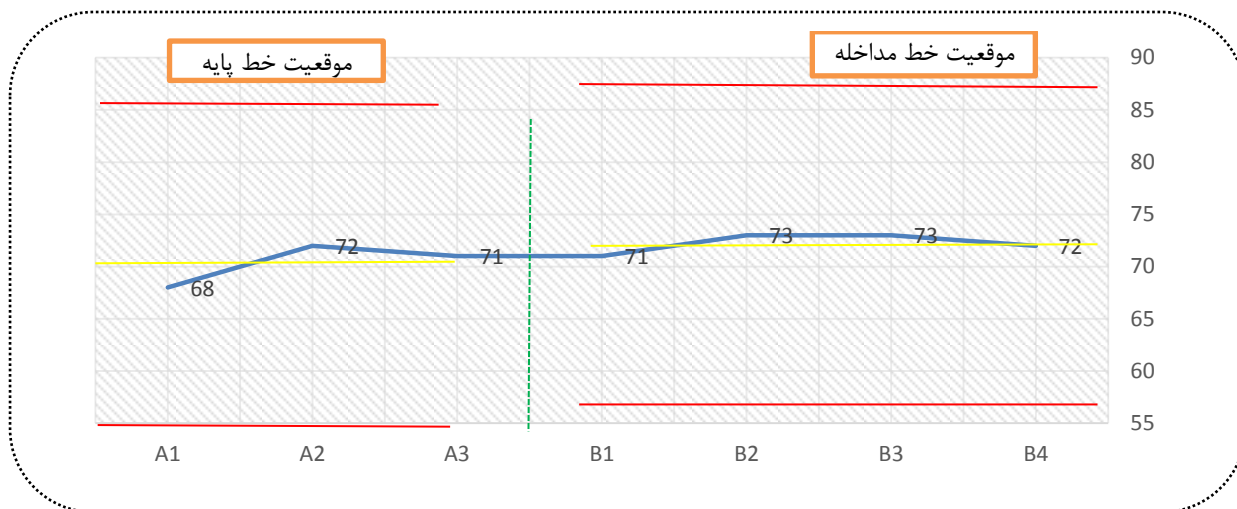
۳- میانگین، میانه، دامنه تغییرات و محفظه ثبات داده‌ها برای هر موقعیت مشخص شود. محفظه ثبات دو خط موازی است که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم می‌شود. اندازه محفظه ثبات ۲۰ یا ۲۵ درصد از میانه داده‌هاست. ۲۰ درصد میانه داده‌ها به میانه اضافه و از آن کم می‌شود تا اندازه محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه مشخص شود و سپس روی نمودار رسم می‌گردد. بعد از رسم میانه به صورت موازی با محور X و محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه در هر موقعیت،



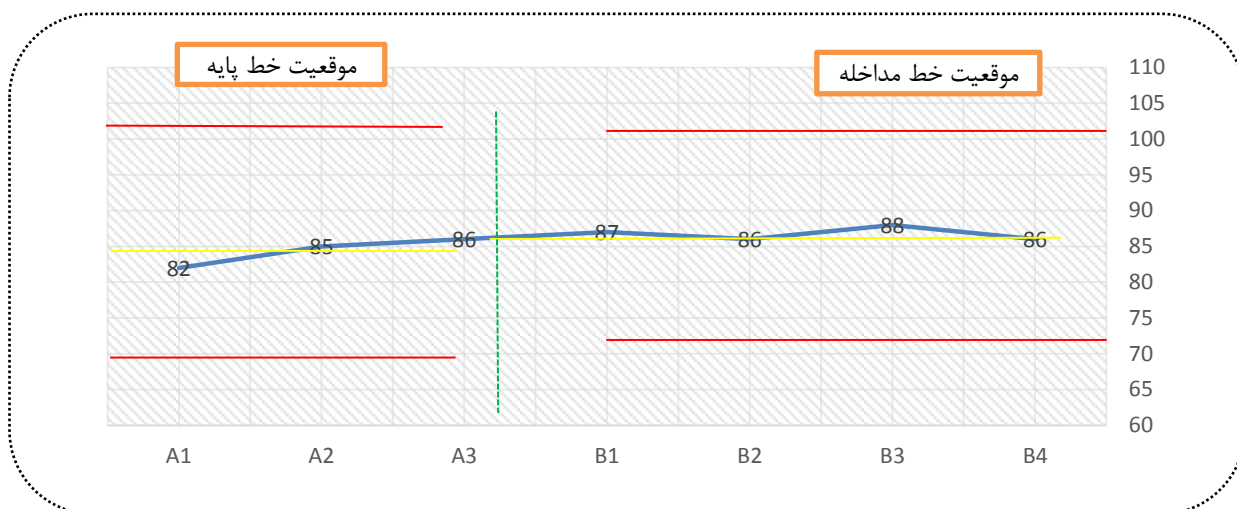
تحلیل دیداری شرکت‌کننده شماره ۱



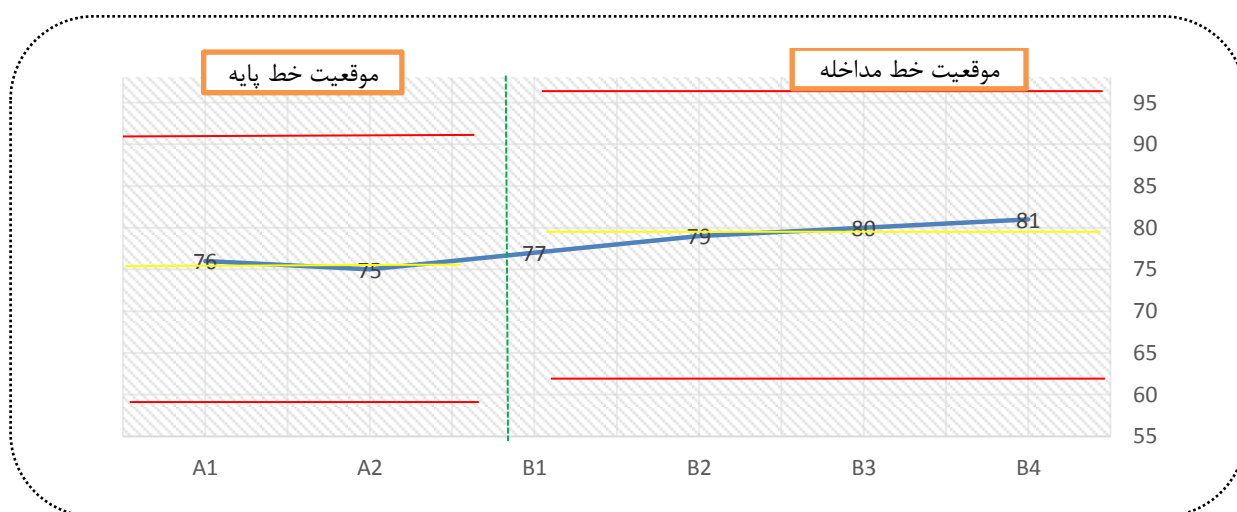
تحلیل دیداری شرکت‌کننده شماره ۲



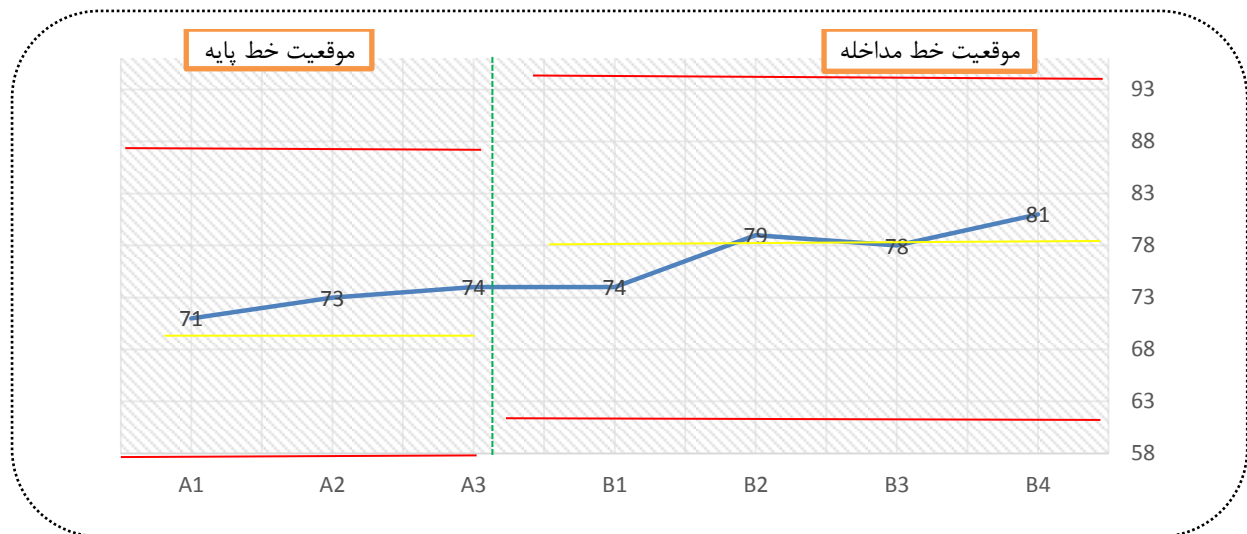
تحلیل دیداری شرکت کننده شماره ۳



تحلیل دیداری شرکت کننده شماره ۴



تحلیل دیداری شرکت کننده شماره ۵



تحلیل دیداری شرکت‌کننده شماره ۶

گردید.

در روش ناهمپوشی همه جفت‌ها (NAP)، تمام داده‌های خط پایه یک‌به‌یک با تمامی داده‌های مرحله درمان مقایسه می‌شوند (پارکر و وانست^۱، ۲۰۰۹). این روش نسبت به دیگر روش‌های ناهمپوش، برآورد دقیق‌تری از همپوشی و ناهمپوشی را نشان می‌دهد که باعث می‌شود نتایج قابل اعتمادتری فراهم آید.

برای تعیین NAP بایستی طبق مراحل زیر اقدام نمود:

- ۱- تعیین هدف درمان (افزایش یا کاهش رفتار)
- ۲- ضرب تعداد نقاط مرحله A (خط پایه) در تعداد نقاط مرحله B (خط درمان) برای تعیین تعداد
- ۳- تعیین جفت‌های هم‌سطح: جفت‌هایی که در آن نمره A و B مساوی است ((Ties).
- ۴- تعیین جفت‌های کاهشی: جفت‌هایی که در آن نمره B از نمره A کمتر است (Neg).
- ۵- تعیین جفت‌های افزایشی: جفت‌هایی که در آن نمره B از نمره A بیشتر است. POS = N - Neg - Ties
- ۶- محاسبه NAP با استفاده از فرمول زیر در صورتی که افزایش رفتار هدف مد نظر است:

$$NAP = \frac{POS + (0/5 \times Ties)}{N} - 7$$

- ۸- تفسیر: مقادیر زیر ۵۰ درصد: تغییرات ناشی از شانس و خطا و مقادیر بالای ۵۰ درصد اثربخشی درمان

درصد بهبودی در روش معناداری بالینی

در روش معناداری بالینی در پایان درمان، از نظر (جاکوبسون، ۱۹۹۹) بیماران از نظر بالینی می‌بایست به میزان پایداری از پیشرفت در متغیر برآیند درمان، دست یافته باشند. در این روش نمره پیش‌آزمون از نمره پس‌آزمون کم می‌شود و حاصل به دست آمده بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌شود. بهبود ۵۰ درصد یا بیشتر بر اساس این فرمول معنادار است. بر این اساس نتایج به دست آمده برای شش شرکت‌کننده این طرح بدین صورت است:

جدول ۵. مقادیر درصد بهبودی

شرکت‌کننده	درصد بهبودی
شرکت‌کننده شماره ۱	۸۴
شرکت‌کننده شماره ۲	۸۴
شرکت‌کننده شماره ۳	۲۷
شرکت‌کننده شماره ۴	۲۸
شرکت‌کننده شماره ۵	۵۰
شرکت‌کننده شماره ۶	۸۳

بنابراین بر اساس فرمول درصد بهبودی جهت شرکت‌کنندگان شماره ۱، ۲، ۵ و ۶ بهبود حاصل شده؛ چون بالاتر از ۵۰ درصد است معنادار می‌باشد.

محاسبه روش‌های ناهمپوش

برای انجام این طرح از دو روش PEM و NAP استفاده

1. Parker & Vannest

جدول ۶. تعیین مقادیر NAP

مقدار NAP به درصد	جفت‌های افزایشی	جفت‌های کاهشی	جفت‌های هم‌سطح	تعداد نقاط مرحله B	تعداد نقاط مرحله A	شرکت‌کننده شماره
۷۰	۸	۳	۱	۴	۳	۱
۶۶	۸	۰	۰	۴	۲	۲
۴۲	۴	۶	۲	۴	۳	۳
۴۲	۴	۶	۲	۴	۳	۴
۶۶	۸	۰	۰	۴	۲	۵
۷۰	۸	۳	۱	۴	۳	۶

جدول ۷. مقدار PEM

مقدار PEM به درصد	تعداد نقاط مرحله درمان در بالای خط میانه خط پایه	شرکت‌کننده شماره
۱۰۰	۴	۱
۱۰۰	۴	۲
۷۵	۳	۳
۵۰	۲	۴
۱۰۰	۴	۵
۱۰۰	۴	۶

شواهد و استحکام داده‌ها

برای ارزیابی روایی محتوایی از نظر متخصصان در مورد میزان هماهنگی محتوای ابزار و هدف پژوهش، استفاده می‌شود. برای این منظور دو روش کیفی و کمی در نظر گرفته می‌شود. در بررسی کیفی محتوا، از متخصصان درخواست شد تا بازخورد لازم را در ارتباط با برنامه ارائه دهند که بر اساس آن موارد اصلاح شوند.

برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از دو ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده گردید. CVI به صورت تجمیع امتیازات موافق برای هر آیتم که امتیاز «مرتبط اما نیاز به بازبینی» و «کاملاً

براساس نتایج به دست آمده جهت شرکت‌کنندگان شماره ۱، ۲، ۵ و ۶ بهبود حاصل شده؛ چون بالاتر از ۵۰ درصد است، درمان و برنامه انجام شده اثربخش بوده است.

برای تعیین PEM نیز بایستی طبق این مراحل اقدام نمود:

۱- تعیین هدف درمان (افزایش یا کاهش رفتار هدف)

۲- تعیین نقطه میانه مرحله خط پایه

۳- ترسیم خط میانه و امتداد آن تا مرحله درمان

۴- شمارش تعداد نقاط مرحله درمان که در بالا یا پایین خط میانه قرار دارند (زمانی که هدف، افزایش رفتار است، تعداد نقاط بالای خط میانه شمرده می‌شود و برعکس)

۵- تقسیم مقدار به دست آمده در مرحله چهار بر تعداد کل نقاط مرحله درمان

۶- تفسیر: مقادیر بین ۹۰ تا ۱۰۰ درصد = تأثیر بالای مداخله، مقادیر بین ۷۰ تا ۹۰ درصد = تأثیر متوسط، مقادیر کمتر از ۷۰ درصد = تأثیر کم یا فقدان تأثیر

براساس نتایج به دست آمده برای شرکت‌کنندگان شماره ۱، ۲، ۵ و ۶ بهبود حاصل شده چون بالاتر از ۹۰ درصد است نشان از تأثیر بالای درمان و برنامه را می‌دهد و برای شرکت‌کننده شماره ۳ بر اساس نتیجه به دست آمده تأثیر متوسط درمان و برنامه حاصل شده است. برای شرکت‌کننده شماره ۴ نیز چون نتیجه به دست آمد، کمتر از ۷۰ درصد است، نشان‌دهنده تأثیر کم یا فقدان تأثیر برنامه است.

جدول ۸. مقدار CVI و CVR

	مقدار CVI	مقدار CVR
جلسه اول	۰/۹	۰/۸
جلسه دوم	۰/۷	۰/۶
جلسه سوم	۰/۸	۰/۸
جلسه چهارم	۰/۸	۰/۸
جلسه پنجم	۰/۹	۰/۸
جلسه ششم	۰/۸	۰/۸
جلسه هفتم	۰/۸	۰/۸
جلسه هشتم	۰/۷	۰/۶

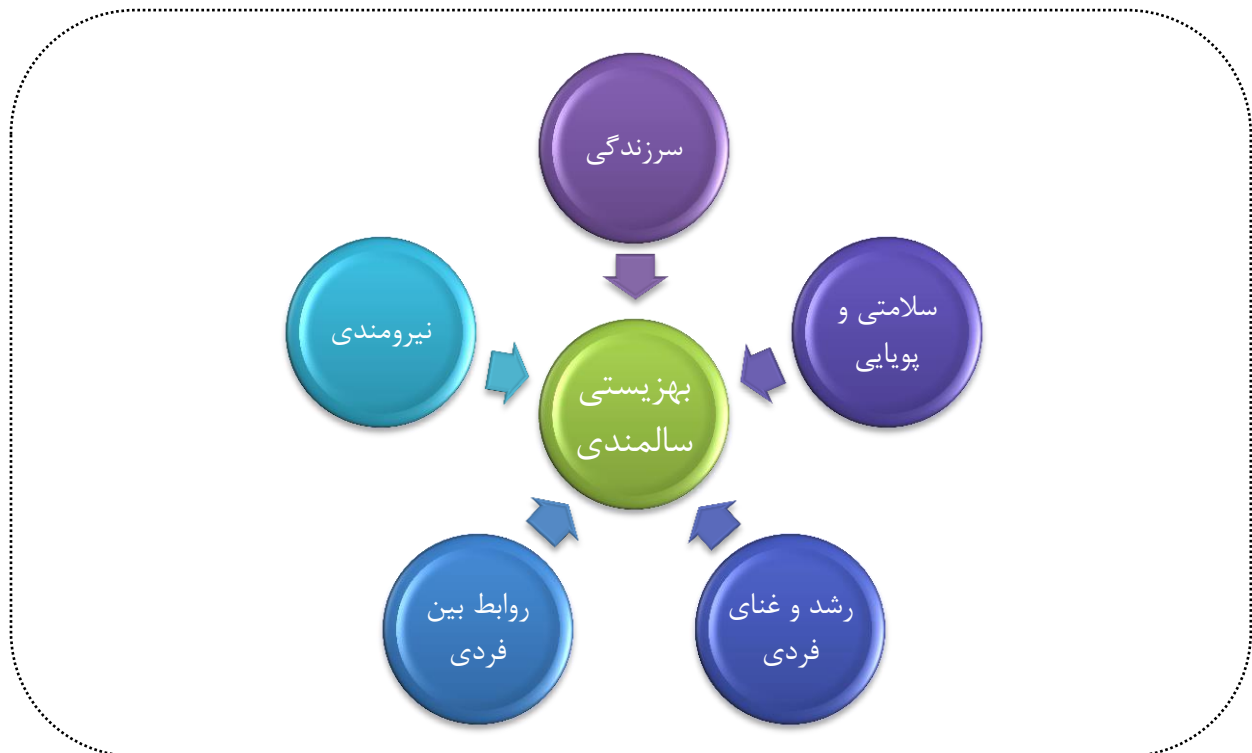
با توجه به این که طبق جدول تصمیم‌گیری CVR با حضور ۱۰ متخصص، می‌بایست این مقدار بالاتر از ۰/۶۲ باشد جلسات اول، سوم، چهارم، پنجم، ششم و هفتم اعتبار محتوای آن پذیرفتنی و جلسات دوم و هشتم با کمی اغماض می‌تواند قابل قبول باشد. جهت CVI در صورتی که میانگین CVI نمرات بالاتر از ۰/۷۹ باشد، روایی محتوا مورد تأیید است که طبق محاسبات صورت گرفته میانگین CVI برابر با ۰/۸ است؛ بنابراین روایی محتوا مورد تأیید است.

مرتبط» را کسب کرده‌اند تقسیم بر تعداد کل متخصصان گردید. برای تعیین CVR از متخصصان درخواست گردید تا هر آیتم را بر اساس طیف سه قسمتی «ضروری است»، «مفید است؛ ولی ضرورتی ندارد» و «ضرورتی ندارد» بررسی نمایند. سپس پاسخ‌ها مطابق فرمول زیر مصاحبه گردید.

$$CVR = \frac{n_E - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

در این رابطه n تعداد متخصصانی است که به گزینه «ضروری» پاسخ داده‌اند N تعداد کل متخصصان است. اگر مقدار محاسبه شده از مقدار جدول بزرگ‌تر باشد، اعتبار محتوای آن آیتم پذیرفته می‌شود.

در این پژوهش محقق برنامه به دست آمده از الگوی بهزیستی سالمندی را برای ۱۰ نفر از متخصصان رشته‌های مشاوره و سالمندی که دارای مدرک دکترا و یا دانشجوی دکترا بودند ارسال کرد تا نظرات خود را به صورت کلی در مورد برنامه و نیز نظرات خود در دو جدول طراحی شده برای CVI و CVR اعلام نمایند. محقق سعی نمود از بازخوردهای اعلام شده توسط صاحب‌نظران استفاده برده و در برنامه طراحی شده در صورت لزوم تغییراتی ایجاد نماید.



شکل ۱. عوامل اصلی بهزیستی سالمندی

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به هدف کسب بینش و آگاهی در زمینه تجارب زیسته سالمندان در حیطه بهزیستی برای به دست آوردن عوامل بهزیستی در دوران سالمندی و بررسی اثربخشی آن بر روی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان صورت گرفته است. بخش مهم این پژوهش، یک مطالعه کیفی بوده است که از روش پدیدارشناسی توصیفی استفاده گردیده. رویکرد پدیدارشناسی محقق را قادر ساخت که بینش‌هایی در مورد تجربه هر یک از مشارکت‌کنندگان به وسیله مشخص کردن واحدهای معنایی و تلفیق کردن تجربه شخصی آن‌ها در ساختار کلی کسب کند و با مشخص کردن جزء تشکیل‌دهنده‌های ضروری، مؤلفه‌های بهزیستی سالمندان به دست آید.

ساختار کلی بهزیستی سالمندان در پژوهش حاضر پدیده‌ای چند بعدی است که شامل ۵ مضمون تشکیل‌دهنده اصلی: سرزندگی، سلامتی و پویایی، رشد و غنای فردی، روابط بین فردی و نیرومندی است. بر این اساس مضمون اول یعنی سرزندگی به دست آمد که در بردارنده اجزایی همچون اوقات فراغت مطلوب، روحیه و انگیزش، لذت‌بری، مثبت‌گرایی و شادکامی است. سرزندگی که همان نیروی حیاتی و زنده‌دلی است. نیروی ادامه زندگی سالمندان می‌تواند با شادابی و طراوت و انگیزه باشد. این مفهوم به داشتن وضعیت مثبت، سرشار از انرژی و با نشاط بودن اطلاق می‌گردد، این مضمون، دارای مفاهیمی مثبت و خوشایند است و از این رو با عواطف و خلق‌وخوی مثبت فرد در ارتباط است که در دوره سالمندی اهمیت فراوانی دارد. همان‌طور که در این پژوهش هم حاصل شد، رابطه تنگاتنگی بین این مفهوم و شادکامی وجود دارد و سرزندگی جلوه‌ای از سلامت و بهزیستی روانی است [۲۶].

سالمندان در این پژوهش با اقداماتی همچون سفر، مطالعه، تفریح، پارک، ایجاد انگیزه، حفظ روحیه، لذت‌مندی از زندگی، مثبت‌بینی، امیدواری، قدردانی و شادکامی و ... سعی می‌کردند این سرزندگی را با وجود مشکلات بسیار در زندگی، در خود حفظ نمایند. متعاقب آن، حس سرزندگی باعث شور زندگی و روحیه خوب در بین سالمندان می‌شد که با مطالعه پوتواین و همکاران [۲۷] در سال ۲۰۱۴ هم‌خوانی دارد. طبق تحقیق رایان و دسی [۲۸] انگیزه سفر

و سفر رفتن یکی از راه‌های افزایش رضایت از زندگی و افزایش بهزیستی در بین سالمندان است. «لی و لیم» [۲۹] در مطالعه‌ای به تأثیر فعالیت اوقات فراغت و حمایت اجتماعی سالمندان بر بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها پرداختند. این مطالعه همسو با این پژوهش نشان داد که فعالیت‌های اوقات فراغت تأثیر مثبتی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مسن دارد. هو [۳۰] نیز در پژوهشی نشان داد افزایش رضایت‌بخشی و بهزیستی در سالمندان از طریق کارهای داوطلبانه، فعالیت‌های تفریحی، پیشرفت تحصیلی یا فعالیت‌های مذهبی می‌تواند صورت پذیرد. صالح‌منیجه و همکاران [۳۱] در یافته‌های خود اعلام کردند؛ خوش‌بینی به عنوان یکی از منابع مهم سلامت روان می‌تواند ادراک از پیروی را به‌طور معنا‌داری پیش‌بینی کند. تأثیرات خوش‌بینی می‌تواند پیامدهای مهمی در پیشگیری از مشکلات سلامت روان و مدیریت نتایج سلامتی در اواخر زندگی داشته باشد. یافته‌های پژوهش گایگر، موری و سگرس‌تورم [۳۲] بر روی سالمندان نشان داد افرادی که قادر به تجارب لذت‌بری هستند بیشتر بر روی شادکامی متمرکز می‌شوند و سطح سلامتی آن‌ها نیز ارتقا پیدا می‌کند. پژوهش اسمیت و هانی [۳۳] نیز نشان داد که مداخلات تجارب لذت‌بری، علائم افسردگی را کاهش و سطح شادکامی را افزایش می‌دهد؛ بنابراین بر اساس آنچه که از تجربه زیسته سالمندان و باورهای آن‌ها مشخص گردیده این مضمون می‌تواند با خلق احساسات و عواطف مثبت یکی از عوامل اصلی بهزیستی در دوره سالمندی باشد.

مضمون دوم به دست آمده سلامتی و پویایی است که شامل مضامین فرعی فعالیت‌های فیزیکی، پویایی و سلامت مداری است. سالمندان در این پژوهش سعی می‌کردند با اقداماتی همچون قدم زدن در طبیعت، ورزش، پویایی و تحرک، مواظبت از جسم و روح، فعال نگه داشتن ذهن، عدم استعمال دخانیات و مواد مخدر و ... سلامتی و پویایی خود را حفظ نمایند. آنچه بر اساس نظرات سالمندان به دست آمد این بود که آن‌ها تأکید داشتند به دور از عقیده رایج در بین سالمندان مبنی بر کناره‌گیری از جامعه و رکود و عدم فعالیت که در نظریه کناره‌گیری هم دیده می‌شود، می‌بایست سالمندی پویا و فعالی داشته باشند و با اتخاذ یک

خود، عدم حسرت، پذیرش درد و رنج، مواجهه با تنهایی، خود ارزشمندی تشکیل گردیده‌اند. بر اساس نظرات چانگ و یانگ [۴۰] اقدام برای رشد شخصی به عنوان فرایند شرکت فعال و عمدی فرد در رشد و تغییر خودش تعریف شده و شامل چهار فرایند نسبتاً متمایز است: آمادگی برای تغییر، طرح آگاهانه و توانایی ایجاد برنامه‌های مؤثر برای تقویت رشد، استفاده از منابع پیش‌بینی‌شده و رفتار عمدی و آگاهانه جهت رشد. در این پژوهش نیز این چهار فرایند به‌خوبی قابل مشاهده است. سالمندان در این پژوهش نیز با عدم محدودیت برای خود و باور به رشد دائمی همواره آماده رشد و تغییر بودند. آن‌ها برای رسیدن به تغییر به دنبال برنامه‌های مختلفی همچون کسب دانش، هنر و پذیرش خود بودند و از سویی دیگر نیز از منابعی همچون تنهایی و مهرورزی و خودارزشمندی جهت رشد و تعالی خود استفاده می‌نمودند و آگاهانه و هوشمندانه از فرایند رشد و کمال خود آگاهی داشتند و رفتارهای متفاوتی برای نیل به این هدف انجام می‌دادند. بررسی نظرات سالمندان نشان می‌دهد که آن‌ها سعی نموده‌اند فراتر از مفهوم یکپارچگی اریکسون که فرد در آن به یکپارچگی خود که به یکی شدن و یکپارچگی عناصر زندگی که فرد پشت سر می‌گذارد اشاره دارد، به یک خود رونده و یک تعالی برسند که در آن نه تنها دچار توقف و رکود نیستند بلکه در روندی از رشد و حرکت قرار دارند که در این روند به اصلاح و بازبینی مداوم خود در برای رشد و تعالی دائمی توجه دارند. آن‌ها با عقیده و باور به این‌که هیچ‌گاه آموختن و یادگیری را ناپستی کنار گذاشت همواره درصدد یادگیری‌های جدید در زندگی بودند و به یک پذیرشی از وجود خود رسیده بودند علی‌رغم همه کاستی‌ها و نقص‌ها و اشتباهاتی که در زندگی داشتند و این موضوع باعث خودارزشمندی در نزد آنان شده بود. این دسته از سالمندان سعی می‌نمودند مهرورزی و عطفیت در صحنه زندگی آنان همواره جاری باشد؛ چرا که آن‌ها را عاملی برای خودشکوفایی و تعالی خود می‌دانستند و برای تنهایی‌های پیش‌آمده نیز سعی می‌نمودند در زندگی‌شان تدابیری بیندیشند و آن را فرصتی در جهت حرکت به سوی رشد و کمال خود بدانند. مطالعات تحقیقاتی نشان می‌دهد، پیری به‌طور طبیعی با مسائل نامطلوب زوال جسمانی و آسیب اجتماعی همراه است؛ اما با موضوع مثبت «رشد و توسعه فردی» نیز مرتبط است و زمانی که افراد امیدوار

سبک زندگی سالم، سلامتی خود را تا حد امکان حفظ نمایند. نتایج مطالعه «ویسر» و همکاران [۳۴] نشان می‌دهد که یک سبک زندگی کلی سالم در دوران سالمندی، متشکل از هرگز سیگار نکشیدن، مصرف متوسط الکل، فعالیت بدنی فعال و داشتن وزن بدنی متعادل، با کاهش و زوال آهسته‌تری در زمینه‌های جسمی، روانی، شناختی و شناختی همراه است. یکی از عقاید رایج اما اشتباه از سالمندی این است که اتخاذ چنین سبک‌های زندگی در سالمندی، بسیار دیر است. برعکس، داشتن فعالیت جسمی مناسب، تغذیه سالم، عدم استعمال الکل و سیگار نکشیدن در سالمندی می‌تواند از بیماری و کاهش کارکردی جلوگیری کند، طول عمر را افزایش دهد و کیفیت زندگی فرد را بهتر کند [۳۵]. اتخاذ رفتارهای بهداشتی ارتقا دهنده سلامتی در سالمندی موجب افزایش امید به زندگی، بهبود سلامتی و کیفیت زندگی و از سویی دیگر باعث کاهش میزان بروز و شدت بیماری‌ها و معلولیت‌ها و هزینه‌های مراقبتی می‌شود [۳۶]. سالمندان با سبک زندگی ناسالم، بیشتر به سمت عملکرد جسمی و وضعیت سلامتی ضعیف سوق پیدا می‌کنند؛ درحالی‌که شیوه زندگی فعال، ورزش کردن و فعالیت بدنی سبب به تعویق انداختن فرایند پیری می‌شود و سالمندانی که تحرک و فعالیت بدنی منظم دارند از سلامتی بیشتری برخوردارند [۳۷]. مطالعه «موسیرو و موسومچی» [۳۸] نشان داد استقلال عملکرد و بهبود کیفیت زندگی در افراد مسن می‌تواند از طریق ترکیبی از تمرین‌های هوازی و قدرت انعطاف‌پذیری و نیز برنامه‌های ورزشی به دست آیند. زندگی فعال و پویای سالمندان باعث افزایش توانایی و کارایی فیزیکی می‌شود و افزایش سلامتی آن‌ها از جمله سرزندگی، شادابی و عملکرد عاطفی آن‌ها در وضعیت بهتری قرار می‌گیرد. همچنین هر چه سالمندان زندگی پر تحرکی داشته باشند، میزان سلامتی جسمانی و روانی آن‌ها ارتقا می‌یابد [۳۹].

مضمون بعدی به دست آمده رشد و غنای فردی می‌باشد که از عوامل اصلی در حفظ بهزیستی سالمندان است و باعث افزایش انگیزه و تعالی در بین سالمندان است که شامل مضمون‌های فرعی رشد و کمال، مهرورزی، جبران، تدبیر تنهایی و ارزشمندی و پذیرش است که از کدهایی همچون کسب دانش، رشد مداوم در زندگی، یادگیری هنر، گذشت در زندگی، مهربانی، پذیرش گذشته

تأثیر مثبت بگذارد [۴۸]. مطالعه کاویشا و همکاران [۴۹] نشان داد معنویت رابطه نزدیک و معناداری با رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد مسن دارد که موجب ادراک بهتر از وقایع زندگی و ارزیابی مثبت آن‌ها از حوادث زندگی می‌شود. ورعی و همکاران [۵۰] نیز در مطالعه‌ای که با هدف بررسی رابطه‌ای بهزیستی روان‌شناختی با دین‌داری و اضطراب مرگ در سالمندان مرد صورت گرفت. این‌گونه گزارش کردند که دین‌داری می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را در سالمندان افزایش دهد. بخش مهم دیگر از نیرومندی، حاصل استقلال و خودمختاری در بین سالمندان است که با مستقل بودن و متکی بودن به خود حاصل می‌آید. آن‌ها علی‌رغم ناتوانی‌های جسمانی و ذهنی حاصل از سالمندی در حد امکان سعی در حفظ استقلال خود داشتند و کمتر به دیگران وابسته بمانند. آن‌ها با توجیهات عقلی همچون عدم دردسر برای فرزندان سعی می‌کردند بر روی پای خود بایستند و از این‌که هنوز استقلال خود را حفظ نموده، بسیار خشنود بودند. بر اساس شواهد مبتنی بر پژوهش احساس اختیار، تسلط و کنترل شخصی یک منبع روان‌شناختی کلیدی برای بهزیستی در بازنشستگی و سالمندی است [۵۱]. مطالعه «ویک، نیگارد، بورل و جوزفسون» [۵۲] مشخص کرد که تمایل سالمندان برای سربار نبودن و درک لزوم وجودی مستقل باعث فعال شدن سالمندان می‌شود؛ حتی آن‌هایی که دچار ناتوانی هستند.

مضمون روابط بین فردی از دیگر مضامین این تحقیق بود که شامل ارتباط با دیگران، مشارکت اجتماعی و خانواده است. در این پژوهش خانواده برای سالمندان نقش اساسی و مهم در بهزیستی و حال خوب آنان ایفا می‌کرد. آن‌ها بر حسن خلق با خانواده تأکید داشتند و همواره سعی می‌کردند نقش حمایت‌گر و پشتیبان در خانواده را دارا باشند و برای رسیدن به این هدف سختی‌های زیادی هم متحمل می‌شدند؛ اما نکته کلیدی این تلاش‌ها مقبولیتی بود که نزد خانواده برای آنان ایجاد می‌شد که ارزشمند بود و موجب رضایت خاطر آنان می‌گردید و باعث می‌شد همچنان در حد توان نقش محوری در خانواده را ایفا نمایند. در این پژوهش مقوله ارتباط با دیگران برای سالمندان بسیار مهم بوده و خود را به عنوان یک فرد اجتماعی می‌شناختند. آن‌ها سعی داشتند ارتباط خوبی با دیگران برقرار نمایند و همواره خیرخواه دیگران باشند. سالمندان این پژوهش

باشند، تنها نباشند و سلامت خود را حفظ کنند، احتمال بیشتری برای وقوع این موضوع وجود دارد [۴۱]. نتایج تحقیق کاهون [۴۲] نشان داد که سالمندان دارای ظرفیت‌ها و مهارت‌های شناختی هستند که به آن‌ها در یادگیری‌های جدید و ادامه رشد و افزایش رضایتمندی از زندگی کمک خواهد کرد.

مضمون دیگر نیرومندی است که شامل مضامین فرعی توانمندی‌ها، استقلال و سرمایه معنوی است. بر اساس نظریات لینلی و هرینگتون [۴۳] نیرومندی، راه‌های فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن به‌طور طبیعی و آسان توسط یک فرد است که توانایی و عملکرد بالایی را فراهم می‌کند و به انرژی بالا و انعطاف‌پذیری ذهنی هنگام کار و حتی پشتکار در هنگام مواجهه با مشکلات اشاره دارد. از آنجا که بهزیستی روان‌شناختی به صورت کلی در گرو داشتن ارتباطات اجتماعی، وجود شادی، لذت و معنایابی در زندگی و همچنین خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی است، افراد با من نیرومند بهزیستی روان‌شناختی بالایی دارند [۴۴] نتایج مطالعه اسلزاکووا [۴۵] نیز اهمیت رابطه میان بهزیستی و نیرومندی‌های منش را نشان داد.

بر اساس نظرات سالمندان در این پژوهش بخشی از نیرومندی حاصل توانمندی‌هایی است که با اقداماتی همچون انطباق با محیط، انعطاف‌پذیری، برنامه‌ریزی، زندگی در زمان حال، اختیار داشتن، روایت‌های نو در زندگی و سرسختی در رسیدن به اهداف به دست آمده بود. توانمندی می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی سالمندان [۴۶]؛ افزایش قدرت ذهنی، اجتماعی و به ویژه معنوی افراد سالمند شود و اثر از دست دادن قدرت جسمی و شادایی را که با اثرات بدتر شونده مشکلات سنی و افسردگی است، جبران کند [۴۷]. بخشی دیگر از نیرومندی شخصیت آن‌ها حاصل سرمایه‌های معنوی است که از ایمان به خدا، شکرگزاری، توبه و جبران مافات گذشته حاصل می‌آید که با توجه به بافت مذهبی جامعه ما به خصوص در میان قشر سالمند، از جمله عوامل مهم در نیرومندی آن‌ها در کشاکش حوادث و اتفاقات سخت زندگی آن‌هاست که باعث افزایش بهزیستی در سالمندی می‌گردد. معنویت موجب می‌شود تحمل پریشانی و تاب‌آوری بیشتر شود، تجربه‌های معنوی و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افزایش یافته، هیجان مثبت تقویت شده بر خلق

سطح بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان بالاتری داشتند.

مشارکت اجتماعی نیز مضمون فرعی دیگری بود که سالمندان با مشورت دادن به دیگران، انتقال تجربه به دیگران، مشارکت در جامعه و کارهای خیر این مشارکت را کماکان حفظ نمایند. آن‌ها با مشارکت در جامعه حس مفید بودن خود را حفظ می‌نمودند و همین عامل باعث ایجاد حال خوب و رضایت در بین آنان می‌شد. مطالعه‌ای که توسط چوی [۵۷] با استفاده از داده‌های طولی انجام شد نشان داد که مقدار متوسطی از فعالیت داوطلبانه (حداکثر ۱۰ ساعت در ماه) و کمک مالی به امور خیریه با افزایش بهزیستی در طی یک دوره ۹ ساله ارتباط دارد.

با توجه به این‌که تاکنون در مورد عوامل بهزیستی، مختص سالمندان و دوره سالمندی مطالعه‌ای صورت نگرفته این پژوهش بر اساس تجارب زیسته سالمندان ایرانی و بر مبنای فرهنگ و بافت کشورمان شکل گرفته است و نتایج آن می‌تواند برای سالمندان ایرانی برای زندگی بر پایه خوب زیستن و بهزیستی مؤثر باشد. این پژوهش نشان می‌دهد که سالمندی دوره رکود و کناره‌گیری و رهایی زندگی نیست و می‌توان بر مبنای برنامه‌ای مشخص و باوری محکم همچنان زندگی خوب و قابل قبولی در دوره سالمندی علی‌رغم همه مشکلات و محدودیت‌ها داشت.

محدودیت‌های پژوهش

- مطالعه حاضر به وسیله توصیف تجربه مشارکت‌کنندگان به دست آمد که همگی در بازه سنی ۶۵ تا ۷۵ سال بودند و در اصطلاح سالمندان جوان بودند و دیگر بازه‌های سنی سالمندان مورد بررسی قرار نگرفت.
- این مصاحبه به وسیله توصیف تجربه مشارکت‌کنندگان هدفمندی که در منطقه جغرافیایی تهران زندگی می‌کرده‌اند، محدود شده است؛ بنابراین کاربرد تعمیم نتایج به دیگر مناطق کشور را محدود می‌کند.
- تقریباً همه شرکت‌کنندگان (به غیر از یک مورد) متأهل بودند و تنها نبودند و فقط تجارب زیسته این دسته از سالمندان در حیطه بهزیستی مورد بررسی قرار گرفت.
- استفاده از یک مصاحبه‌کننده که مسئول جمع‌آوری اطلاعات و نیز تحلیل داده‌های پژوهش بود، تأثیر پیش‌فرض‌های پژوهشگر را بر نتایج نگران‌کننده می‌کند.

تلاش می‌کردند تا حد امکان دیگران را درک نمایند و از دیگران کمتر انتظار داشته باشند. آن‌ها سعی در حفظ دوستی‌های خود داشتند و حتی حال خوب خود را با دوستان و دیگران نیز تقسیم می‌نمودند.

در پژوهشی که توسط چن و فیلی [۵۳] انجام شد، آنان دریافتند که در میان افراد مسن بیشترین حمایت‌ها از طریق چهار منبع ارتباطی شامل همسر (پارتنر)، فرزندان، خانواده و دوستان دریافت می‌شود که موجب کاهش احساس تنهایی و بهبود بهزیستی فرد می‌شود. آلمیرا، هانوم و منالیدی [۵۴] در پژوهشی که به بررسی رابطه بین فرزندان با سالمندان در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان پرداختند، مشخص کردند که کیفیت منفی روابط با فرزندان در بهزیستی روان‌شناختی تأثیر بیشتری دارد تا کیفیت مثبت روابط. این بدان معناست که هرچه فقدان همدردی، دخالت‌های بیجا، عدم ارائه کمک‌های مورد نیاز و طرد / بی‌توجهی از فرزند بیشتر باشد، بهزیستی روان‌شناختی والدین مسن نیز بدتر خواهد بود. حضور در جمع می‌تواند حس حمایت اجتماعی را در افراد سالمند افزایش داده و به تبع آن، آن‌ها را در مقابل اثرات مضر استرس و اضطراب محافظت و احساس بهزیستی را در آن‌ها ارتقا دهد. حمایت اجتماعی چه از طریق خانواده چه از طریق دوستان و اجتماع، از سه طریق در برخورد با تنیدگی و استرس و سلامت روان و بهزیستی به فرد کمک می‌کند؛ اولاً اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار یک شخص قرار دهند. ثانیاً اعضای شبکه اجتماعی می‌توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع، می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی و استرس شده، کمک کند. ثالثاً، افراد شبکه اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد، در خصوص این‌که او شخص مورد علاقه، با ارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند [۵۵].

«گراچا اسگلهادو»^۱ و همکاران [۵۶] در تحقیق خود با عنوان «تأثیر حمایت اجتماعی و سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان» به این نتیجه رسیدند که افرادی که حمایت اجتماعی زیادی را درک کرده بودند

1. Esgalhado

۴- من می‌دانم که پژوهشگر در هیچ کدام از مراحل گزارش‌دهی نتایج طرح نام مرا عنوان نخواهد کرد و حق محرمانه ماندن اطلاعات من به عنوان شرکت‌کننده در این طرح حفظ می‌شود و در استفاده‌های بعدی، اطلاعات بی‌نام می‌شوند.

۵- نظرات شخصی من هیچ تأثیر منفی بر وضعیت شغلی/درمانی/آموزشی من نخواهد گذاشت.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی صورت گرفته است. لازم است از تمامی سالمندانی که در انجام این پژوهش همراهی و همکاری لازم را داشته‌اند، کمال تشکر صورت پذیرد. این پژوهش برگرفته از رساله دکتری می‌باشد.

منابع

۱- صادقی، فاطمه. بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان مرد و زن مراجعه‌کننده به فرهنگسرای سالمندی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، ۱۳۸۹

۲- سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۱). Decade Of Healthy Ageing 2021- 2030
<https://www.who.int>

3- Compton, W.C. Towards A Tripartite Factor Structure of Mental Health: Subjective Well-being, Personal Growth, and Teligiosity, *The Journal of Psychology*. 2001; 135: 486-500.

۴- احمدپور، مژگان؛ برجعلی، احمد؛ اسکندری، حسین؛ فرخی، نورعلی. تدوین و آزمون مدل بهزیستی روان‌شناختی افراد بر اساس مؤلفه‌های شخصیت با واسطه‌گری هویت قومی در تالش. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت* ۱۳۹۹: (۱۶) ۱

۵- فرشاد، محمدرضا؛ کلانتر کوشه، سیدمحمد؛ فرحبخش، کیومرث. نقش بهزیستی روان‌شناختی در ارتقاء سلامت روانی خانواده، دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، *مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، تهران. ۱۳۹۴

6- Ryff, C. D. & Singer, B. H. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. In A. Delle Fave (Ed.), *The exploration of happiness: Present and future perspectives* (2013). (pp. 97-116). Springer Science + Business Media

برای مقابله با این محدودیت و اعتبار بیشتر داده‌ها به سایر محققان کیفی و مشارکت‌کنندگان پژوهش دوباره رجوع شده است.

پیشنهادها

- در پژوهش‌های آتی به تجارب زیسته سالمندان شهرستانی در حیطه بهزیستی نیز پرداخته شود.
- در پژوهش‌های آتی به تجارب زیسته سالمندان ساکن در خانه سالمندان نیز پرداخته شود.
- در پژوهش‌های آتی به تجارب زیسته سالمندان تنها و مجرد نیز پرداخته شود و با سالمندان متأهل مقایسه شود.
- بر اساس نظرات سالمندان و تجارب زیسته آنان به بهزیستی در دوره جوانی نیز پرداخته شود.
- در پژوهش‌های آتی بر اساس این مدل به ساخت ابزار اندازه‌گیری بهزیستی سالمندان نیز پرداخته شود.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، با توجه به دریافت کد کمیته اخلاق کشوری، پژوهشگر ملاحظات اخلاقی ذیل را در نظر گرفت و موافقت‌های لازم را در موارد زیر از شرکت‌کنندگان کسب گردید:

۱- شرکت من در این پژوهش داوطلبانه است. من می‌دانم که به ازای شرکت در این طرح مبلغی دریافت نخواهم کرد. من بدون هیچ تردیدی در هر زمان که تمایل داشته باشم، می‌توانم از طرح خارج شوم و همکاری خود را ادامه ندهم.

۲- من می‌دانم که شرکت در بحث‌های مصاحبه برای بیشتر مصاحبه‌شوندگان جالب به نظر می‌رسد؛ اما به هر حال این را هم می‌دانم که با هر گونه احساس ناراحتی در طول مصاحبه این حق را دارم که به سؤالات پاسخ ندهم و یا مصاحبه را تمام کنم.

۳- شرکت در طرح پژوهشی متضمن مصاحبه با پژوهشگر می‌باشد. مصاحبه به صورت تقریبی ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامد. پژوهشگر در زمان مصاحبه ممکن است یادداشت‌برداری نماید. صدای ما توسط دستگاه ضبط صدا ضبط می‌شود. اگر من تمایل به ضبط صدا ندارم، نمی‌توانم در طرح پژوهشی شرکت کنم.

- 17-Brar, Reetinder. Kaur,Jagjiwan. Isha, Sharma. Mental Health of Elderly As Related To Their Well Being And Self Esteem, *International Journal of Humanities and Social Science Invention*,2013. 2(11), 42-44
- ۱۸- سه‌رایی، مهدی؛ عابدان‌زاده، رسول؛ شتاب بوشهری، ناهید؛ پارسایی، سجاد؛ جهانیش، حمیده. ارتباط بین بهزیستی روان‌شناختی و استحکام روانی در سالمندان: نقش میانجی فعالیت بدنی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*. ۱۳۹۵؛ ۱۱ (۴) (۵۴۹-۵۳۸)
- 19-Bar-Tur L. Fostering Well-Being in the Elderly: Translating Theories on Positive Aging to Practical Approaches. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:517226. Published 2021 Apr 9. doi:10.3389/fmed.2021.517226
- 20-Willig, C. & Rogers, S. *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. Sage Publications.2017
- ۲۱- رنجبر، هادی؛ حق‌دوست، علی‌اکبر؛ صلصالی، مهوش؛ خوشدل، علیرضا؛ سلیمانی، محمدعلی و بهرامی، نسیم. (۱۳۹۱). نمونه‌گیری در پژوهش‌های کیفی: راهنمایی برای شروع. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران (annals of military and health sciences research)*؛ ۱۰(۳) (مسلسل ۳۹)، ۲۳۸-۲۵۰.
- 22-Gast, D. L. & Spriggs, A. D. (2010). Visual analysis of graphic data. In D. L. Gast (Ed.), *Single subject research methodology in behavioral sciences* (pp. 199–233). New York, NY: Routledge.
- ۲۳- رامبد، معصومه. مصاحبه: معمول‌ترین روش جمع‌آوری داده‌ها در تحقیق کیفی. *مجله علوم پزشکی صدا، ۱۳۹۷؛ ۶ (۴): ۳۰۳-۳۱۶*
- 24-Wendt, Oliver. Research on the use of manual signs and graphic symbols in autism spectrum disorders: A systematic review. In P. Mirenda & T. Iacono (Eds). 2009
- 25-Parker, R. I. & Vannest, K. An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*,2009. 40(4), 357–367.
- 26-Ryan, R. M. & Deci, E. L. From ego depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality Psychology Compass*,2008. 2(2), 702–717
- 7- Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2014; 83(1):10–28.
- 8- Springer KW, Pudrovska T, Hauser RM. Does Psychological Well-Being Change with Age? Longitudinal Tests of Age Variations and Further Exploration of the Multidimensionality of Ryff's Model of Psychological Well-Being. *Soc Sci Res*. 2011 Jan 1;40(1):392-398
- 9- Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. *J Affect Disord*. 2010 May;122(3)
- 10-Pachana, N. & Laidlaw, K. *Oxford Handbook of Geropsychology*. Oxford: Oxford University Press. 2012
- ۱۱- نوفرستی، اعظم؛ روشن چسلی، رسول؛ فتی، لادن؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ پسندیده، عباس. نتایج مقدماتی روان‌درمانی مثبت‌گرای توسعه‌یافته مبتنی بر خیرباوری در افزایش شادکامی، رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد افسرده غیر بالینی، *نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۱) ۷-۲۰
- 12-Maldonado Briegas JJ, Sánchez Iglesias AI, Ballester SG, Vicente Castro F. The Well-Being of the Elderly: Memory and Aging. *Front Psychol*. 2020 May 26;11:778.
- 13-Hellström Muhli, Ulla & Svensson, Ann-Marie. Well-being in Old Age: A Question of Both Continuity and Change. 10.5772/intechopen.68680. 2017
- ۱۴- عرب‌زاده، مهدی. فراتحلیل عوامل مؤثر در سلامت روان سالمندان، *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*. ۱۳۹۵؛ ۱۰ (۲): ۴۲-۵۲
- 15-Damasio, B. F. Melo, R. L. P. & Silva. E. Meaning in life, psychological well-being and quality of life in teachers. *Paidéia*, 23(54), 2013. 73-82.
- ۱۶- معتمدی، عبدالله؛ برجلی، احمد؛ صادق‌پور، مریم. پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان براساس توان مدیریت استرس و حمایت اجتماعی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*. ۱۳۹۷؛ ۱۳ (۱): ۹۸-۱۰۹

- ۳۷- شهنازی، حسین؛ سیحانی، آمنه؛ چرکزی، عبدالرحمان. بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی سالمندان. دانشگاه علوم پزشکی سبزواری. ۳۷۰-۳۶۳: (۳) ۲۵؛ ۱۳۹۷.
- 38-Masiero, Stefano & Musumeci, Alfredo. Rehabilitation Medicine for Elderly Patients, a further note. *Biology, Engineering and Medicine*. 208. 3. 10.15761/BEM.1000S1006.
- ۳۹- جورکش، سارا؛ نظری، رسول؛ طاهری، محسن. الگوی ورزش سالمندی ایران: رویکرد داده بنیاد. *مطالعات مدیریت ورزشی (پژوهش در علوم ورزشی)*. ۱۱؛ ۱۳۹۸. (۵۵): ۳۵-۵۸.
- 40-Chang, E.C. & Yang, H. Personal and family growth initiative as predictors of study engagement in Chinese and American college students: Is there any evidence for group differences. *Journal Personality and Individual Differences*, 2016. 102, 186-189.
- 41-Gladman JRF. Personal growth and development in old age-a clinician's perspective. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1):8-10.
- 42-Cahoon CG. Depression in older adults. *Am J Nurs*. 2012 Nov;112(11):22-30; quiz 31.
- 43-Linley, P.A. & Harrington, S. Playing to Your Strengths. *Psychologist*, 2006. 19 (2), 86-89
- ۴۴- عطایی، مانده؛ فرهادی، مهران؛ رشید، خسرو. تدوین مدل ساختاری برای تبیین بهزیستی روان شناختی بر مبنای نیرومندی ایگو و ابعاد منفی نگرش به زمان. *مجله اصول بهداشت روانی* ۱۴۰۰: (۲۳): ۳.
- 45-Slezáčková, A. (2012). Character Strengths and Well-Being in European Students. In 3. International Conference on Positivism: Foundation for Human Dimension, Amity University Rajasthan, India
- ۴۶- روزبهانی، حدیث؛ پورصمد، عبدالله (۱۳۹۴). ارتباط بین توانمندی خانواده‌ها در مراقبت از سالمندان و حس خودکارآمدی آن‌ها در شهرستان دشتی در سال ۱۳۹۴ (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه آزاد واحد مرودشت، شیراز
- 27-Putwain, D. V. Connors, L. Symes, W. & Douglas-Osborn, E. Is academic buoyancy anything more than adaptive coping? *Anxiety, Stress and Coping*, 2011. 3, 1-10.
- 28-Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166
- 29-Lee, Kab-Sook, & Lim, Wang-Kyu. Effects of the Leisure Activity and Social Support of the Elderly on Their Psychological Well-Being. 2012. 12(10), 291-306.
- 30-Ho, H.C. Elderly volunteering and psychological well-being. *International Social Work*, 2017. 60(4), 1028-1038.
- ۳۱- صالح منیجه، هیوا؛ پاپی، شهاب؛ صحاف، رباب؛ عباسی اصل، مجتبی؛ رامشینی، مریم؛ رصافیانی، مهدی و همکاران. پیش بینی ادراک از پیری بر اساس خوش بینی در بین سالمندان شهرستان قم. *سالمند: مجله سالمندی ایران* ۱۳۹۸؛ ۱۴: ۴۶۱-۴۵۰.
- 32-Geiger PJ, Morey JN, Segerstrom SC. Beliefs about savoring in older adulthood: Aging and perceived health affect temporal components of perceived savoring ability. *Pers Individ Dif*. 2017;105:164-169. doi:10.1016/j.paid.2016.09.049
- 33-Smith JL, Hanni AA. Effects of a Savoring Intervention on Resilience and Well-Being of Older Adults. *J Appl Gerontol*. 2019 Jan;38(1):137-152
- 34-Visser, M. Wijnhoven, H. A. H. Comijs, H. C. Thomése, F. G. C. F. Twisk, J. W. R. & Deeg, D. J. H. A Healthy Lifestyle in Old Age and Prospective Change in Four Domains of Functioning. *Journal of Aging and Health*, 2019, 31(7), 1297-1314
- 35-Johnson, M. Bengston, V. Coleman, P. & Kirkwood, T. The Cambridge handbook of age and ageing. USA: Cambridge University Press. 2005
- 36-Zhang SC, Tao FB, Ueda A, Wei CN, Fang J. The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of Northeastern China. *Environ Health Prev Med*. 2013 Nov;18(6):458-65. doi: 10.1007/s12199-013-0342-x. Epub 2013 May 23. PMID: 23700274; PMCID: PMC3824729.

- 52-Vik, K; Nygard, L; Borell, L; & Josephson, S. (2008). Agency and engagement: older adult's experiences of participation in occupation during home based rehabilitation. *Revue Canadienne D' Ergotherapie*, 75(5), 262-271.
- 53-Chen Y, Feeley TH. Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2013; 31(2):141-61. doi: 10.1177/0265407513488728
- 54-Almira L, Hanum L, Menaldi A. Relationship with children and the psychological well-being of the elderly in Indonesia. *SAGE Open Medicine*. January 2019. doi:10.1177/2050312119836026
- ۵۵- صدرالهی، علی. جامعه‌شناسی و مبانی بهداشت سالمندی، تهران: نشر جامعه‌نگر. ۱۳۹۵
- 56-Esgalhado G, Reis M, Pereira H, Afonso RM. [Influence of social support on the psychological well-being and mental health of older adults living in assisted-living residences (Portuguese)]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2010; 1(1):267-78.
- 57-Choi, Namkee & Kim, Jinseok. The Effect of Time Volunteering and Charitable Donations in Later Life on Psychological Wellbeing. *Ageing and Society*. 2011. 31. 590 - 610. 10.1017/S0144686X10001224.
- ۴۷- روانی‌پور، مریم؛ صالحی، شایسته؛ طالقانی فریبا؛ عابدی، حیدرعلی. توانمندی در دوران سالمندی: یک بررسی کیفی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران* ۱۳۸۷؛ ۱۴ (۴): ۴۴۷-۴۵۳
- ۴۸- صادقی، عباس؛ عالی محمدی، اشکان؛ محمودی تبار، مینا؛ دیناروند، رضا؛ درگاهی، زهرا. اثربخشی واقعیت‌درمانی با رویکرد اسلامی بر فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس زنان سرپرست خانواده. *مطالعات اسلامی ایرانی خانواده* ۱۴۰۰؛ ۱ (۱): ۷۱-۷۶
- 49-Cowlshaw S, Niele S, Teshuva K, Browning C, Kendig H. "Older adults' spirituality and life satisfaction: A longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms." *Ageing Soc*; 2013. 33(7):1243-62.
- ۵۰- ورعی، پیام؛ مؤمنی، خدامراد؛ مرادی، آسیه. پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس نگرش به دین و اضطراب مرگ در مردان سالمند مرکز نگهداری نیمه‌وقت شهر کرمانشاه. *پژوهش در دین و سلامت*، ۱۳۹۷؛ ۴ (۲): ۵۴-۶۸
- 51-Skinner, Ellen. A Guide to Constructs of Control. *Journal of personality and social psychology*. 1996. 71. 549-70. 10.1037/0022-3514.71.3.549.

تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری رفتارهای خودآسیب‌زنی در نوجوانان تیزهوش

نویسندگان

مریم ولی‌محمدی^۱، امید شکری^{۲*}، مهرانگیز شجاع‌کاظمی^۳، محسن احمدی‌طهور سلطانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ma.valimohamadi1@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی کاربردی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار گروه آموزشی مطالعات زنان و خانواده، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران. m.shkazemi@alzahra.ac.ir

۴. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه (عج)، تهران، ایران. m.ahmaditahour@gmail.com

چکیده

مقدمه: خودآسیب‌رسانی تعدمی بیانگر تخریب عمدی بافت سالم بدن، بدون قصد خودکشی است. با توجه به افزایش فزاینده نرخ رفتارهای خودآسیب‌زای غیرمنتهی به خودکشی در میان نوجوانان، تحلیل نظام‌دار عوامل خطر و مراقبتی معطوف بر چنین رفتارهایی، نیازمند دسترسی به ابزارهایی است که از مشخصه‌های فنی روایی و پایایی برخوردار باشند. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی برای نوجوانان انجام شد.

روش: در این مطالعه پیمایشی، ۳۰۰ نوجوان تیزهوش شهر کاشان که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، به نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی برای نوجوانان (کیم و همکاران، ۲۰۲۲)، مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (لوی باند و لوی باند، ۱۹۹۵) و مقیاس رضایت از زندگی (دینر، ایمونس، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵)، پاسخ دادند.

نتایج: نتایج روش آماری تحلیل عاملی تأییدی از ساختار تک‌عاملی مفروض نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی برای نوجوانان، حمایت کرد. مدل اندازه‌گیری تک‌عاملی، برازش مطلوبی با داده‌ها نشان داد. همچنین نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی برای نوجوانان، از همسانی درونی خوبی برخوردار بود ($\alpha=0/89$). علاوه بر این، همبستگی مثبت و معنادار خودآسیب‌زنی با مقیاس‌های اضطراب (۰/۳۱)، افسردگی (۰/۳۶) و استرس (۰/۳۴) و همبستگی منفی و معنادار خودآسیب‌زنی با رضامندی از زندگی (۰/۲۹-)، شواهد قابل دفاعی را در حمایت از روایی ملاکی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی برای نوجوانان فراهم آورد.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج نشان داد که نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی برای نوجوانان برای غربالگری رفتارهای خودآسیب‌زای در میان نوجوانان، از روایی و پایایی برخوردار است.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۶/۲۰



کلیدواژه‌ها

رفتارهای خودآسیب‌زای تعدمی، نوجوانان، ویژگی‌های روان‌سنجی، تیزهوشی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

oshokri@yahoo.com

مقدمه

از رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی متمرکز بوده‌اند [۱۴] و یا حتی با استفاده از پرسشنامه رفتار خودآسیب‌زا در سنجش به‌طور همزمان رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی و خودکشی را برگزیده‌اند [۱۵].

در برخی از مطالعات محققان از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته یا جامع^{۱۳} مانند مصاحبه خودآسیب‌زنی معطوف بر تلاش برای خودکشی [۱۶]، برنامه مصاحبه معطوف بر رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی^{۱۴} [۱۷]، مصاحبه رفتارها و افکار خودآسیب‌زا^{۱۵} [۱۸] و در مقابل محققان دیگر از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی مانند سیاهه خودآسیب‌زنی [۱۹]، سیاهه خودآسیب‌زنی عمدی^{۱۶} [۲۰] و سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان^{۱۷} استفاده کرده‌اند [۲۱].

مرور نتایج مطالعات متمرکز بر نمونه‌های غیربالینی نشان می‌دهد که تنوع در اشکال گزارش شده رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی در مقایسه با نمونه‌های بالینی بیشتر است [۲۲]. در این بخش فرض اساسی محققان این است که تأکید بر خصیصه جامعیت رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی، از گزارش‌دهی ناکافی^{۱۸} در این گروه جلوگیری خواهد کرد [۲۳]. بر این اساس محققان زیادی در مطالعات متمرکز بر رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی، از سیاهه خودآسیب‌زنی با شمول گسترده وسیعی از رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی مانند اشکال غیرجسمانی^{۱۹} (افکار خودآسیب‌زا^{۲۰})، جسمانی^{۲۱} (بریدن، سوزاندن، خراشاندن)، مستقیم^{۲۲} (ضربه زدن به خود^{۲۳})، غیرمستقیم^{۲۴} (سوء مصرف الکل)، میان‌فردی^{۲۵} (بی‌بندوباری^{۲۶}) و خودکشی (مصرف بیش از حد^{۲۷}) استفاده کرده‌اند [۲۰].

خودآسیب‌زنی عمدی^۱، بیانگر تخریب عمدی بافت سالم سالم بدن، بدون قصد خودکشی آگاهانه^۲ است و اغلب شامل رفتارهایی مانند بریدن^۳، سوزاندن^۴، خراشاندن^۵ و کوبیدن سر^۶ می‌شود [۱، ۲]. با وجود این تعاریف کلی‌تر خودآسیب‌زنی عمدی، اغلب اشکالی از رفتارهای معطوف بر آسیب غیرفوری بافت جسمانی^۷ مانند خودگرسنگی^۸ و سوء مصرف الکل^۹ تا رفتارهای مربوط به خودکشی مانند خودمسمومیتی^{۱۰} را شامل می‌شود.

نظریه پردازان مختلف کوشیده‌اند با تأکید بر قلمروهایی مانند نظم‌بخشی هیجانی^{۱۱}، شخصیت‌زدایی^{۱۲} و علل رفتاری/بافتاری، علت رجوع افراد به رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی را تبیین کنند [۳، ۴]. نرخ شیوع چنین رفتارهایی در نمونه بزرگ سال غیربیمار بین ۴ تا ۲۰ درصد و در نمونه نوجوان غیربیمار، بیش از ۴۰ درصد است [۵]. علاوه بر این نرخ رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی در نمونه غیربالینی دانش‌آموزان دبیرستانی بین ۱۲ تا ۶۶ درصد [۶، ۷] و در نمونه غیربالینی دانشجویان بین ۱۲ تا ۳۸ درصد برآورد شده است [۸]. علاوه بر این محققان تأکید کرده‌اند که دختران در مقایسه با پسران زودتر از چنین رفتارهایی استفاده کرده، در مجموع نوجوانان دختر در مقایسه با پسران نوجوان بیشتر برای استفاده از این رفتارها، در معرض خطر هستند [۹، ۱۰].

اختلاف زیاد در برآوردهای مربوط بر شیوع رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی تا حدی از نبود توافق در مفهوم‌سازی این رفتارها و البته تنوع همزمان در اندازه‌گیری آن‌ها ناشی می‌شود [۱۱، ۱۲]. در برخی از مطالعات رفتارهای خودآسیب‌زای عمدی فقط با یک یا دو سؤال اندازه‌گیری شده‌اند [۱۳]؛ در حالی که محققان دیگر بر گستره محدودی

- 13 . semi-structured or comprehensive interviews
- 14 . Deliberate Self-Harm Interview Schedule
- 15 . Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview
- 16 . Deliberate Self-Harm Inventory
- 17 . Self-Harm Screening Inventory (SHSI)
- 18 . underreporting
- 19 . non-physical
- 20 . self-defeating thoughts
- 21 . physical
- 22 . direct
- 23 . hit self
- 24 . indirect
- 25 . interpersonal
- 26 . be promiscuous
- 27 . overdose

- 1 . deliberate self-harm
- 2 . conscious suicidal intent
- 3 . cutting
- 4 . burning
- 5 . scratching
- 6 . head banging
- 7 . immediate physical tissue damage
- 8 . self-starvation
- 9 . alcohol abuse
- 10 . self-poisoning
- 11 . affect regulation
- 12 . depersonalization

تیزهوشی با تأکید بر سطوح بالای تجارب تنیدگی زای ناشی از مطالبه‌گری‌های حیات آکادمیک، تحلیل پسایندهای چندگانه رویارویی با این رخدادهای انگیزاننده را با رجوع به گزینش‌های رفتاری خودآسیب‌زا، در متن اولویت‌های پژوهشی خود قرار داده‌اند [۲۶-۲۸].

به بیان دیگر از یک سوی ادراک نوجوانان تیزهوش از روند فزاینده مطالبه‌گری‌های تحصیلی و تنیدگی تحصیلی منتج از بیش مطالبه‌گری این تجارب انگیزاننده پیرامونی و از دیگر سوی فقر احتمالی در خزانه مهارتی آن‌ها برای مدیریت سازگارانه تقاضاهای فرونی‌یافته به طرز گریزناپذیری بر احتمال رجوع نوجوانان تیزهوش به شیوه‌های نائطباقی رویارویی با چنین تجارب چالش‌زایی خواهد افزود [۲۶، ۲۸]. علاوه بر این مرور سوابق پژوهشی معطوف بر رفتارهای خودآسیب‌زا در بین نوجوانان تیزهوش نشان می‌دهد که متعارف‌ترین رفتارهای خودآسیب‌زای غیرمنتهی به خودکشی در این نوجوانان شامل خودانتقادگری‌های افراطی، خودکم‌نگری‌های واقع‌گريزانه، تمایلات کمال‌گرایانه منفی و در نهایت بیش‌خودمطالبه‌گری و خودسرزنی‌های کاهنده بودند [۲۶، ۲۸]؛ بنابراین با توجه به نرخ بالای رجوع نوجوانان تیزهوش و غیرتیزهوش به اشکال مختلف رفتارهای خودآسیب‌زای غیرمنتهی به خودکشی و البته فقر اطلاعاتی انکارناشدنی در این قلمرو مطالعاتی این پژوهش با هدف تحلیل مشخصه‌های روان‌سنجی سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان در گروهی از نوجوانان تیزهوش انجام شد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان تیزهوش دختر و پسر در مقاطع متوسطه اول و دوم شهرستان کاشان بودند. بر اساس اسناد اداره آموزش و پرورش شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰، در متوسطه اول تعداد کل دانش‌آموزان تیزهوش برابر با ۳۳۲ نفر و در متوسطه دوم تعداد کل دانش‌آموزان تیزهوش برابر با ۵۱۱ نفر بود. نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ دانش‌آموز تیزهوش بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای این منظور پس از تعقیب ملاحظات اداری - اجرایی مورد نیاز لینک بسته سنجش در اختیار مدیریت

این ابزار شامل ۲۲ ماده است و مشارکت کنندگان به صورت بلی/خیر به آن پاسخ می‌دهد و در ۸۷/۹ درصد «اختلال شخصیت مرزی»^۱ را تشخیص می‌دهد [۲۰]. سیاهه خودآسیب‌زنی تعددی نیز با ۱۷ سؤال، یک ابزار پرکاربرد دیگر برای سنجش خودآسیبی غیرمنتهی به خودکشی^۲ تلقی می‌شود [۲۰]. سیاهه خودآسیب‌زنی تعددی با تأکید بر وجه رفتاری صریح خودآسیب‌زنی، بر روش، فراوانی و مدت زمان استفاده از رفتارهای خودآسیبی غیرمنتهی به خودکشی متمرکز است؛ درحالی که سیاهه خودآسیب‌زنی و سیاهه خودآسیب‌زنی تعددی بر رفتارهای خودآسیبی غیرمنتهی به خودکشی متمرکزند، چند ابزار سنجش دیگر وجوه مختلف رفتارهای خودآسیبی غیرمنتهی به خودکشی را اندازه‌گیری می‌کنند؛ برای مثال در ابزار سنجش‌کنشی خودزنی^۳ درباره روش، بسامد، درمان و انگیزه خودآسیبی سؤال می‌شود [۲۴].

علاوه بر این سیاهه عباراتی درباره خودآسیب‌زنی^۴، رفتارهای خودآسیب‌زا و کارکرد این رفتارها را می‌سنجد [۲۵]. کیم و همکاران [۲۱] نیز سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان را به عنوان یک ابزار حساس نسبت به ملاحظات بافتاری/فرهنگی^۵ توسعه دادند.

در مطالعه کیم و همکاران [۲۱] نتایج روش آماری تحلیل عاملی تأییدی از ساختار تک عاملی سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان به‌طور تجربی حمایت کرد. در این پژوهش ضریب همسانی درونی سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان، ۰/۸۰ و ضریب همبستگی مربوط به پایایی آزمون بازآزمون پس از ۴ هفته، ۰/۷۹ به دست آمد. ضرایب همبستگی بین سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان با سیاهه افسردگی کودک^۶، نسخه تجدیدنظرشده اضطراب کودک^۷ و مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۸، شواهد متقنی در دفاع از روایی ملاکی سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان فراهم آورد.

محققان علاقه‌مند به قلمرو مطالعاتی روان‌شناسی

1. Borderline Personality Disorder (BPD)
2. Non-suicidal self-injury (NSSI)
3. Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)
4. Inventory of Statement About Self-Injury (ISAS)
5. cultural/contextual
6. Child Depression Inventory
7. Children's Manifest Anxiety Scale
8. Rosenberg Self-Esteem Scale

اضطراب موقعیتی^{۱۱} و تجربه ذهنی احساس اضطراب^{۱۲} و در نهایت در مقیاس استرس - که نسبت به سطوح انگیزتگی غیراختصاصی مزمن حساس است - دشواری در آرمیدگی^{۱۳}، انگیزتگی عصبی^{۱۴}، سهولت در تحریک شدگی/ناآرامی^{۱۵}، فزون تحریک‌پذیری/واکنش‌پذیری^{۱۶} و عدم تحمل^{۱۷} اندازه‌گیری می‌شود.

در مطالعه شکر، شهیدی، مظاهری، فتح‌آبادی و رحیمی‌نژاد [۳۱] ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۸، در مرحله پس‌آزمون اول به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و در مرحله پس‌آزمون دوم به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. در مطالعه حاضر ضریب همسانی درونی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۴ و ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس رضایت از زندگی^{۱۸} دینر و همکاران [۳۲] نسخه پنج‌ماده‌ای مقیاس رضایت از زندگی را به منظور اندازه‌گیری بُعد شناختی بهزیستی ذهنی افراد توسعه دادند. در این مقیاس شرکت‌کنندگان به هر ماده بر روی یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت (از ۱ کاملاً مخالف تا ۷ کاملاً موافق) پاسخ می‌دهند. یافته‌های مطالعات دینر و همکاران (۱۹۸۵) و پاتوت، دینر، کالوین و سندویک (۱۹۹۱) از ساختار تک‌عاملی SWLS حمایت کرد. در پژوهش شکر [۳۱] همسو با نتایج دینر و دیگران (۱۹۸۵) - که با هدف آزمون ساختار عاملی مقیاس رضایت از زندگی تحصیلی و با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی انجام شد - ساختار تک‌عاملی SWLS، در بین دانشجویان ایرانی و سوئدی تأیید شد. در مطالعه شکر [۳۱] ضریب آلفای کرونباخ SWLS برای دانشجویان ایرانی برابر با ۰/۸۴ و برای دانشجویان سوئدی برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. در مطالعه حاضر ضریب پایایی مقیاس رضایت از زندگی با استفاده از روش همسانی درونی برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

مدارس تیزهوشان دخترانه و پسرانه شهرستان کاشان قرار گرفت و از آن‌ها تقاضا شد تا آن را از طریق کانال ارتباط مجازی خود با دانش‌آموزان در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار دهند.

در این پژوهش محقق با رجوع به منطقی سرانگشتی در برآورد حجم نمونه موافق با دیدگاه «میرز، گامست و گارینو» [۲۹]، حجم نمونه‌ای حدود ۳۰۰ مشارکت‌کننده را برای اطلاع از مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان خوب و مکفی تلقی می‌کند. در مقطع متوسطه اول میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان تیزهوش به ترتیب برابر با ۱۴/۷۵ و ۱/۶۶ (با کمینه و بیشینه ۱۳ و ۱۵ سال) و در مقطع متوسطه دوم میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان تیزهوش به ترتیب برابر با ۱۵/۷۴ و ۱/۸۹ (با کمینه و بیشینه ۱۶ و ۱۸ سال) بود.

ابزارهای سنجش

مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی^۱ (لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵) [۳۰] نسخه اصلی مقیاس افسردگی اضطراب و تنیدگی را با هدف اندازه‌گیری افسردگی، اضطراب و تنیدگی توسعه دادند. نسخه ۴۲ ماده‌ای DASS شامل مجموعه‌ای از سه زیرمقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و تنیدگی استفاده می‌شود. هر یک از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۱۴ ماده است و مشارکت‌کنندگان به هر ماده روی یک طیف چهار درجه‌ای از «هرگز درباره من صدق نمی‌کند» (۰) تا «همیشه درباره من صدق می‌کند» (۳) پاسخ می‌دهند.

در مقیاس افسردگی، ملالت^۲، ناامیدی^۳، بی‌ارزش شمردن زندگی^۴، خودنارزنده‌سازی^۵، فقدان علاقه/مشارکت^۶، بی‌لذتی^۷ و سکون^۸، در زیرمقیاس اضطراب، انگیزتگی خودکار^۹، تأثیرات اسکلتی ماهیچه‌ای^{۱۰}، اضطراب

1. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
2. dysphoria
3. hopelessness
4. devaluation of life
5. self-depreciation
6. lack of interest/involvement
7. anhedonia
8. inertia
9. automatic arousal
10. skeletal muscle effects

11. situational anxiety
12. subjective experience of anxious affect
13. difficulty relaxing
14. nervous arousal
15. being easily upset/agitated
16. irritable/over-reactive
17. impatient
18. Satisfaction with Life Scale (SWLS)

مفهومی نسخه فارسی به کمک یک فرد دوزبانه دیگر به انگلیسی برگردانده شدند. در ادامه دو مترجم درباره تفاوت موجود بین نسخه‌های انگلیسی بحث کردند و از طریق «فرایند مرور مکرر^۲» این تفاوت‌ها به حداقل ممکن کاهش یافت. بر این اساس ترادف معنایی نسخه ترجمه شده با نسخه اصلی به دقت بررسی شد. در نهایت دو نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه روایی محتوا و تطابق فرهنگی این پرسشنامه را مطالعه و تأیید کردند.

منطق تحلیل داده‌ها. در این مطالعه تحلیل داده‌ها بر پایه نظریه کلاسیک تست انجام شد. ابقا یا حذف مواد نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان به اتکای مشخصه‌های آماری تحلیل عاملی صورت گرفت. در این مطالعه برای استفاده از تحلیل عاملی تأییدی از روش پیشینه‌درست‌نمایی^۳ برای برآورد مدل و همسو با پیشنهاد میرز و همکاران [۳] به منظور 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^۴ (CFI)، شاخص نیکویی برازش^۵ (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی^۶ (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۷ (RMSEA) استفاده شد. همسو با نتایج مطالعه کیم و همکاران [۲۱]، در این مطالعه نیز الگوی اندازه‌گیری تک عاملی به عنوان الگوی مفروض ارجح انتخاب و آزمون شد. در این پژوهش به منظور تأمین حداکثری ملاحظات اخلاقی کدهایی مانند محرمانگی و رازداری (مراقبت از مشارکت‌کنندگان)، رعایت حریم خصوصی، صداقت و پرهیز از فریب و رضایت آگاهانه ملحوظ شدند.

یافته‌ها

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^۸ و هم‌خطی چندگانه^۹ آزمون شدند.

سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان (کیم و همکاران، ۲۰۲۲). کیم و همکاران [۲۱] به منظور سنجش رفتارهای خودآسیبی غیرمنتهی به خودکشی با تأکید بر ملاحظات بافتاری/فرهنگی سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان را توسعه دادند. سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان یک ابزار سنجش خودگزارشی کوتاه است که برای سنجش رفتارهای خودآسیب‌زا در نوجوانان استفاده می‌شود. در این سیاهه، ماده‌ها بر روی طیفی دو درجه‌ای، به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شوند. بر این اساس در دستورالعمل پاسخ به ماده‌های سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی از مشارکت‌کنندگان تقاضا می‌شود که اگر در طول یک سال گذشته نسبت به انتخاب هر یک از رفتارهای خودآسیب‌زا اقدام کرده‌اند، برای آن رفتار گزینه بلی را انتخاب کنند. حتی در بخش پایانی دستورالعمل پاسخ به ماده‌های سیاهه غربالگری، خطاب به مشارکت‌کنندگان تأکید می‌شود که خودآسیب‌زنی غیرمنتهی به خودکشی بیانگر رفتار خودآسیب‌زای تعمدی است که با هدف خودکشی انجام نمی‌شود.

کیم و همکاران [۲۱] این مقیاس را از طریق تعقیب گام‌هایی مانند مرور پیشینه نظری و تجربی، رصد دیدگاه کارشناسان درباره اشکال مختلف رفتارهای خودآسیب‌زا و در نهایت تحلیل تحلیل‌های آماری توسعه دادند. در مرحله تحلیل آماری از مجموع ۲۸ ماده منتخب و موجود در بانک سؤالات از طریق روش آماری تحلیل مؤلفه‌های اصلی تعداد ۱۰ ماده که بار عاملی منتسب به آن‌ها از ۰/۷۰ بیشتر بود انتخاب شدند. در ادامه یافته حاصل از روش آماری تحلیل عاملی تأییدی از ساختار تک عاملی سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان حمایت کرد. در مطالعه کیم و همکاران [۲۱] ضریب همسانی درونی سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان ۰/۸۰ به دست آمد.

در این مطالعه برای آماده‌سازی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان ایرانی از روش ترجمه مجدد^۱ استفاده شد؛ بنابراین به منظور استفاده از نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان نسخه انگلیسی آن برای نمونه نوجوانان ایرانی به زبان فارسی ترجمه شد. برای این منظور با هدف حفظ هم‌ارزی زبانی و

- 2 . iterative review process
- 3 . maximum likelihood
- 4 . Comparative Fit Index (CFI)
- 5 . Goodness of Fit Index (GFI)
- 6 . Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
- 7 . Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
- 8 . normality
- 9 . Multicollinearity

1 . back translation

جدول ۱. اندازه‌های توصیفی

ماده‌ها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
مصرف بیش از حد دارو	۰/۳۵	۰/۵۰	۰/۶۳	۰/۰۹
بریدن بدنم با استفاده از وسایل تیز	۰/۴۰	۰/۳۱	۰/۶۰	۰/۲۱
ضربه زدن به بدنم (مثلاً ضربه زدن به سر با دست)	۰/۳۱	۰/۵۱	۰/۶۱	۰/۲۹
کوبیدن سرم به دیوار، میز یا غیره	۰/۲۸	۰/۴۰	۰/۹۵	۰/۴۵
خراشاندن بدنم	۰/۳۱	۰/۴۵	۰/۸۱	۰/۲۹
برش دادن یا حک کردن چیزی روی پوستم با استفاده از چاقو	۰/۳۳	۰/۵۰	۰/۷۶	۰/۱۳
ضربه زدن به بدنم با وسایل نوک‌تیز یا تیز	۰/۲۳	۰/۴۷	۰/۷۳	۰/۲۲
بریدن بدنم با وسایل نوک‌تیز	۰/۴۰	۰/۴۹	۰/۴۱	۰/۲۸
فشردن گردنم به حالت خفگی	۰/۳۶	۰/۴۲	۰/۶۰	۰/۱۸
ایجاد خونریزی در بدنم	۰/۳۱	۰/۴۷	۰/۸۱	۰/۳۳

استفاده شد. در این بخش همسو با پیشنهاد «هایر بلک بابین و آندرسون» (۲۰۱۰) از آنجا که تمامی مقادیر مربوط به آماره^۵ تحمل بزرگ تر از ۰/۱۰ و همه مقادیر آماره VIF نیز کوچک تر از ۳ بودند؛ بنابراین مفروضه عدم هم خطی رعایت شد.

تحلیل عاملی تأییدی

در این بخش به منظور تعیین روایی عاملی نسخه^۶ کوتاه سیاهه^۷ غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان از روش آماري تحليل عاملی تأییدی استفاده شد. به بیان دیگر به منظور تأیید ساختار تک‌عاملی مفروض برای نسخه^۸ کوتاه سیاهه^۹ غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان از مدیابی 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^{۱۰} استفاده شد. در این بخش به منظور ارزیابی برازندگی مدل، مدل استقلال^{۱۱} 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 (χ^۲/df = ۲۷/۲۶، p < ۰/۰۰۱، N = ۳۰۰، ۴۵ = ۴۵N). (χ^۲ = ۲۷/۲۶)

برای این منظور، ابتدا مفروضه‌های بهنجاری و هم خطی چندگانه و همچنین داده‌های غیرعادی (دورافتاده^۱) و آرسی شدند. در این پژوهش موافق با پیشنهاد «تاباچنیک و فیدل» (۲۰۰۷) داده‌های غیرعادی تک‌متغیری از طریق نمرات استاندارد Z در بسته آماري SPSS چک شدند (Z = ±۳/۲۹، p < ۰/۰۰۱). در این بخش نتایج نشان داد که هیچ داده دورافتاده یا غیرعادی در محدوده داده‌های پیش‌بینی شده وجود نداشت.

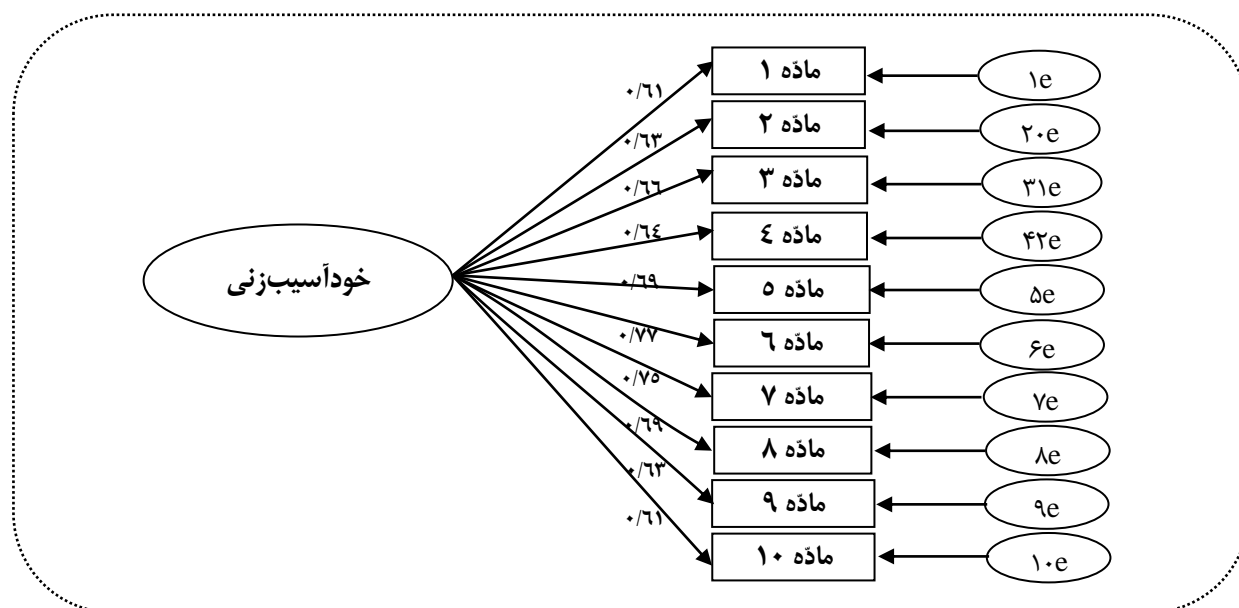
جدول ۱ اندازه‌های توصیفی میانگین انحراف استاندارد و آماره‌های «چولگی»^۲ و «کشیدگی»^۳ را برای ماده‌های نسخه^۴ کوتاه سیاهه^۵ غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان نشان می‌دهد. نتایج مربوط به آماره‌های چولگی (|۰/۴۰| <) و کشیدگی (|۰/۴۵| <) نشان داد که هیچ یک از ماده‌های سیاهه از نقاط برش پیشنهادی برای آماره‌های چولگی برابر با |۳| و کشیدگی برابر با |۸| بیشتر نبودند؛ بنابراین همسو با منطق پیشنهادی کلایسن (۱۹۹۸) مفروضه بهنجاری تک‌متغیری برای هر یک از ماده‌های نسخه^۶ کوتاه سیاهه^۷ غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان رعایت شده است. علاوه بر این در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه هم خطی چندگانه از آماره‌های تحمل^۴ و عامل تورم واریانس^۵ استفاده

5 . variance inflation factor
6 . maximum likelihood
7 . independence model

1 . outliers
2 . skewness
3 . kurtosis
4 . tolerance

جدول ۲. اندازه‌های نیکویی برازش و مقادیر بارهای عاملی مدل‌های اندازه‌گیری رقیب

loadings	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	χ^2/df	χ^2	مدل‌های رقیب
-	۰/۳۰	۰/۰۰	۰/۲۱	۰/۳۶	۲۷/۲۶	۱۲۲۶/۵۲	مدل استقلال
۰/۶۱ - ۰/۷۷	۰/۰۶۸	۰/۹۵	۰/۹۰	۰/۹۴	۲/۸۲	۹۸/۷۳	مدل تک‌عاملی



شکل ۱. تحلیل تأییدی ساختار تک‌عاملی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی برای نوجوانان

آربوگلی و وسکی (۱۹۹۹) بر اندازه‌های نیکویی برازش مختلف عبارات خطای باقیمانده^۲ و شاخص‌های اصلاح^۳ تأکید شد.

در ادامه ساختار تک‌عاملی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی برای نوجوانان واریسی شد. در این بخش نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل تک‌عاملی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی میرز و همکاران (۲۰۱۶) شامل شاخص مجذور خی^۲، 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 ۹۸/۷۳، ۲/۸۲، ۰/۹۵، ۰/۹۴، ۰/۹۰ و ۰/۰۶۸ به دست آمد که بر برازش مطلوب مدل با داده‌ها دلالت دارد (جدول ۲).

آماردانان تأکید می‌کنند که مقدار ترجیحی^۱ 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 می‌شود (میرز و همکاران، ۲۰۱۶)؛ بنابراین موافق با پیشنهاد آماردانان به منظور اطلاع از برازندگی قابل قبول مدل با داده‌ها به طور جایگزینی از نسبت $\chi^2/df < 5$ (تیلور و تاد، ۱۹۹۵) یا χ^2/df استفاده می‌شود [۳]. در جدول ۲ با توجه به معناداری آزمون χ^2 ، به منظور 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 در این پژوهش همسو با منطق

2. residual error terms
3. modification indices

1. preferable value

بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۷ به دست آمد.

در این بخش با هدف اطلاع از مشخصه‌های فنی ابزار خودآسیبی برای نوجوانان 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 مفروض گزارش شد (جدول ۳).

شکل ۱ نتایج مربوط به وزن‌های رگرسیونی ساختار تک عاملی مدل اندازه‌گیری نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که برای ساختار عاملی مفروض، جمیع وزن‌های رگرسیونی از لحاظ آماری معنادارند ($P < 0/001$). در شکل ۱ ضرایب رگرسیونی برای عامل خودآسیبی برای نوجوانان

جدول ۳. مقادیر آلفای کرونباخ، 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	ماده‌ها
		خودآسیبی برای نوجوانان $\alpha = 0/89$
0/882	0/57	۱
0/879	0/60	۲
0/878	0/62	۳
0/879	0/60	۴
0/876	0/65	۵
0/871	0/71	۶
0/873	0/70	۷
0/877	0/64	۸
0/88	0/59	۹
0/88	0/57	۱۰

خودکشی با رضامندی از زندگی و همچنین، همبستگی مثبت و معنادار بین نمره کلی خودآسیب‌زنی با نمرات اضطراب، افسردگی و استرس، نشان داد که نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان از روایی ملاکی مطلوبی برخوردار است.

جدول ۴. همبستگی خودآسیبی با رضامندی از زندگی و وجوه آشفتگی روان‌شناختی

خودآسیب‌زنی	
0/31**	اضطراب
0/36**	افسردگی
0/34**	استرس
-0/29**	رضامندی از زندگی

** $P < 0/01$

روایی ملاکی

در این بخش، به منظور تعیین روایی ملاکی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان موافق با پیشینه نظری و تجربی پراکندگی مشترک (همبستگی) بین خودآسیب‌زنی غیرمنتهی به خودکشی با نمرات اضطراب، افسردگی و استرس و همچنین رضامندی از زندگی در نوجوانان تیزهوش محاسبه شد. در این بخش نتایج مربوط به همبستگی مثبت و معنادار بین نمره کلی خودآسیب‌زنی با نمرات اضطراب، افسردگی و استرس و همچنین همبستگی منفی و معنادار بین نمره کلی خودآسیب‌زنی غیرمنتهی به خودکشی با رضامندی از زندگی شواهد متقنی در دفاع از روایی ملاکی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان فراهم آورد.

به بیان دیگر نتایج جدول ۴ با تأکید بر همبستگی منفی و معنادار بین نمره کلی خودآسیب‌زنی غیرمنتهی به

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان انجام شد. نتایج روش آماری تحلیل عاملی تأییدی، با یافته مطالعه کیم و همکاران [۲۱] با تأکید بر ساختار تک عاملی نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان در بین نوجوانان تیزهوش ایرانی، از روایی عاملی سیاهه غربالگری خودآسیبی، به طور تجربی موافق است؛ علاوه بر این، نتایج مربوط به همبستگی بین نمره کلی خودآسیب زنی غیرمنتهی به خودکشی با نمرات اضطراب، افسردگی، استرس و رضامندی از زندگی، از روایی ملاکی سیاهه غربالگری خودآسیبی، حمایت کرد. علاوه بر این در این پژوهش ضریب همسانی درونی سیاهه غربالگری خودآسیبی در نوجوانان نشان داد که این سیاهه از پایایی مطلوبی برخوردار است.

پژوهش حاضر همسو با مطالعات کیم و همکاران [۲۱]، رندال و همکاران [۲] و لاتیمر و همکاران [۲۰] با هدف تحلیل روان‌سنجی یکی از ابزارهای توسعه یافته و متمرکز بر رفتارهای خودآسیب‌زای غیرمنتهی بر خودکشی در گروهی از نوجوانان انجام شد. نتایج مربوط به روایی عاملی پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعه کیم و همکاران [۲۱] با تأکید بر ساختار تک‌عاملی، ضمن دفاع از ماهیت فرابافتاری رفتارهای خودآسیب‌رسان غیرمنتهی به خودکشی، ضرورت تمرکز بر تنوع اشکال رفتاری را در تحلیل رفتارهای خودآسیب‌زا در بین نوجوانان مورد تأکید قرار می‌دهد.

در بخش دیگری، نتایج مطالعه حاضر از یک سوی با تأکید بر همبستگی مثبت و معنادار بین نمره کلی رفتارهای خودآسیب‌زای غیرمنتهی به خودکشی با نمرات اضطراب، افسردگی و استرس و از سوی دیگر با تأکید بر همبستگی منفی و معنادار بین رفتارهای خودآسیب‌زای غیرمنتهی به خودکشی با رضامندی از زندگی، شواهد متقنی را در دفاع از روایی ملاکی سیاهه غربالگری رفتارهای خودآسیب‌زای نوجوانان فراهم آورد.

نتایج در این بخش، همسو با یافته‌های مطالعات «آگارلو» [۳۳]، «تان و چان» [۳۴]، «گراگان و همکاران» [۲۸]، «آکنور و ویلیامز» [۳۵] (۲۰۱۴)، «هات و همکاران» [۳۶] و «رین و ماجروریتی» [۳۷] نشان می‌دهد که

سلطه‌گری تجارب هیجانی منفی بر نیمرخ خلقی نوجوانان سبب می‌شود که آن‌ها در رویارویی با مطالبات فراروی از رفتارهای خودآسیب‌رسان به مثابه یکی از شیوه‌های ناانطباقی مواجهه با رخداد‌های انگیزاننده پیرامونی استفاده کنند.

نتایج در این بخش همسو با مواضع مفهومی نظریه نظم‌بخشی هیجانی [۳] نشان می‌دهد که عدم غنای در منابع مقابله‌ای افراد و فقر در هیجانات خودتعالی‌نگر^۱ و مثبت در آن‌ها سبب می‌شود که اغلب، افراد در رویارویی با تجارب انگیزاننده پیرامونی، از طریق رجوع به رویه‌های ناسودمند و ناسازگارانه مواجهه، بیش از پیش، خویش‌تن را در معرض هیجانات منفی ناشی از گزینش‌گری‌های رفتاری ناانطباقی قرار دهند [۳۸-۴۰]. به‌طور کلی محققان یادآوری می‌کنند که هیجانات منفی اضطراب و افسردگی و سطوح بالای استرس ادراک‌شده در بستر خودانتقادگری‌های افراطی^۲، خودپنداشت ضعیف^۳، خودگویی‌های منفی^۴، عزت‌نفس ضعیف^۵ و بیش‌تحدیدشدگی سرمایه روانی^۶ افراد و در مصاف با موقعیت‌های انگیزاننده استفاده از رفتارهای خودآسیب‌زا را به مثابه یک شیوه ناانطباقی پاسخ‌دهی به مطالبه‌گری‌های پیرامونی سبب می‌شوند [۲۸، ۳۳-۳۵، ۳۷، ۴۱]. در این بخش به اجمال محدودیت‌های پژوهش مرور می‌شوند.

اول اگر در این پژوهش عدم آزمون هم‌ارزی جنسی ساختار عاملی سیاهه غربالگری خودآسیبی نوجوانان به عنوان یک محدودیت فرصت اطلاع از تغییرناپذیری مدل اندازه‌گیری ابزار سنجش سیاهه غربالگری خودآسیبی نوجوانان را فراهم نمی‌آورد، تحلیل هم‌ارزی جنسی ساختار عاملی این ابزار، به طور اکید به محققان بعدی توصیه می‌شود.

دوم با توجه به آن که نمونه پژوهش حاضر فقط از بین دانش‌آموزان تیزهوش دوره‌های اول و دوم متوسطه شهر کاشان انتخاب شدند؛ بنابراین تعمیم‌پذیری یافته‌های مستخرج از این پژوهش به دیگر گروه‌های دانش‌آموزان

1. self-transcendent emotions
2. over self-criticism
3. poor self-concept
4. negative self-talk
5. poor self-esteem
6. psychological capital

- 6- De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical journal of Australia*, 2004; 181 (3), 140-144.
- 7- Lunde LG, Karim J, Quilisch E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian journal of psychology*, 2007; 48 (1), 33-41.
- 8- Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American journal of Orthopsychiatry*, 2002; 72 (1), 128-140.
- 9- Andover MS, Pepper CM, Gibb BE. Self-mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007; 37 (2), 238-243.
- 10-Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives of Suicide Research*, 2011; 15 (1), 56-67.
- 11-Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Clinical assessment of self-injurious behaviors: an overview of rating scales and self-reporting questionnaires. 2005; 2: 183-209.
- 12-Prinstein MJ. Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: a review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 2008; 76 (1): 1-8.
- 13-Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of affective disorders*, 2006; 93 (1), 87-96.
- 14-Gonzalez-Forteza C, Alvarez-Ruiz M, Saldana-Hernandez A, Carreno-Garcia S, Chavez-Hernandez A-M, Perez-Hernandez R. Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, Mexico: 2003. *Social behavior and Personality: an international journal*, 2005; 33 (8), 777-792.
- 15-Gutierrez PM, Osman A, Barrios FX, Kopper BA. Development and initial validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *Journal of personality assessment*, 2001; 77 (3), 475-490.

تیزهوش باید با احتیاط کافی انجام شود.

سوم اگر چه در این پژوهش محقق کوشید با استفاده از روش‌های متفاوتی مانند روایی عاملی و روایی ملاکی از مشخصه‌های روایی ابزار سنجش سیاهه غربالگری خودآسیبی 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 سیاهه غربالگری خودآسیبی برای نوجوانان نیز پیشنهاد می‌شود.

چهارم اگر چه طراحان سیاهه غربالگری خودآسیبی نوجوانان کوشیده‌اند با رجوع به پیشینه و جست‌وجوی نظر خبرگان به طرز حداکثری اشکال مختلف رفتارهای خودآسیب‌زا برگزینند، اما موافق با دیدگاه محققان تربیتی، توسعه ابزارهایی برای سنجش رفتارهای خودآسیب‌زای انگیزشی و البته معطوف به موقعیت‌های پیشرفت تحصیلی نیز یک اولویت پژوهشی اساسی تلقی می‌شود.

در مجموع، نتایج نشان داد که نسخه کوتاه سیاهه غربالگری خودآسیب‌زنی نوجوانان برای غربالگری رفتارهای خودآسیب‌زا در میان نوجوانان تیزهوش ایرانی، ابزاری روا و پایا بود.

منابع

- 1- Lefgren LJ, Stoddard OB, Stovall JE. Rationalizing self-defeating behaviors: theory and evidence. *Journal of health economics*, 2021; 76: 102407.
- 2- Randall JR, Rowe BH, Colman I. Emergency department assessment of self-harm risk using psychometric questionnaires. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2012; 57(1): 21-28.
- 3- Messer JM, Fremouw WJ. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical psychology review*, 2008; 28 (1): 162-178.
- 4- Pilkington P, Younan R, Bishop A. Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *Journal of affective disorders reports*, 2021; 3, 100051.
- 5- Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005; 75 (2), 324-333.

- 25-Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2009; 31 (3), 215-219.
- 26-Koh C. Diversifying the experiences of gifted and talented learners: A review of recent Trends and practices. C. Koh (ed.), *Diversifying Learner Experience*, (pp. 99-117). Springer Nature Singapore Pte Ltd.
- 27-Burns EC, Martin AJ. Motivational issues in gifted education: understanding the role of students' attribution and control beliefs, self-worth protection and growth orientation. S. R. Smith (ed.), *Handbook of giftedness and talent development in the Asia-Pacific*, (pp. 339-353). Springer International Handbooks of Education.
- 28-Grugan MC, Hill AP, Madigan DJ, Donachie TC, Olsson LF, Etherson ME. Perfectionism in academically gifted students: A systematic review. *Educational Psychology Review*. 2021; 7: 1-43.
- 29-Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied multivariate research: Design and interpretation*: Sage publications; 2016.
- 30-Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the depression anxiety stress scales: Psychology Foundation of Australia*; 1995.
- 31-Shokri O, Shahidi S, Mazaheri M, Fathabadi J, Rahiminejad SP, Khanjani M. Evaluating the effectiveness of an immunization intervention program for undergraduates against negative emotional experiences based on the Pennsylvania preventive model. *Educational Measurement and Evaluation Studies*. 2014; 4 (7): 165-190.
- 32-Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*. 1985, 49 (1): 71-75.
- 33-Ogurlu U. Are gifted students perfectionistic? Meta-analysis. *Journal for the Education of the Gifted*. 2020; 43 (3): 227-251.
- 34-Tan LS, Chun KYN. Perfectionism and academic emotions of gifted adolescent girls. *The Asia-Pacific Education Researcher*. 2014; 23 (3): 389-401.
- 16-Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological assessment*, 2006; 18 (3), 303-312.
- 17-Kerfoot M. Deliberate self-poisoning in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1988; 29 (3), 335-343.
- 18-Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*. 2007; 19 (3): 309-317.
- 19-Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2001; 23 (4): 253-263.
- 20-Latimer S, Covic T, Cumming SR, Tennant A. Psychometric analysis of the Self-Harm Inventory using Rasch modelling. *BMC psychiatry*. 2009; 9 (53), 1-9.
- 21-Kim S, Seo DG, Park J-C, Son Y, Lee J-H, Yoon D, et al. Development and validation of the Self-Harm Screening Inventory (SHSI) for adolescents. *PLoS one*. 2022; 17 (2), 0262723.
- 22-Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008; 37 (4), 11-20.
- 23-Höller I, Teismann T, Cwik JC, Glaesmer H, Spangenberg L, Hallensleben N, et al. Short defeat and entrapment scale: A psychometric investigation in three German samples. *Comprehensive Psychiatry*. 2020; 98, 152160.
- 24-Lloyd E, Kelley M, Hope T, editors. Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence 1997: *Poster session presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine*, New Orleans, LA.

- Journal for the Education of the Gifted*. 2019; 42 (2): 107-134.
- 39-Zelenski JM, Desrochers JE. Can positive and self-transcendent emotions promote pro-environmental behavior? *Current Opinion in Psychology*. 2021; 42: 31-35.
- 40-McIntyre R, Smith P, Rimes KA. The role of self-criticism in common mental health difficulties in students: A systematic review of prospective studies. *Mental Health & Prevention*. 2018; 10: 13-27.
- 41-Mushquash AR, Sherry SB. Understanding the socially prescribed perfectionist's cycle of self-defeat: A 7-day, 14-occasion daily diary study. *Journal of Research in Personality*. 2012; 46: 700-709.
- 35-O'Connor RC, Williams JMG. The relationship between positive future thinking, brooding, defeat and entrapment. *Personality and Individual Differences*. 2014; 70: 29-34.
- 36-Hyatt LA, Cross TL. Understanding suicidal behavior of gifted students: Theory, factors, and cultural expectations. *International handbook on giftedness*: Springer; 2009; Science+Business Media B.V.
- 37-Rinn AN, Majority KL. The social and emotional world of the gifted. *Handbook of giftedness in children*: (pp. 49-63), Springer International Publishing AG, part of Springer Nature.
- 38-Mofield E, Parker Peters M. Understanding underachievement: Mindset, perfectionism, and achievement attitudes among gifted students.

فرا ترکیب و فرا تحلیل در عمل همراه با کاربست R

نویسندگان

حجت‌اله فراهانی^{۱*}، لیلا موثق^۲، عباسعلی الهیاری^۳، رسول روشن چسلی^۴، فاطمه دهقانی آرانی^۵

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانش آموخته دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران. mahlamovi@gmail.com

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. allahyar@modares.ac.ir

۴. استاد تمام گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. rasolroshan@yahoo.com

۵. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

f.dehghani.a@ut.ac.ir

چکیده

فرا تحلیل و فرا ترکیب فنون مدرنی هستند که در آن‌ها داده‌های کمی و کیفی از پژوهش‌های متعدد ترکیب و تحلیل می‌شوند. این ترکیب و تحلیل برای رسیدن به برآوردی پایا و جامع یا اندازه‌ی اثر میان متغیرها است. این روش‌ها ابزاری برای مرور نظام‌مند و ترکیب یافته‌های حاصل از پژوهش‌های کمی و کیفی برای نتیجه‌گیری‌هایی خدشه‌ناپذیرتر و جامع‌تر است. این دو روش با درآمیختن گستره‌ای وسیع از اطلاعات در شناسایی الگوهای باثبات کمک رسانده‌اند. نیل به نتیجه‌ای جامع و گویا در پژوهش‌های کیفی هدف پژوهشی بسیار مهمی است تا از رهگذر نوبایی و اکتشافی مفهومی بینشی جدیدتر خلق شود. ترکیب آماری یافته‌های پژوهش‌های کمی خود نیز هدفی بلند در بینش‌یابی نوین علمی است. در این روش، اندازه اثر کلی بر پایه پژوهش‌های کمی پیشین مجزا در حوزه‌ای خاص محاسبه می‌شود. یافتن این اندازه اثر کلی برای پژوهشگر علوم روان‌شناختی یا دیگر پژوهشگران خود، پژوهشی ژرف است. هدف از این مقاله، توضیح فرا ترکیب و فرا تحلیل در عمل است. فرا ترکیب کاملاً توضیح داده شده، مثالی برای آن آورده شده است و فرا تحلیل نیز با کاربرد R.4.3.1 با مثالی عددی توضیح داده شده است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۵/۱۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۹/۰۴



کلیدواژه‌ها

فرا ترکیب، فرا تحلیل، طرح کمی، طرح کیفی، علوم روان‌شناختی، R.

بست الکترونیکی

نویسنده مسئول

h.farahani@modares.ac.ir

مقدمه

«فرا ترکیب»^۱ روشی کیفی است که یافته‌های دیگر پژوهش‌های کیفی را در موضوعی مشابه به‌عنوان داده می‌گیرد تا تفسیری جدید از پدیده مورد بررسی ارائه دهد [۱]. این روش به‌عنوان یک معدن طلا برای پژوهش‌های مبتنی بر شواهد توصیف شده است؛ زیرا پژوهشگر یافته‌های پژوهش‌های کیفی در یک موضوع مشابه را در پهنه گسترده‌ای گردآوری می‌کند تا بهترین یافته‌ها را ترکیب و مفاهیم جدیدی را کشف کند [۲، ۳].

به دیگر بیان، پژوهشگر چونان زنبور عسل بر گل‌های زیبا می‌نشیند و شهد آن‌ها را با مهارت می‌چشد و عسل می‌پروراند. از همین روی اخیراً ترکیب پژوهش‌های کیفی رویکردی ارزشمند برای مرور نظام‌مند پژوهش‌ها در رشته‌های مختلف به نظر می‌رسد [۴، ۵]. روش فرا ترکیب از روش‌شناسی «فرا نظریه‌پردازی»^۲ در «جامعه‌شناسی»^۳، «قوم‌نگاری»^۴ و پرستاری [۶، ۷] و «فرا تحلیل»^۵ در برآورد اندازه اثر از پژوهش‌های کمی ریشه می‌گیرند. در این روش پژوهشگر، یافته‌های پژوهش‌های اولیه را به بن‌مایه‌ها^۶ و مؤلفه‌های جدیدی بدل می‌کند تا مفاهیمی فراگیر از رویدادها و روابط میان آن‌ها ساخته شود و از رهگذر آن، فرضیه‌ها، بن‌مایه‌ها، مفاهیم، مقوله‌ها یا نظریه‌هایی فراتر از یافته‌های پژوهش‌های اصلی به بار نشینند [۸، ۹].

به‌طور خلاصه، فرا ترکیب شیوه‌ای است که در آن پژوهش‌های کیفی درهم تنیده می‌شود، شباهت‌ها و تفاوت‌های آن‌ها با هم مقایسه، یافته‌های آن‌ها به زبان یکدیگر درآمده و تفسیری نوین از همه آن‌ها به دست می‌آید؛ تفسیری که به توضیح فراگیرتری از پدیده مورد بررسی می‌انجامد یا نظریه‌های جدیدی را در توضیح پدیده مورد بررسی پدید می‌آورد [۱۰]. به بیان ساده‌تر فرا ترکیب با فراهم‌آوری نگرشی نظام‌مند برای پژوهشگر از رهگذر ترکیب پژوهش‌های مختلف، به کشف موضوع‌ها و استعاره‌های جدید و اساسی می‌پردازد. با کاربست این روش، دانش کنونی گسترش و عمق یافته، دیدی فراتر نسبت به پدیده

آفریده می‌شود. به پاس این روش، یافته‌های پژوهش‌های کیفی منتشر شده، مورد بازنگری ژرف و دقیق قرار گرفته و سبب بروز و ظهور مسئله‌های پژوهشی جدید می‌شود [۱۱]. نتیجه فرا ترکیب ممکن است به بروز نظریه‌های جدید، توسعه مدل‌های مفهومی، شناسایی مغاک در پژوهش‌های موجود، ژرف‌نگری دانش موجود و ارائه شواهد برای وضعیت کنونی منجر شده و امکان کاوشگری، توصیف و درک پیچیدگی و ابعاد چندوجهی آن‌ها را فراهم کند.

هم‌نظر با «اروین، برادرسون و سامرز» (۲۰۱۱)، می‌توان فرا ترکیب را فرا تحلیل پژوهش‌های کیفی دانست، اگرچه مفهوم کلی هر دو فن یکسان به نظر می‌رسند، در فرا تحلیل، هدف، ترکیب یافته‌های پژوهش‌های کمی مشابه به قصد استحکام‌دهی قطعیت رابطه علت و معلولی است و به همین سبب روش‌های آماری را به کار می‌گیرد تا نتیجه‌ای واحد حاصل شود. فرا تحلیل در ادامه به‌طور دقیق و مبسوط‌تر بحث می‌شود، حال آنکه هدف از انجام فرا ترکیب توضیح و درک ژرف پدیده‌ای است و تنها خلاصه‌سازی نتایج پژوهش‌های کیفی، یکپارچه کردن یا تحلیل دوباره داده‌ها نیست، بلکه درهم‌آمیزی، درهم‌تیدگی و مقایسه پژوهش‌های کیفی درهم‌آمیخته و تفسیری فراگیر و فرا نگر از ماهیت پدیده مورد بررسی به بار می‌آورد، تفسیری که از فهم ژرف پژوهشگر نشان دارد [۱۲].

اگرچه این روش، ویژگی‌های مشابه بسیاری با دیگر گونه‌های پژوهش کیفی دارد؛ زیرا خود نیز یک پژوهش کیفی است؛ اما تفاوت‌های بارز و انعطاف‌پذیری چشم‌گیری هنگام گردآوری، تجمیع و ترکیب یافته‌های کیفی در آن وجود دارد [۱۱، ۹] «میجر و بادن» (۲۰۱۰)، استدلال‌هایی له و علیه استفاده از روش فرا ترکیب بیان کردند، از جمله استدلال‌های ترکیب پژوهش‌های کیفی^۷، این است که این روش انفجار اطلاعات پژوهش‌های کیفی را مدیریت کرده و با جلوگیری از پراکندگی و ازهم گسستگی یافته‌های علمی، جرقة گفت‌وگو و بحث را برمی‌انگیزاند و همچنین پژوهشگر در فشار، کمبود زمان و انرژی قرار نمی‌گیرد. در انتقاد از این روش می‌توان گفت که صاحب‌نظران این بحث را پیش می‌کشند که آیا ترکیبی از پژوهش‌های کیفی محدودکننده یا توسعه‌دهنده است؟ به بیان دیگر آیا این روش زمینه -

1. meta-synthesis
2. meta-theorizing
3. sociology
4. ethnography
5. meta-analysis
6. theme

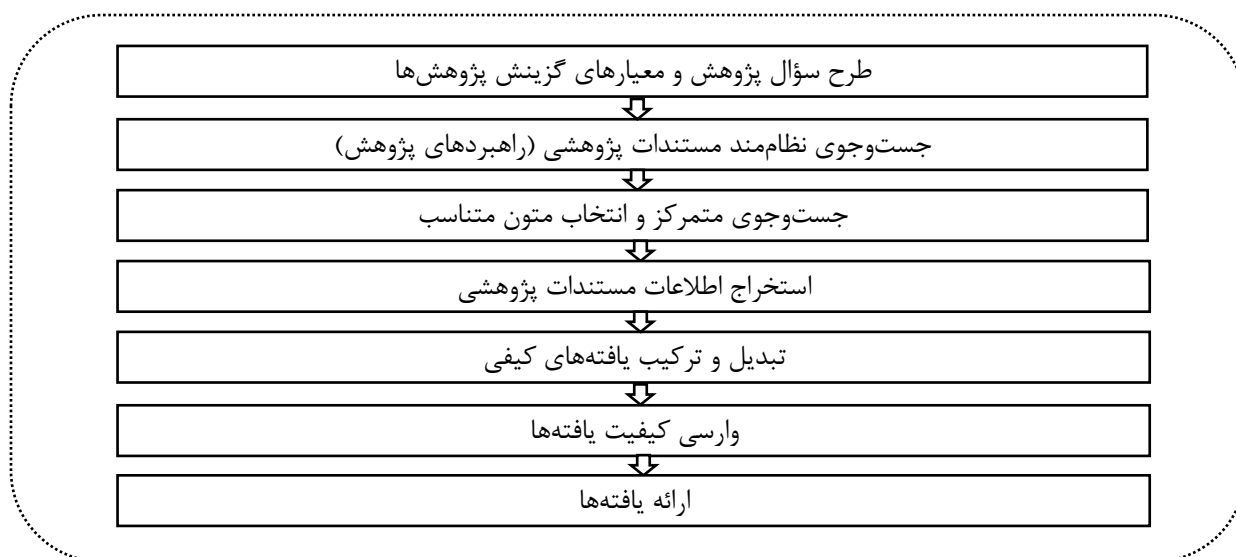
7. qualitative research synthesis(QRC)

یافته‌های پژوهش‌های کیفی در چهارچوبی سطحی و جزیره‌ای به ظاهر، ترکیب شده که خود آسیبی جدی به بدنه پژوهش مورد نظر وارد می‌سازد و به جای زاینده‌گی نگاهی فراگیر، سترونی فکری و نارسایی نظری از آن پدیده به دست می‌آید.

قطع نظر از فرصت‌ها و چالش‌هایی که فرا ترکیب برای بررسی پدیده‌های روان‌شناختی برای پژوهشگران فراهم می‌آورد، اجرای عملی آن بیشترین توجه را برای علاقه‌مندان به پژوهش‌های کیفی به خود اختصاص داده است. در این راستا پژوهشگران مختلف بر آن شدند تا مراحل مشخص و عملی برای اجرای این روش، به‌ویژه برای نوپژوهشگران فراهم آورند. فی‌المثل «توبلت و هیلر» (۱۹۸۸)، راهنمای سه مرحله‌ای (انتخاب گزینش پژوهش‌ها، ترکیب پژوهش‌ها و ارائه ترکیب) را ارائه می‌کنند. داگلسی و همکاران (۲۰۱۲)، در راهنمای چهار مرحله‌ای (جست‌وجوی فراگیر، ارزیابی یافته‌های پژوهش‌های کیفی اولیه، طبقه‌بندی پژوهش‌ها و ترکیب یافته‌ها) این روش را توضیح می‌دهند.

محوری و بافت‌نگری پژوهش کیفی را که هدف اصلی آن است را سست نمی‌کند؟ از دیگر انتقادهای می‌توان به روایی و اعتبار در فرا ترکیب اشاره کرد که بررسی آن دارای ابهام و پیچیدگی است (این انتقاد برای همه پژوهش‌های کیفی نیز قابل طرح است).

با این‌همه در انتقادی جدی‌تر «فینگلدکنت» (۲۰۱۴)، بیان می‌کند که پژوهش‌های فرا ترکیب بیشتر به یافته‌هایی می‌انجامد که گویی از مفهوم و زمینه اصلی رها و جدا شده اند و در نتیجه فرصت فرضیه‌سازی و نظریه‌ورزی بسیار محدود یا به معنای واقعی از میان می‌رود [۱۳]. این نقد نشان می‌دهد این روش چونان دیگر روش‌ها عاری از نارسایی نیست؛ بنابراین پیچیدگی پژوهش‌های کیفی از یک‌سو و توانایی و ظرفیت ذهنی پژوهشگر در تحلیل و تفسیر دقیق و ژرف یافته‌های کیفی از سوی دیگر نشان می‌دهد که دیدگاه‌های نظری و معرفت‌شناختی هر پژوهش کیفی به دقت ارزیابی شده تا گوهر مقصود که همان تفسیر نوین، ژرف و فراگیر از پدیده است، به دست آید، اگر نه



شکل ۱. گام‌های اجرای فرا ترکیب

(۱۹۷۹)، «فرا قوم‌نگاری»^۲ «توبلت و هیلر» (۱۹۸۸)، «مرور نظام‌مند»^۳ «کوپر» (۱۹۸۲) و «فرا تحلیل»^۴ «گلس، اسمیت و مک‌گا» (۱۹۸۱)، طرح کردند که آن را در هفت مرحله مشخص شرح می‌دهند (شکل ۱) [۱۴]. در این مقاله

اروین و همکاران (۲۰۱۱)، فرا ترکیب را فرآیندی شش مرحله‌ای (طرح مسئله، جست‌وجوی گسترده نظری، ارزیابی پژوهش‌های اولیه، ترکیب یافته‌های آن‌ها، ارائه نتایج و بازخورد) می‌دانند [۱۴]. با این همه سندلوسکی و بروسو (۲۰۰۷)، روش تحلیل پیشرفته‌ای را برگرفته از رویکردهای کیفی و موردی موجود چونان «قوم‌نگاری»^۱ «اسپردالی»

2. meta-ethnography
3. systematic reviews
4. meta-analysis

1. ethnography

کردن آن است و این ذهنیت است که هدف پژوهش را آشکار می‌کند و مفهوم یا پدیده مورد پژوهش را برای پژوهشگر مشخص می‌سازد؛ زیرا در این گام پژوهشگر بر سر دو راهی قرار می‌گیرد که یا باید تنها به توصیف ساده‌ای از یک پدیده بسنده کند یا پیرنگ کشف ارتباطی مفهومی، ژرف، درهم تنیده و فراگیر از پدیده‌ها را فراهم آورد [۱۷]. ناگفته پیداست که فرا ترکیب مانند دیگر روش‌های پژوهش یک روش جادویی نیست که در همه موارد قابل کاربست باشد؛ زیرا باید موضوع مورد پژوهش در فرا ترکیب گستردگی کافی را داشته باشد تا فراگیری حاصل شود و هم امکان درهم‌آمیزی مفهومی و تمرکز بر آن‌ها وجود داشته باشد تا بتوان مفاهیم ناکارآمد و نامرتبط را کنار گذاشت. بی‌توجهی به این موضوع شامه تیز خواننده را از نبود تسلط کافی پژوهشگر بر موضوع مورد بررسی سخت می‌آزارد. برای طرح سؤال پژوهش لازم است پارامترهایی در نظر گرفته شود (جدول ۱).

با توجه به ژرفا، دقت و گستردگی این روش در انجام فرا ترکیب به طور ميسو به بررسی این هفت گام پرداخته می‌شود و برای تقویت کاربردی آن با اجرای عملی این روش این گام‌ها با موضوع فرا ترکیب پژوهش‌های مرتبط با آسیب‌پذیری خیانت زناشویی به منظور یافتن مفاهیم و بن‌مایه‌های موجود در آن، برای بررسی «پدیده آمادگی به خیانت زناشویی» توضیح داده می‌شود (به پژوهش موثق، مهدویان، پناغی و فراهانی)، (۱۴۰۲) و [۱۵] مراجعه کنید.

گام یکم: طرح سؤال پژوهش و معیارهای گزینش

پژوهش‌ها

گام نخست در فرا ترکیب این است که سؤال پژوهش واضح و روشن طرح شود [۱۶]. در این گام پژوهشگر با توجه به هدف پژوهش و منابع در دسترس، پیرامون پدیده مورد پژوهش خود تصمیم می‌گیرد و سپس معیارهای ورود و خروج را بر آن اساس تعیین می‌کند؛ بنابراین باید به خاطر داشت که ذهنیت پخته از یک پژوهش فراتر از آغاز

جدول ۱. پارامترهای طرح سؤال و معیارهای گزینش پژوهش (مثال آسیب‌پذیری خیانت زناشویی)

پارامتر	توضیح پارامتر	مثال موجود در پژوهش
چه چیزی	تعیین این‌که (چه چیزی) مورد پژوهش قرار خواهد گرفت.	گرایش یا نگرش یا استعداد به خیانت
چه جامعه و نمونه‌ای	جامعه و نمونه مورد پژوهش چیست؟	جامعه مورد پژوهش شامل جامعه زوج‌های پارسی زبان ایرانی و نمونه شامل یافته‌های مستندات پژوهشی در حوزه خیانت به روش کیفی
چه زمانی	چه مدت زمانی مورد بررسی قرار خواهد گرفت؟	بازه زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۱
چگونه	روش‌های گردآوری داده‌های پژوهش کدام خواهند بود؟	جست‌وجوی کتابخانه‌ای (متون چاپی) و الکترونیکی داده از پایگاه‌های ISC IranDoc, SID, Civilica, Scopus, Google Scholar, IEEE, PubmedT, Emerald Science Direct

فرآیندهای جست‌وجو و بازیابی شامل تعدادی پارامتر مانند موضوع، هدف، نمونه، زمان و روش پژوهش است. در این گام واژگان کلیدی مشخص می‌شوند و بر اساس راهبرد جست‌وجو مهم‌ترین، مرتبط‌ترین و متناسب‌ترین واژگان در فرآیند میزگرد تخصصی (جلسات گروه پژوهشی، دانش نظری و پژوهش‌ها)، برگزیده می‌شوند.

گام دوم: جست‌وجوی نظام‌مند مستندات پژوهشی

(راهنمای پژوهش)

در این گام پژوهشگر با استفاده از واژگان کلیدی پژوهش (جدول ۲)، با هدف تعیین اسناد معتبر، موثق و مرتبط، به جست‌وجوی نظام‌مند مستندات پژوهشی علمی منتشر شده در بازه زمانی مورد نظر خود می‌پردازد.

جدول ۲. برخی از واژه‌های کلیدی جست‌وجو شده در پژوهش آسیب‌پذیری به خیانت زناشویی

واژه‌های کلیدی فارسی	واژه‌های کلیدی انگلیسی
خیانت زناشویی، بی‌مان‌شکنی زناشویی	Infidelity, Betray, Affair
روابط فرا زناشویی	Extramarital relationships
عوامل مهم در خیانت	Important factors in betray
پیش‌بینی خیانت	Prediction of betray
پرسشنامه خیانت	Infidelity questionnaire (scale)
ادراک خیانت	Perception of Infidelity
سبب‌شناسی خیانت	Etiology of Infidelity
نگرش خیانت	Attitude to infidelity

فرآیند جست‌وجو به هر روشی چونان جست‌وجوی الکترونیکی را دربرمی‌گیرد. «سندلسوکی و بروسو» برای شناسایی تمام یافته‌های مرتبط با هدف پژوهش، جست‌وجوی پایان‌نامه‌ها و رساله‌های دکتری را پیشنهاد می‌کنند؛ زیرا این منابع بیشتر دربرگیرنده توضیحات مفصلی از یافته‌ها هستند، هرچند پژوهشگر باید انعطاف‌پذیر بوده و به جست‌وجوی یافته‌ها از رهگذر ابزارهایی فراتر از جست‌وجوهای متون ساختاریافته و نظام‌مند نیز بپردازد و همچنین توصیه می‌کنند که پژوهشگر روش‌های جست‌وجو را تکرار و از فراگیر بودن جست‌وجوی خود اطمینان حاصل کند.

«در پژوهش آمادگی یا همان آسیب‌پذیری به خیانت زناشویی، کلیه مستندات پژوهشی مرتبط در حوزه خیانت شامل مقاله‌های علمی، پایان‌نامه‌ها، رساله‌های مرتبط با خیانت، طرح‌های پژوهشی و فصول کتاب مورد بررسی نظام‌مند قرار گرفتند.»

گام سوم: جست‌وجوی کانونی و انتخاب متون متناسب در این گام به جست‌وجوی متمرکز متون، انتخاب و ارزیابی مستندات علمی پرداخته می‌شود. در فرآیند جست‌وجو، پژوهشگر پارامترهای مختلفی را در نظر گرفته و مستنداتی که با سؤال و هدف پژوهش تناسب یا تشابه

معنایی ندارند (فی‌المثل عبارت خیانت در امانت) کنار گذاشته می‌شوند. لازم است پژوهش‌هایی انتخاب شوند که روش‌شناسی یکسانی دارند تا به میزان زیادی شباهت در مفروضات فلسفی زیربنایی آن‌ها اتکاپذیر شود [۱۸] در این گام ابتدا «عنوان»، «چکیده» و «روش پژوهش» مورد بررسی قرار می‌گیرند و معیارهای ورود و خروج مشخص می‌شود.

«معیار ورود نمونه فارسی‌زبان و کامل بودن گزارش

مستند پژوهشی انتخاب شده و معیارهای خروج

مستندات با روش‌های غیرکیفی و مقالات منتشر شده در

مجلات همایشی و کنفرانسی بوده است.»

در این گام، به ارزیابی نقادانه انفرادی و ارزیابی مقایسه‌ای بین یافته‌ها نیز پرداخته می‌شود [۱۹]. ارزیابی انفرادی با چندین بار مطالعه هر یافته پژوهشی انجام می‌شود تا پژوهشگر با محتوا آشنا بلکه در آن غوطه‌ور شود، نقاط قوت و ضعف روش‌شناختی و یافته‌های هدف را بیابد، ارزیابی‌های مقایسه‌ای در میان یافته‌ها نیز به پژوهشگر امکان می‌دهد تا یافته‌هایی را که از نمونه‌های یکسان به دست آمده‌اند، شناسایی و تعیین کند چه اطلاعاتی از دست رفته است. هدف اصلی از ارزیابی انفرادی یافته‌ها در فرا ترکیب دو وجه دارد: الف) بررسی معیارهای ورود؛ ب) ارزیابی نقاط قوت و ضعف روش‌شناختی پژوهش‌ها.

در این گام لازم است پژوهشگر مستندات پژوهشی را برای اطمینان از بررسی دقیق همه مفاهیم و ارتباطیابی بین مفاهیم، چندین بار خوانده و معیارهای ورود و خروج با دقت لازم انتخاب شوند؛ چراکه معیارهای ورود و خروج تأثیر مستقیمی بر کیفیت پژوهش دارند و پیشنهاد می‌شود پژوهشگر نموداری را طراحی کند تا در آن روند گردآوری اطلاعات، بازنگری، برون‌آری و افزودن به‌درستی و با دقت آورده شود. افزون بر ارزیابی انفرادی و مقایسه‌ای برای ارزیابی کیفیت پژوهش‌های اولیه کیفی، چندین ابزار ارزیابی وجود دارد و توافق اندکی وجود دارد در مورد اینکه کدام ابزار مناسب‌تر است [۲۰، ۲۱]؛ اما برنامه مهارت‌های ارزیابی انتقادی^۱ که توسط مؤسسه ملی سلامت و توانمندسازی بالینی^۲ [۲۲]، به دلیل اینکه ابزاری با همسانی درونی مناسب، سؤالاتی واضح و ملاحظات مرتبط با پژوهش‌های

1. Critical Appraisal Skills Program (CASP)

2. National Institute for Health and Clinical Excellence

داده‌ها؛ ۹- بیان واضح و روشن یافته‌ها و ۱۰- ارزش پژوهش. بر اساس امتیازهای داده شده به هر مستند پژوهشی، حداقل میانگین و حداکثر امتیاز داده شده، محاسبه شده و هر مستند پژوهشی‌ای که امتیاز آن کمتر از خوب (کمتر از ۳۰) باشد، کنار گذاشته می‌شود. لازم است انتخاب و جست‌وجوی مقالات تا آنجا ادامه می‌یابد که ضمن ترسیم شالوده اصلی نظریه‌ها، مفاهیم و بن‌مایه‌ها، برای پژوهشگر این مسئله مشخص شود که بهره‌گیری از مستندات علمی بیشتر، مطالب جدیدی را بازنمایی نمی‌کند و مفاهیم نظری حالت تکراری به خود گرفته است (اشباع نظری). در این گام مشخصات هر مستند پژوهشی (نویسنده و سال انتشار، عنوان، روش پژوهش و حجم نمونه به صورت جدول یا نمودار) برای تصریح فرآیند پژوهش ترسیم می‌شود (جدول ۳).

کیفی در آن گنجانده شده همچون (توجه به تفاوت‌های فرهنگی و نظری) که سبب می‌شود پژوهشگر بر موضوع مورد پژوهش تمرکز کافی یابد؛ در نتیجه ابزاری مناسب برای ارزیابی کیفیت پژوهش‌های برگزیده است. این ابزار، ابزاری ۱۰ گویه‌ای ۵ درجه‌ای است که به پژوهشگر کمک می‌کند تا دقت، اعتبار و اهمیت پژوهش‌های کیفی را مشخص کند. پژوهشگر به هر کدام از سؤالات یک امتیاز عددی می‌دهد و آنگاه امتیازات هر مستند پژوهشی را جمع می‌کند [۲۳]. امتیازبندی این ابزار در دامنه‌ای از عالی (۴۰-۵۰)، خیلی خوب (۳۱-۴۰)، خوب (۲۱-۳۰)، متوسط (۱۱-۲۰) و ضعیف (۰-۱۰) قرار می‌گیرد. این ابزار بر موارد زیر تمرکز دارد: ۱- اهداف پژوهش؛ ۲- منطق روش؛ ۳- طرح پژوهش؛ ۴- روش نمونه‌گیری؛ ۵- گردآوری داده‌ها؛ ۶- انعکاس‌پذیری؛ ۷- ملاحظات اخلاقی؛ ۸- دقت تحلیل

جدول ۳. مشخصات برخی از اسناد پژوهشی برگزیده شده

ردیف	نویسنده و سال	عنوان پژوهش	روش	حجم نمونه
۱	قاسمی، اعتمادی، احمدی (۱۳۹۴)	شناسایی آسیب‌های تعاملی زوج‌ها و خانواده همسر و پیامدهای آن به روش کیفی	داده بنیاد	۱۴ مرد و ۱۳ زن
۲	اردکانی، محمودآبادی و ساداتی (۱۴۰۰)	تحلیل کیفی عوامل بسترساز روابط فرا زناشویی در زنان دارای تجربه خیانت	تحلیل مضمون	۱۵ زن
۳	قلی‌زاده، بانکی پور فرد و مسعودی نیا (۱۳۹۳)	مطالعه کیفی تجارب مردان و زنان طلاق گرفته از عوامل فرهنگی زمینه‌ساز طلاق	پدیدارشناسی	۱۶ مرد و زن
۴	حسینی، اصلانی و عطاری (۱۳۹۶)	شناسایی شرایط مؤثر بر خیانت زناشویی مردان متأهل	داده بنیاد	۱۵ مرد
۵	بنچناری، آقاجانی و کلدی (۱۳۹۶)	واکاوی پدیده طلاق، ریشه‌ها و پیامدها در شهر تهران	داده بنیاد	۵۵ زن
۶	عتمادی، رضازاده و بهرامی (۱۳۹۷)	کشف الگوهای تعارض در ارتباطات زوجها ناموفق	تحلیل محتوا	۲۰ زوج
۷	تاج‌بخش، رضانی و میرزایی (۱۳۹۷)	واکاوی ابعاد دین‌داری زوجها درگیر در روابط فرا زناشویی	پدیدارشناسی	۲۰ زوج
۸	گلچین و صفری (۱۳۹۵)	کلان‌شهر تهران و ظهور نشانه‌های الگوی تازه‌ای از روابط زن و مرد	داده بنیاد	۱۶ زوج
۹	شرف‌الدین و صالحی زاده (۱۳۹۴)	زمینه‌های روابط فرا زناشویی در ایران: مطالعه موردی شهر تهران	تحلیل مضمون	زن و مرد
۱۰	اسلام زاده، صادقی و اسماعیلی (۱۳۹۸)	تحلیل کیفی عوامل بازدارنده از روابط فرا زناشویی در زوجها متأهل	پدیدارشناسی	۱۹ زوج
۱۱	نوروزی، اصغری، عبدخدایی و کیمیایی (۱۳۹۷)	شناسایی عوامل تأثیرگذار بر روابط فرا زناشویی زنان متأهل	داده بنیاد	۱۷ زن
۱۲	فیروزجانیان و قدیری (۱۳۹۹)	مطالعه پدیدارشناختی دلایل بی‌وفایی زناشویی	پدیدارشناسی	۳۶ زن
۱۳	پنجه بند و عنایت (۱۳۹۹)	فرآیند شکل‌گیری رابطه فرا زناشویی از نگاه مردان	داده بنیاد	۱۶ مرد
۱۴	فولادیان، کاشانی و دیاری (۱۴۰۰)	تحلیل جامعه‌شناختی فرایندهای بروز رابطه فرا زناشویی	داده بنیاد	۱۱ زن و مرد

جدول ۴. برخی از زیربن مایه‌ها و بن مایه‌ها در هر پژوهش

ردیف	زیر بن مایه‌ها	بن مایه‌ها	پژوهشگران
۱	مشکلات خانوادگی، مداخله‌جویی اطرافیان، نحوه تربیت والدین، باورهای مرتبط به جنس، نقش‌های جنسی، الگوهای اولیه خانوادگی، سبک فرزندپروری، طرح‌واره‌های جنسیتی و فرهنگی در مورد ازدواج و تعهد مرزبندی نادرست، تفاوت‌های خانوادگی، وابستگی به والدین، انتظارات و توقعات خانواده همسر، توزیع نامتوازن قدرت، عدم پذیرش عروس- داماد، ناهنجاری‌های فرد و خانواده، تفاوت در خرده‌فرهنگ‌ها، قدرت‌طلبی و سلطه‌گری در خانواده، دخالت اطرافیان، وابستگی فرد به والدین و انفعال در روابط خانگی، نوع ساختار خانواده، تفاوت در میزان فردگرایی و مدرنیسم و سبک زندگی، خیانت والدین، تابوی طلاق	خانوادگی	قاسمی، اعتمادی، احمدی (۱۳۹۴)، اردکانی، محمودآبادی و ساداتی (۱۴۰۰)، قلی‌زاده، بانکی، مسعودی‌نیا (۱۳۹۳)، حسینی، اصلانی و عطاری (۱۳۹۸)، بنچناری، آقاجانی و کلدی (۱۳۹۶)، اعتمادی، رضازاده و بهرامی (۱۳۹۷)، محسن‌زاده، مرادی کوچی و خدادادی (۱۳۹۳)
۲	عدم پایبندی عملی و اعتقادی به ارزش‌های دینی و مذهبی، ضعف اعتقادات مذهبی، تضاد ارزش‌های مدرن و سنتی، تغییر ارزش‌ها و باورهای زوجها در مورد ازدواج و هم‌خانگی، نگرش سهل‌گیرانه ارزشی در مورد رابطه خارج از چهارچوب و خیانت، ضعف درون‌مایه‌های دینی، عدم صمیمیت معنوی	مذهبی	تاج‌بخش، رضانی، میرزایی (۱۳۹۷)، گلچین و صفری (۱۳۹۵)، شرف‌الدین و صالحی‌زاده (۱۳۹۴)، اسلام‌زاده، صادقی و اسماعیلی (۱۳۹۵)، فیروزجانیان و قدیری (۱۳۹۹)، خجسته‌مهر و محمدی (۱۳۹۳)
۳	ازدواج پیش از اتمام رابطه قبلی، سابقه تجاوز در کودکی، تعدد رابطه قبل از ازدواج، آرمان‌گرایی در رابطه، انتخاب همسر به دلیل بیکار بودن، بالا بودن سن دختر، فرار دختر از جو خانه پدری، تفاوت سنی بسیار زیاد، عدم علاقه از ابتدا، کودک همسری، هنجارهای تجویز شده ازدواج، سابقه طلاق و خیانت قبل از ازدواج فعلی، ازدواج در سن پایین، نگرش فرد نسبت به خیانت ازدواج در سنین نوجوانی، تفاوت سنی، عدم بلوغ فکری، عدم بلوغ عاطفی برای ازدواج، انتظارات غیرواقع‌بینانه از ازدواج، ناآگاهی از ویژگی‌های جنس مخالف از عوامل محوری و تفاوت سطح تحصیلی زوجین، عدم تناسب ظاهری همسر، انگیزه‌های نامناسب ازدواج برای فرار از شرایط سخت خانواده، ازدواج علی‌رغم مخالفت ازدواج خانواده، ازدواج مصلحتی-تحمیلی، ازدواج از سر دلسوزی، ازدواج به خاطر پول و موقعیت از انگیزه‌های نادرست ازدواج هستند که بستر خیانت را فراهم می‌کنند	فردی	پنجه‌بند و عنایت (۱۳۹۹)، فولادیان، کاشانی و دیاری (۱۳۹۹)، زرندی، هاشمیان‌فر، کیانپور (۱۳۹۶)، فتحی، اسمعیلی، هوشمند، احمدی و کیامنش (۱۴۰۰)

گام چهارم: استخراج اطلاعات مستندات پژوهشی

در این گام پس از گردآوری و بررسی داده‌های مورد نیاز، اطلاعات به صورت واحدهای معنایی^۱ مشخص، دسته‌بندی و مؤلفه‌های نامرتب و تکراری کنار گذاشته می‌شوند، سپس این مؤلفه‌ها، تعریف شده، مورد بازنگری قرار گرفته تا براساس مبانی نظری تحلیل و از رهگذر تعریف و بازنگری ماهیت، آن‌هایی که در یک بن‌مایه قرار می‌گیرند مشخص و جنبه اطلاعات هر بن‌مایه، تعیین می‌گردد.

به‌طور کلاسیک، درک پژوهشگر از استعاره‌ها، عبارات، ایده‌ها، مفاهیم و روابط کلیدی در هر پژوهش نیازمند

دسته‌بندی است؛ چرا که لازم است مفاهیم و مؤلفه‌های مشترک برای گام بعدی مشخص شوند؛ به همین دلیل در این گام جداول یا نمودارهایی برای ماهیت هر بن‌مایه در نظر گرفته می‌شود. در این گام پژوهشگر می‌تواند به دو روش مفهوم‌سازی کند؛ یکی از طریق مطالعه و بازنگری هر مستند علمی و تحلیل مفاهیم موجود در یافته‌های آن و دوم از طریق چهارچوب و کدهایی (سرنخ) از پیش تعیین شده که در روش دوم لازم است دقت زیادی شود تا هیچ پژوهشی بدون بازنگری کنار گذاشته نشود؛ زیرا ممکن است اطلاعات مفیدی در دل خود داشته باشد [۱۴]. در این گام لازم است زیربن مایه‌ها و مؤلفه‌های مشترک در هر پژوهش مشخص شود (جدول ۴).

1. Meaning units

گام پنجم: تبدیل و ترکیب یافته‌های کیفی

همان‌گونه که در ابتدای مقاله تأکید شد از فرا ترکیب برای شفاف‌سازی مؤلفه‌ها و عامل‌ها به مقصود طراحی و تبیین مدل‌های عملیاتی و نظریه‌های پذیرفته‌شده، استفاده می‌شود [۱۳]. پژوهشگر موضوعاتی را جست‌وجو می‌کند که در میان پژوهش‌های موجود در فرا ترکیب پدیدار شده‌اند (بررسی موضوعی) و پس از شناسایی موضوعاتی که به بهترین گونه یک طبقه را توصیف کنند، در طبقات مشابه قرار می‌گیرند و پایه‌ای را برای ایجاد «مدل‌ها، نظریه‌ها و فرضیات» ارائه می‌دهد [۲۴].

همچنین برای ترکیب و ادغام یافته‌ها با الهام از روش

لیندهال (۲۰۱۱)، می‌توان از روش تحلیل محتوا برای تألیف مؤلفه و بن‌مایه‌ها استفاده کرد. در پژوهش آسیب‌پذیری به خیانت زناشویی ابتدا تمام مفاهیم استخراج‌شده از پژوهش‌ها به‌عنوان زیربن‌مایه در نظر گرفته می‌شود، سپس با در نظر گرفتن معنای هر یک از زیربن‌مایه‌ها، آن‌ها را در یک مؤلفه مشابه دسته‌بندی کرده تا به‌این ترتیب بن‌مایه‌های پژوهش شکل داده شوند، در این گام لازم است به‌روشنی مشخص شود که چگونه بن‌مایه‌ها از مؤلفه‌ها و مؤلفه‌ها از زیربن‌مایه‌ها فراگیرتر هستند [۱۰] و می‌توان از نمایش دیداری (جدول، نمودار و شکل) برای تحلیل و ترکیب یافته‌ها استفاده کرد (جدول ۵).

جدول ۵. برخی از زیربن‌مایه‌ها، مؤلفه‌ها و بن‌مایه‌ها در پژوهش آسیب‌پذیری به خیانت زناشویی

بن‌مایه‌ها	مؤلفه‌ها	زیر بن‌مایه‌ها
خانوادگی	فرهنگ‌پذیری از خانواده	طلاق والدین، خیانت والدین، خانواده پرنش، ساختار قدرت در خانواده، وابستگی به خانواده، سبک فرزندپروری، طرح‌واره جنسیتی فرهنگی، مردسالاری
	تعارض و تضاد خانوادگی	اختلاف با خانواده همسر، دخالت اطرافیان، ناسازواری فرهنگی، اختلافات طبقاتی
	الگوی نامناسب خانوادگی	تابوی طلاق، باورهای مبتنی بر جنسیت، وجود فرزند
مذهبی	باورهای دینی و ارزشی	عدم پایبندی به باورهای مذهبی، تغییر ارزش‌های مذهبی، تفسیر فردی دین، نداشتن باورهای مذهبی، معنوی و اخلاقی
	کشمکش مذهبی زوجها	ناهمسانی مذهبی با همسر، اجبار مذهبی از طرف همسر
فردی	پیشینه خیانت‌ساز فردی	عشق ناکام، ازدواج پیش از اتمام رابطه پیشین، پیشینه تجاوز در کودکی، تعدد رابطه پیش از ازدواج، سابقه جدایی، سوگ از دست دادن جوانی
	کژ کارکردی ازدواج	ازدواج اجباری، ازدواج مصلحتی، ازدواج زود هنگام، دلایل نادرست ازدواج، فرار از خانه، کودک همسری، عدم علاقه از ابتدا، آزادی‌گرایی
		...

گام ششم: واری کیفیت یافته‌ها

در روش فرا ترکیب، پژوهشگر رویه‌های زیر را برای واری کیفیت در پژوهش خود در نظر می‌گیرد:

- ۱- در سراسر پژوهش می‌کوشد تا با فراهم آوردن توضیحات روشن و آشکار برای بن‌مایه‌های به‌دست‌آمده در پژوهش گام‌های لازم را بردارد.
- ۲- هر دو راهکار جست‌وجوی الکترونیک و کتابخانه‌ای را به

کار می‌برد تا مستندات پژوهشی مرتبط و متناسب را پیدا کند.

۳- برای ترکیب پژوهش‌های اصلی (اولیه)، از ابزار مهارت‌های ارزیابی انتقادی، استفاده می‌کند. همچنین می‌تواند برای تعیین پایایی بین کدگذاران از ضریب پایایی «اسکات»^۱ نیز استفاده کند، این شاخص توسط

1 . scotts pi

بسیار مهم است و همچنین وجود پژوهشگران مستقل که هر کدام جداگانه به بازنگری و تحلیل و ترکیب یافته‌ها بپردازند و در پایان هر گام به توافق برسند، ضروری است و لازم است تمامی مراحل با شفافیت فهرست و گزارش شود.

«در برنامه ارزیابی مهارت‌های انتقادی تمامی مستندات

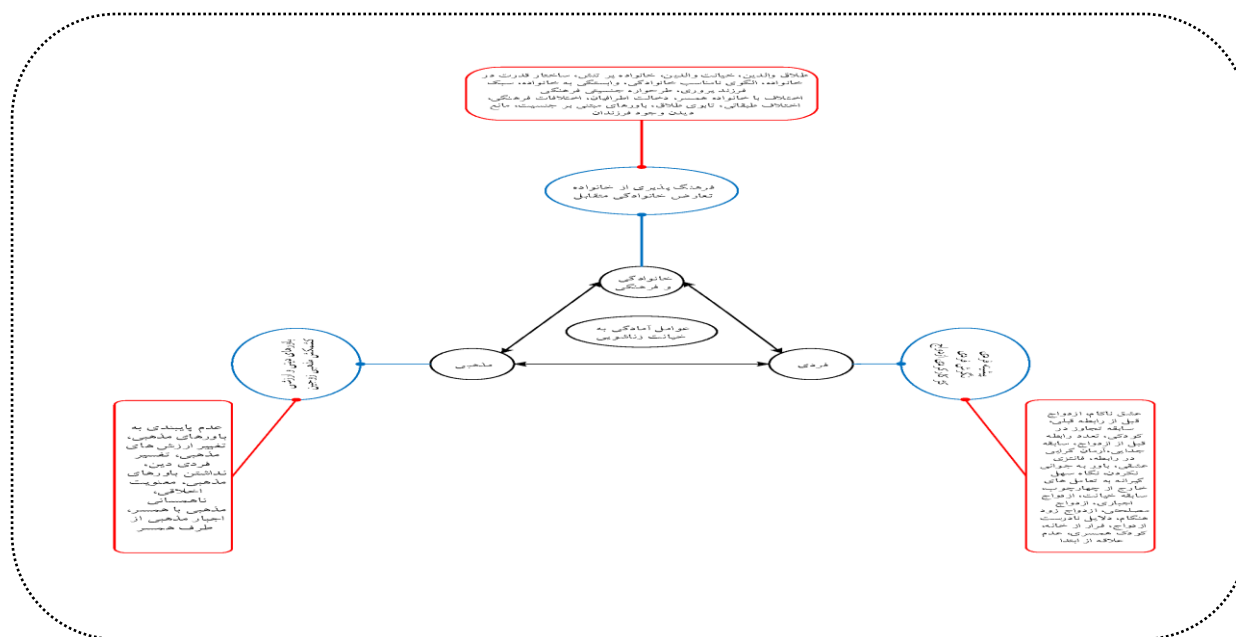
پژوهشی نهایی دارای حداقل میانگین (۳۰)، بودند. مقدار

شاخص اسکات ۰/۹۳ با ۳ پژوهشگر به دست آمد.»

گام هفتم: ارائه یافته‌ها

در این گام یافته‌های به دست آمده از گام‌های پیشین ارائه می‌شوند و اطلاعات مورد نیاز بر اساس هدف اصلی پژوهش سامان داده می‌شوند (شکل ۲).

ویلیام اسکات (۱۹۹۵)، برای سنجش پایایی بین کدگذاران در تحلیل کیفی معرفی شد، این شاخص نوعی شانس توافق در کدگذاری را بررسی کرده و با استفاده از رویکرد مبتنی بر توزیع متوسط، تصادفی یا غیرتصادفی بودن کدها را طبقه‌بندی می‌کند و همچنین می‌تواند با درک وسیعی که از موضوع پژوهش دارد یافته‌ها را با راهبردهای کتب مرجع مقایسه کند. همچنین می‌توان برای ارزیابی میزان توافق بین پژوهشگران از شاخص کاپای کوهن استفاده کرد. مقدار شاخص کاپا بین صفر تا یک نوسان دارد. هر چه مقدار این ضریب به یک نزدیک‌تر باشد، حاکی از توافق بالا است؛ اما حالت عکس (نزدیک به صفر بودن) نشان‌دهنده توافق پایین میان پژوهشگران است. برای واریسی کیفیت یافته‌ها در سراسر فرا ترکیب اطمینان از کیفیت پژوهش وارد شده به فرا ترکیب و بازنگری مداوم،



شکل ۲. نمونه‌ای از ارائه یافته‌های فرا ترکیب [۱۵]

روان‌شناسی نموی فزاینده داشته است [۲۵]، شاید بتوان گفت نیاز مبرم به کاربری روان‌شناسی مبتنی بر شواهد در زمینه‌های عملی و بالینی انگیزه‌ای است که این ساقه نحیف در پژوهش‌های روان‌شناختی را بارور می‌سازد و روی‌آوری فزاینده به فرا تحلیل^۱ را برای پژوهشگران حوزه‌های مختلف روان‌شناسی به ارمغان آورده است [۲۶].

پس از آشنایی اجمالی با مفاهیم، هدف و نمونه عملی از کاربری فرا ترکیب لازم است زوج-روش او معرفی گردد؛ روشی برای ترکیب یافته‌ها در پژوهش‌های کمی و نه کیفی، در ادامه به بحث نظری و عملی فرا تحلیل پرداخته خواهد شد.

بررسی اجمالی فرا تحلیل

ترکیب شواهد کمی برای رسیدن به یک جمع‌بندی کلی در زمینه‌های مختلف چنانچه پزشکی، اقتصاد و

1. meta-analysis

تعمیم‌دهندگی ندارد [۲۹].

اگر ناهمگنی و تنوع در میان پژوهش‌ها وجود دارد، کاربست مدل اثر تصادفی اولویت می‌یابد و توصیه می‌شود که «وزن» به شیوه‌ای یکنواخت توزیع یافته و سهم پژوهش‌های کوچک نیز دیده شوند؛ به فرض اگر هدف روان‌شناس ترکیب پژوهش‌های مشخصی باشد که هدف یگانه‌ای دارند؛ اما به شیوه‌ها و در طرح‌های مختلف اجرا شده‌اند، امکان تعمیم‌دهی اثرات به دیگر جوامع نیز فراهم می‌شود و پژوهش را جامع‌تر می‌سازد.

ناهمگنی

اصطلاح ناهمگنی در فرا تحلیل واژه‌ای است که آن را می‌توان آشنایی غریب دانست. در فرا تحلیل که عمدتاً با مرور نظام‌مند همراه است ممکن است چنین نماید که پژوهش‌های انتخاب شده، شبیه‌اند باین همه، پژوهش‌های انتخاب شده به لحاظ اثر مورد نظر یکی نیستند. مثلاً یک روان‌شناس بالینی می‌کوشد تا در فرا تحلیل از پژوهش‌های انجام شده در مورد کارایی یک روش روان‌درمانی جدید به یک جمع‌بندی در نتایج برسد؛ اما ممکن است گروه‌هایی که این روش در آن‌ها انجام شده است متنوع باشند، تنوعی از سن و جنس که ممکن است اثربخشی این درمان را دستخوش تغییر کنند. در چنین شرایطی نمی‌توان تنوع در پژوهش‌ها را تصادفی انگاشت، بلکه باید پژوهش‌ها را ناهمگن^۵ دانست. در این وضعیت می‌توان از فنون دیگر فرا تحلیل مانند «فرا رگرسیون»^۶ و تحلیل «زیرگروه‌ها»^۷ برای تبیین حین تنوع استفاده کرد.

به سادگی می‌توان دریافت که در انتخاب مدل‌های اثرهای ثابت و مدل اثر تصادفی واریانس ناهمگنی کلیدی است، به این قصد آزمون Q «کوکرن»^۸ و آماره I² «هگینز و تمپسن»^۹ را می‌توان به کار بست. Q2 کوکرن این فرضیه را که پژوهش‌های موجود در فراتحلیل همگن‌اند را می‌آزماید (فرضیه صفر)؛ یعنی هر چه مقدار Q2 بیشتر باشد، میزان ناهمگنی نیز فزونی می‌یابد؛ بنابراین مقدار Q عددی بین صفر تا بی‌نهایت است. نارسایی Q این است که اگر تعداد

در به سامان‌رسانی پژوهش فرا تحلیل، لازم است مقدمات و استدلالاتی مرور گردد؛ هر چند پرداختن ژرف به آن‌ها یا دست‌کم به همه آن‌ها از چشم‌انداز این مقاله بیرون است؛ اما در ادامه به موارد مهمی از بخش‌های نظری فرا تحلیل به مثابه روشی آماری برای تجمیع و جمع‌بندی پژوهش‌های مختلف انجام‌شده در یک حوزه خاص پرداخته می‌شود و در نهایت مثالی فرضی با استفاده از نرم‌افزار R.4.3.1 ارائه می‌گردد. کدهای مربوط به آن نیز در لینکی که ارائه شده، قابل دستیابی است.

مدل‌های فرا تحلیل

به‌طور کلی دو مدل اصلی در فرا تحلیل مورد توجه است، مدل اثرهای ثابت^۱ و مدل اثرهای تصادفی^۲. در مدل اثرهای ثابت فرض بر آن است که «اندازه اثر»^۳ در تمامی پژوهش‌های راه یافته در فرا تحلیل ثابت است، حال آنکه در مدل اثرهای تصادفی می‌توان فرض کرد که اندازه اثر از یک پژوهش به پژوهش دیگر متغیر است و ثابت نیست [۲۷]؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت در مدل اثرهای ثابت فرض بر آن است که اثر مورد بررسی در همه پژوهش‌ها یکسان است و تفاوت مشاهده شده در میان آن‌ها فقط ریشه در خطای نمونه‌گیری دارد؛ به همین سبب تغییرپذیری درون پژوهش‌ها نیز نام گرفته است؛ به عبارت ساده‌تر، در مدل اثرهای ثابت مفروض آن است که اختلاف بین پژوهش‌ها فقط به سبب شانس بوده و در نتیجه این ناهمگنی^۴ بین آن‌ها را می‌توان نادیده انگاشت.

در مدل اثر تصادفی فرض بر آن است که اثر مورد نظر در همه پژوهش‌ها یکسان نیست؛ بنابراین پژوهش‌های ورود یافته به فرا تحلیل در واقع، نمونه تصادفی از جامعه‌ای از پژوهش‌های نظری است [۲۸]. هیچ قانون قطعی برای انتخاب این دو مدل نیست، به‌طور کلی هنگامی که تنوع مهمی ((ناهمگنی)) وجود ندارد، پژوهش‌های با توان آماری بیشتر (نمونه بزرگ‌تر و اندازه اثر بیشتر) وزن بیشتری دارند و در نتیجه مدل اثر ثابت انتخاب می‌شود. فی‌المثل، اگر هدف فرا تحلیل برآورد اثربخشی یک درمان روان‌شناختی در یک جامعه خاص باشد، این اثر به جوامع دیگر

5 . heterogeneous

6 . meta regression

7 . subgroups

8 . Cochran's Q

9 . Higgins & Thompsons I²

1 . fixed-effects

2 . random- effect

3 . effect size

4 . heterogeneity

گرفته‌اند. این تجمیع دقیق از نتایج در پژوهش‌های مختلف برآوردی پایا و خدشه‌ناپذیرتر از اندازه اثر کلی فراهم می‌آورد.

(۲) تحلیل آماری: فرا تحلیل از روش‌های آماری عالی است که می‌توان از رهگذر آن داده‌های گردآوری شده از پژوهش‌های مجزا را به صورت کلی تحلیل کرد که از جمع‌بندی روایتی بسیار دقیق‌تر و رهگشتری است.

(۳) برآورد اندازه اثر: هدف اولیه فرا تحلیل برآورد اندازه اثر یک مداخله، درمان یا روابط میان متغیرها است. این اندازه اثر که شاخص استاندارد شده است، جهت و شدت روابط مذکور یا اثر مداخله‌ای خاص را کمی می‌سازد.

(۴) سنجش ناهمگنی: فرا تحلیل ناهمگنی یا تغییرپذیری میان نتایج پژوهش‌های مجزا را مورد بررسی موشکافانه قرار می‌دهد. این بررسی طرح پژوهش، ویژگی‌های شرکت کنندگان، مداخله‌ها یا عوامل دیگری که ممکن است در تنوع مشاهده شده در نتایج مؤثر باشند را به دقت رصد می‌کند. درک ناهمگنی برای تفسیر اندازه اثر کلی حیاتی است و ممکن است تحلیل‌های زیرگروه‌ها یا بررسی بیشتر را ضروری سازد.

(۵) سنجش سوگیری انتشار: در فرا تحلیل بسیار مهم است. سوگیری انتشار که نشان‌دهنده احتمال بیشتر ورود پژوهش‌های معنادار آماری به فرا تحلیل در مقایسه با پژوهش‌های نامعنادار به لحاظ آماری است، در فرا تحلیل بررسی می‌شود. سوگیری انتشار ممکن است به کژبرآورد اندازه اثر کلی در فرا تحلیل بینجامد؛ بنابراین، این مهم است که اثر این عامل بررسی و مورد توجه یابد.

(۶) نمودار جنگلی: در فرا تحلیل جز مهمی از یافته‌هاست که همان‌گونه در متن فرا تحلیل یاد می‌شود بازنمایی گرافیکی پرکاربرد در این روش است که اندازه‌های اثر و فواصل اعتماد پژوهش‌های مجزا همراه با خلاصه‌ای از اندازه‌های اثر را نشان می‌دهد. این روش دیداری سنجش تغییرپذیری و مهم هر پژوهش در تحلیل کلی را به آسانی در پیش چشم خواننده یافته‌های فراطحلیل بازنمایی می‌کند.

(۷) تحلیل زیرگروهی و فرا رگرسیون: در فرا تحلیل امکان بررسی منابع احتمالی ناهمگنی از طریق تحلیل زیرگروه‌ها و فرا رگرسیون، شدنی است. در تحلیل زیرگروهی داده‌ها بر اساس یک ویژگی خاص (مانند سن

پژوهش‌های موجود در فرا تحلیل کم باشد توان آماری اندکی دارد و اگر مقدار پژوهش‌های مورد بررسی زیاد شود، میزان آن ممکن است ناهمگنی کاذب تفسیر شود. در این آزمون مقدار P محاسبه می‌شود که اگر معنادار نشود حاکی از عدم ناهمگنی است.

آماره I2 براساس Q و تعداد پژوهش‌ها محاسبه می‌شود. آماره I2 از مقادیر منفی تا ۱۰۰ درصد تغییر می‌کند. اگر مقدار آن منفی شود آن را صفر در نظر می‌گیرند. مقدار P در آزمون I2 با مقدار P در آزمون Q یکسان است. هگینز و همکاران [۳۰] پیوستاری را پیشنهاد می‌کنند که براساس آن I2 تفسیرپذیر می‌شود. مقدار I2 اگر صفر شود نشان دهنده ناهمگنی کم، درصد ۵۰ نشان‌دهنده ناهمگنی متوسط و بیشتر از ۷۵ درصد نشان از ناهمگنی بالای پژوهش دارد.

نمودارها

یکی از نمودارها در فرا تحلیل «نمودار جنگلی»^۱ یک شیوه آسان گرافیکی است که به سادگی می‌توان در آن نتیجه فرا تحلیل را خلاصه کرد. نمودار دیگر نمودار «قیفی شکل»^۲ است، نمودار قیفی شکل برای ارزیابی اثر پژوهش کوچک است. «اثر پژوهش کوچک»^۳ آنگاه روی می‌دهد که پژوهش‌های کوچک در قیاس با پژوهش‌های بزرگ، متفاوت و عمدتاً اثرهای بیشتری داشته باشند. این نمودار شیوه‌ای استاندارد برای نشان دادن این اثر است که از رهگذر تقارن آن‌ها اندازه‌گیری می‌شود. برای کمی‌سازی بی‌تقارنی نمودار قیفی آزمون‌مانند ایگر^۴ وجود دارد که رابطه بین آثار برآورد شده و حجم پژوهش‌ها را بررسی می‌کند که آیا این مقدار بیش از آستانه انتظار است یا خیر [۳۰، ۲۹].

ویژگی‌های فرا تحلیل

فرا تحلیل به‌عنوان ابزاری قدرتمند در خلاصه‌سازی آماری نتایج پژوهش‌هایی که در حوزه خاصی انجام شده‌اند، دارای ویژگی‌های مختلفی است که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود:

(۱) درهم‌آمیختن پژوهش‌های چندگانه: فرا تحلیل ابزاری برای گردآوری و ترکیب داده‌ها از پژوهش‌های متنوعی است که سؤال پژوهشی یکسان یا مشابهی را پی

- 1 . forest plot
- 2 . funnel plot
- 3 . small-study effect
- 4 . Egger

جنس افراد و ... ضرورت دارد.

۵) محاسبه اندازه اثر: باید پس از بررسی یافته‌های پژوهش‌های انتخاب شده شاخص مناسب را برای تعیین بهترین اثربخشی انتخاب کرد؛ مانند «مجدور اتا» و آن را برای همه پژوهش‌ها محاسبه کرد یا اگر در یافته‌ها موجود است، استخراج کرد.

۶) تحلیل داده‌ها: برای ترکیب اندازه‌های اثری که از پژوهش‌های گزینش شده به دست آمده روش آماری مناسب را باید به کار برد و عواملی مانند حجم نمونه در هر پژوهش را در نظر داشت.

۷) سنجش ناهمگنی: واریانس تنوع میان اندازه‌های اثر در پژوهش‌ها با استفاده از روش‌های آماری مناسب و در صورت لزوم بررسی منابع احتمالی این تنوع مانند بررسی زیرگروه‌ها.

۸) بررسی سوگیری انتشار: بررسی احتمال سوگیری انتشار که عمدتاً زمانی رخ می‌دهد که پژوهش‌هایی که مثبت‌اند یا به لحاظ آماری معنادارند احتمال بیشتری برای انتشار داشته باشند.

۹) تفسیر و گزارش یافته‌ها: تبیین یافته‌های فرا تحلیل با توجه به اندازه اثر کلی^۴، ناهمگنی و الگوهای شناسایی شده یا تفاوت زیرگروه‌ها. فراهم کردن گزارش شفاف و دقیق که در بردارنده محدودیت‌های مرتبط با پژوهش‌ها و فرآیند فرا تحلیل باشد.

یک مثال کاربردی اما فرضی

فرض کنید هدف پژوهش فرا تحلیل تعیین اندازه اثر کلی بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده در مورد اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت (ISTDP) بر افسردگی باشد (مثال و داده‌ها فرضی هستند). فرض کنید بر اساس ملاک PRISMA^۳، ۲۰ پژوهش انتخاب‌شده در نهایت انتخاب‌شده باشند. در این ۲۰ پژوهش مجدور اتا^۵ به‌عنوان اندازه اثر از درون ۲۰ مقاله استخراج یا بر اساس سایر شاخص‌های موجود در یافته‌های این ۲۰ مقاله محاسبه گردیده است. اندازه اثرها، واریانس، نوع طرح (آزمایشی حقیقی^۶، شبه آزمایشی^۷ و یا کارآزمایی بالینی تصادفی

و جنس) لایه‌بندی می‌شوند تا تعیین شود که آیا اندازه‌های اثر در میان زیرگروه‌ها متفاوت است یا خیر؟ می‌توان آن را بررسی تعدیل‌کنندگی متغیرها در فرا تحلیل دانست. در فرا رگرسیون رابطه میان ویژگی‌های پژوهش (مانند حجم نمونه و کیفیت پژوهش) و اندازه اثرها واری می‌شود.

۸) تحلیل حساسیت: تحلیل حساسیت در فرا تحلیل خدشه‌ناپذیری نتایج نسبت به انتخاب روش، روش‌های مختلف یا مفروضه‌های مختلف را می‌سنجد. این کار از رهگذر تفسیر نظام‌مند پارامترهای معین یا خروج پژوهش‌های خاص انجام می‌شود که به‌نوعی می‌توان نتیجه آن را نشانگر ثبات^۱ و اعتبار^۲ یافته‌های فرا تحلیل دانست.

۹) گزارش نتایج فرا تحلیل: این گزارش امکان بررسی محدودیت‌های پژوهش‌های بررسی شده، تلویحات یافته‌های حاصل را فراهم می‌آورد. استفاده از روش PRISMA^۳ چهارچوبی برای گزارش پژوهش‌های فرا تحلیل فراهم می‌آورد که می‌تواند افقی روشن و جامع برای پژوهشگر پس از انجام فرا تحلیل فراهم آورد.

برای اجرای فرا تحلیل گام‌های مختلفی آورده شده است؛ اما به‌طور خلاصه گام‌های مشترک عبارت‌اند از:

۱) تعریف مسئله پژوهشی: باید هدف پژوهش فرا تحلیل به روشنی بیان شود؛ مثلاً فرا تحلیل تأثیر درمان‌های دارویی، روان‌شناختی و ترکیبی در درمان افسردگی بزرگسالان.

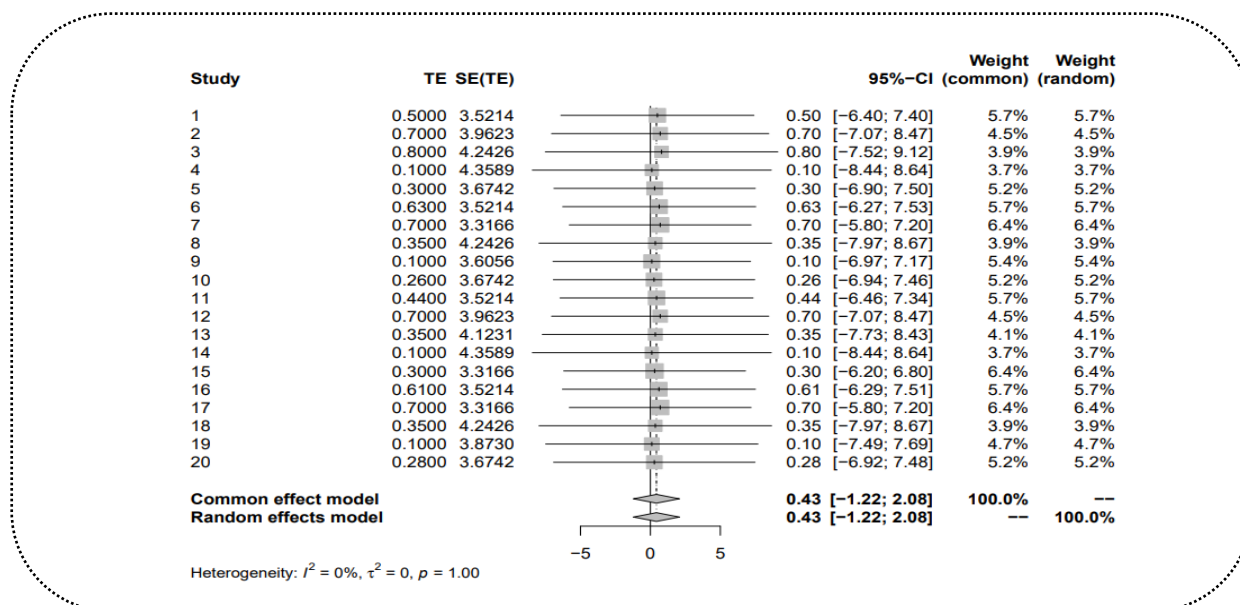
۲) جست‌وجوی پژوهش‌های مرتبط: انجام یک جست‌وجوی کامل در پیشینه از جمله مقاله‌های منتشر شده در مجله‌های معتبر و کنفرانس‌ها برای یافتن پژوهش‌هایی که مسئله پژوهشی مشابهی را بررسی کرده‌اند.

۳) انتخاب پژوهش‌های متناسب: با به کارگیری ملاک‌های خاص پژوهش‌هایی که ملاک‌های از قبل تعیین شده‌ما را دارا هستند، انتخاب می‌شوند. در این پژوهش‌ها طرح پژوهشی، ویژگی داده‌ها که با مسئله پژوهشی مرتبط است، مورد توجه قرار می‌گیرند.

۴) استخراج داده‌ها: استخراج اطلاعات مرتبط از هر پژوهش انتخاب شده مانند جزئیات مرتبط با طرح پژوهشی، یافته‌های حاصل شده و سال پژوهش، حجم نمونه،

4 . overall effect size
5 . eta squared
6 . true-experimental
7 . quasi-experimental

1 . stability
2 . reliability
3 . preferred reporting item for systematic reviews and meta-analysis (PRISMA)



شکل ۳. نمودار جنگلی مثال فرضی

نسبت خطر^۵ دانست.

هر اندازه اثر با یک فاصله اعتماد همراه است که فاصله اعتماد دامنه‌ای را نشان می‌دهد که در آن احتمالاً اندازه اثر واقعی قرار می‌گیرد. هر چه فواصل اعتماد بیشتر باشند، عدم قطعیت بیشتر است. در نمودار جنگلی وزن‌ها نشان داده شده‌اند. وزن‌ها نشان‌دهنده تأکید بیشتر یا کمتر پژوهش‌های منفرد در برآورد اندازه اثر کلی هستند. پژوهش‌هایی که خطای استاندارد کمتری دارند (حجم نمونه بیشتری دارند) وزن بیشتری در محاسبه اندازه اثر مداخله خواهند داشت. در این نمودار همچنین برآورد اندازه اثر کلی کاربردی (درمان) آورده شده است که در مثال ۰/۴۳ است. در این نمودار آماره‌های ناهمگنی نیز برآورده شده‌اند مانند Q کوکرن و مجذور I. این دو شاخص میزان تغییرپذیری یا ناهمسانی در میان اندازه‌های اثر همه مطالعات را نشان می‌دهد. هرچه مقدار آن بیشتر باشد ناهمگنی بیشتر است که مقادیر این دو شاخص در این مثال به ترتیب صفر بوده که غیرمعنادار است و حاکی از عدم وجود ناهمگنی در پژوهش‌ها است. برای اطمینان از نتیجه از آزمون جایگشت^۶ استفاده می‌شود (شکل ۴).

شده^۱) و جنس گروه مورد بررسی در فایل داده‌ها براساس بررسی بخش روش و یافته‌های این ۲۰ مقاله وارد شده باشند.

برای انجام فرا تحلیل می‌توان از نرم‌افزارهای مختلف استفاده کرد. در این پژوهش از نرم‌افزار R.4.3.1 کتابخانه "meta" استفاده شده است. Python نیز برای فرا تحلیل بسیار مناسب است هرچند که در SPSS-28 و CMA^۲ به‌طور تخصصی امکان اجرای فرا تحلیل وجود دارد. کدهای R این مقاله در لینک

https://www.researchgate.net/publication/375025678_R_code_for_running_Meta-Analysis_in_Clinical_Intervention_and_Psychotherapy_Research قابل دستیابی است. پس از اجرای کدها یکی از مهم‌ترین خروجی‌ها نمودار جنگلی است. شکل ۳ این نمودار را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در شکل ۳ ملاحظه می‌گردد برای هر پژوهش برآوردی از اثر کاربردی (درمان) وجود دارد که عمدتاً به‌عنوان اندازه اثر در نظر گرفته می‌شود. اندازه اثرها جهت و شدت کاربردی (مداخله و درمان) در هر پژوهش را نشان می‌دهند. نمونه‌هایی از شاخص‌های اندازه اثر را می‌توان تفاوت میانگینی (مجذور اتا^۳)، نسبت شانس^۴ و

- 1 . random clinical trial (RTC)
- 2 . comprehensive meta-analysis (CMA)
- 3 . eta squared
- 4 . odd ratios

5 . risk ratios
6 . permutation

```
Running 1048576 iterations for an exact permutation test.
|=====| 100% elapsed=03h 55m 17s

Model Results:

estimate    se    zval    pval'    ci.lb    ci.ub
0.4302  0.8394  0.5125  <.0001  -1.2150  2.0754 ***

---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

1) p-value based on permutation testing
```

شکل ۴ نتیجه آزمون جایگشت برای اندازه اثر کلی فرا تحلیل

```
Console | Background Jobs x
R 4.3.0 · F:/meta-Farahani/

Mixed-Effects Model (k = 20; tau^2 estimator: REML)

tau^2 (estimated amount of residual heterogeneity):      0 (SE = 4.8178)
tau (square root of estimated tau^2 value):              0
I^2 (residual heterogeneity / unaccounted variability): 0.00%
H^2 (unaccounted variability / sampling variability):     1.00
R^2 (amount of heterogeneity accounted for):             0.00%

Test for Residual Heterogeneity:
QE(df = 17) = 0.0492, p-val = 1.0000

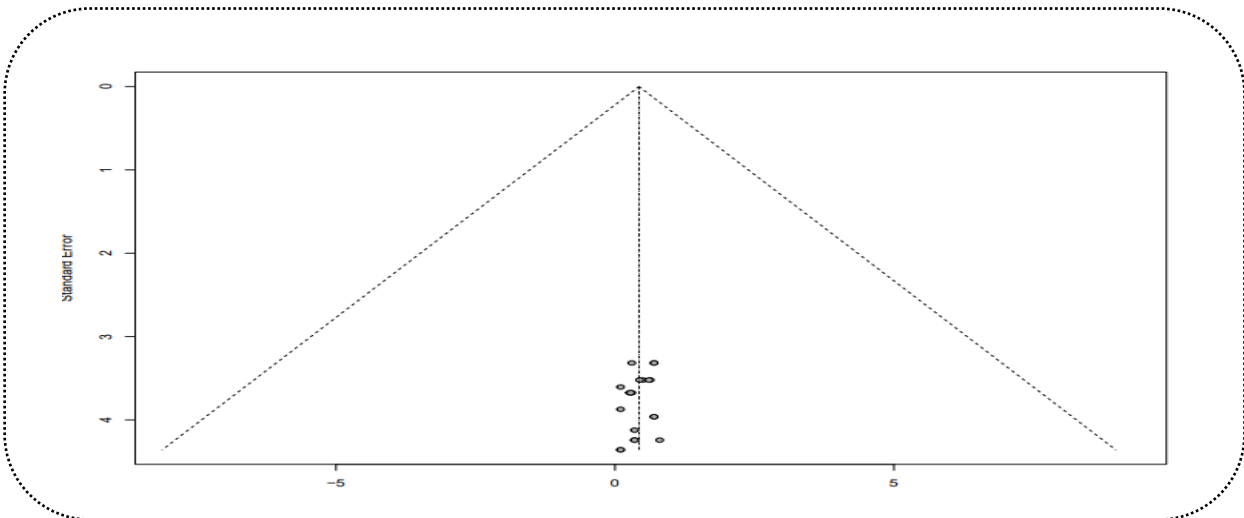
Test of Moderators (coefficients 2:3):
QM(df = 2) = 0.0220, p-val = 0.9891

Model Results:

intrcpt    estimate    se    zval    pval    ci.lb    ci.ub
gender     -0.0550  1.6811  -0.0327  0.9739  -3.3498  3.2398
type       -0.1678  1.1492  -0.1460  0.8839  -2.4202  2.0845

---
Signif. codes:  0 '****' 0.001 '***' 0.01 '**' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

شکل ۵ نتیجه تحلیل زیرگروه‌ها (تعدیل کننده‌ها)



نمودار ۱ نمودار کیفی شکل برای بررسی سوگیری انتشار

پژوهش، پژوهشگرتر می‌شود. فرا ترکیب نیز می‌تواند با ارائه یک اندازه اثر کلی با تحلیل پژوهش‌های منفرد مرتبط برای پژوهشگران به‌عنوان روش آماری مدرنی تلقی گردد.

افزون بر اندازه اثر کلی، فاصله اطمینان، ناهمگنی (نقش تعدیل‌گرها)، سوگیری انتشار را برای رسیدن به برداشت کلی و دقیق از مجموعه‌ای از پژوهش‌های کمی در فرا تحلیل به دست می‌آید. این روش نیز نقاط ضعفی دارد؛ اما نویایی و اکتشاف و جمع‌بندی اثرهای جزیره‌ای پژوهش‌ها در یک شاخص کلی سبب ارزشیابی و تصمیم‌های نویی درباره چگونگی دنبال‌گیری یا رهاسازی یا تغییراتی در پژوهش‌های یک حوزه خاص در علوم روان‌شناختی می‌شود.

منابع

- 1- Egan, S. Wade, T. Fitzallen, G. Brien, A, & Shafra, A, (2022). A meta-synthesis of qualitative studies of the link between anxiety, depression and perfectionism: implications for treatment. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 2022, 50,89–105.
- 2- Beck, C. T. (2009). Meta synthesis: A goldmine for evidence- based practice. *AORN Journal*, 90, 701–710.
- 3- Noblit, G. Hare, R.D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. Sage, Newbury Park, CA.
- 4- Conn, V. S. & Coon Sells, T. G. (2014). Is it time to write a review article? *Western Journal of Nursing Research*, 36, 435–439.
- 5- Tong, A. Palmer, S. Craig, J.C. Strippoli, GFM. (2016). *A guide to reading and using systematic reviews of qualitative research*. *Nephrol Dial Transplant*. 31(6):897–903.
- 6- Ritzer, G. (1990). Metatheorizing in sociology. *Sociological Forum*, 5, 3–15.
- 7- Zhao, S. (1991). Metatheory, metamethod, meta-data-analysis: What, why, and how? *Sociological Perspective*, 34, 377–390.
- 8- Kastner, M. Tricco, A. C. Soobiah, C. Lillie, E. Perrier, L. Horsley, T. & Straus, S. E. (2012). What is the most appropriate knowledge synthesis method to conduct a review? Protocol for a scoping review. *BMC Medical Research Methodology*, 12, Article 114

فرض کنید که اثر ناهمگنی مشهود بود و نیاز به بررسی زیرگروه‌ها بود. شکل ۵ نتایج خروجی نرم‌افزار R.4.3.1 را نشان می‌دهد. تحلیل زیرگروه‌ها بر اساس نوع مداخله و جنس متفاوت در پژوهش‌ها انجام شده است.

همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد نتیجه فرا تحلیل در بررسی زیرگروه‌ها معنادار نیست که البته طبق انتظار در این مثال است؛ چون شاخص‌های ناهمگنی در این مثال نشان از ناهمگنی بود فقط جهت نشان دادن نتیجه این خروجی آمده است.

برای بررسی سوگیری انتشار از نمودار کیفی شکل استفاده می‌شود. نمونه‌ای از آن را در نمودار ۱ ملاحظه می‌کنید.

نتیجه‌گیری

آنچه روش فرا ترکیب را کاربردی و معتبر می‌کند، مربوط به معیارهای شفافیت، تسلط پژوهشگر به موضوع و اجرای پژوهش است. رویکرد سندلوفسکی و بارسو یک چهارچوب جامع فرا گیر و فرا نگر فراهم می‌کند و کمک می‌کند پژوهشگران بین خلاصه‌سازی یافته‌ها با فرا ترکیب تمایز قائل شوند و این تمایز منحصربه‌فرد و نقطه قوت قطعی فرا ترکیب و البته تحلیل و نظریه‌سازی یکی از مهم‌ترین و سخت‌ترین مراحل در این روش است [۳۳]. در بررسی‌های فرانس (۲۰۱۴)، نشان داده شد که ۳۸ درصد پژوهش‌ها با روش فرا ترکیب نتوانسته‌اند تفسیر جدیدی از یافته‌ها را ارائه دهند؛ زیرا به‌جای بررسی ژرف پژوهش‌های متناسب، مرتبط و معتبر و مفهوم‌سازی به دسته‌بندی ساده ای رسیده‌اند [۳۴]. دسته‌بندی هدف هیچ پژوهش کیفی (به جز تحلیل محتوای آشکار) نیست و باید این نکته در سراسر فرا ترکیب مورد نظر و عمل پژوهشگر قرار گیرد.

با این همه روش فرا ترکیب مطابق انتظارات علمی می‌تواند امکان کشف و ایجاد یافته‌هایی را در پیشرفت دانش و توسعه نظریه‌ها بر اساس پژوهش‌های کیفی را فراهم کند [۳۵]. هر چند که روش‌شناسی سندلوفسکی و بارسو یا هر روش فرا ترکیب دیگری، نسخه‌های شفاف و معجزه‌آسایی را ارائه نمی‌دهد؛ ولی چشم‌اندازها و مهارت‌هایی را برای کمک به پژوهشگران در انجام ساختارمند پژوهش‌های کیفی فراهم می‌کند و پژوهشگر کیفی چونان دیگر پژوهشگران نیاز به تجربه پژوهشی افزون بر دانش نظری دارد، پژوهشگر نیز در رهگذر زمان همراه با

- 20-Hannes, K. & Macaitis, K. (2012). A move to more systematic and transparent approaches in qualitative evidence Synthesis: Update on a review of published papers. *Qualitative Research*, 12, 402-442.
- 21-Sale, J. E. (2008). How to assess rigour or not in qualitative papers. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 912-913.
- 22-Morgan, D.L. (2014). Pragmatism as a paradigm for social research. *Qual. Inq.* 20(8), 1045-1053
- 23-Seidl, D. & Werle, F. (2018). Inter-organizational sensemaking in the face of strategic meta problems: Requisite variety and dynamics of participation. *Strategic Management Journal*. 39 (3). 830-858.
- 24-LachaL, J. Revah-Levy, A. Orri,M & Moro. M. (2017). Meta synthesis: An Original Method to Synthesize Qualitative Literature in Psychiatry. *Front. Psychiatry*. 1-9.
- 25-Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, et al. Introduction to meta-analysis. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.
- 26-Bax L, Yu L-M, Ikeda N, Moons KG. A systematic comparison of software dedicated to meta-analysis of causal studies. *BMC Med Res Methodol*
- 27-Borenstein M, Hedges L. A basic introduction to fixed-effect and random-effects models for meta-analysis. *Res Synth Methods*. 2010; 1:97-111
- 28-Santos EJJ, Cunha M. Interpretação crítica dos resultados estatísticos de uma meta-análise: estratégias metodológicas. *Millenium*. 2013; (44):85-98.
- 29-Lau J, Ioannidis JPA, Schmid CH. Summing up evidence: one answer is not always enough. *Lancet*. 1998;351(9096):123-7.
- 30-Rodrigues CL, Ziegelmann PK. Metanálise: um guia prático. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul*. 2010;30(4):436-47.
- 9- Ludvigsen, M. S. Meyer, G. Hall, E. Fegran, L. Aagaard, H. & Uhrenfeldt, L. (2013). Development of clinically meaningful complex interventions: *The contribution of qualitative research*. *Pflege*, 26, 207-214.
- 10-Walsh, D. & Downe, S. (2006). *Appraising the quality of qualitative research*. *Midwifery*, 22, 108-119.
- 11-Zimmer, L. (2006), "Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts". *Journal of Advanced Nursing* 53(3): 311-318.
- 12-Erwin, E. J. Brotherson, M. J. & Summers, J. A. (2011). Understanding Qualitative Metasynthesis: Issues and Opportunities in Early Childhood Intervention Research. *Journal of Early Intervention*, 33(3), pp. 186- 200.
- 13-Finfgeld-Connett, D. (2014). Metasynthesis findings: Potential versus reality. *Qualitative Health Research*, 24, 1581-1591.
- 14-Sandelowski, M. & Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*, New York: Springer.
- ۱۵- موثق، ل. مهدویان، ع. پناغی، ل. فراهانی، ح. (۱۴۰۲). تدوین ابزار آمادگی به خیانت زناشویی. رساله دکتری. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه علم و فرهنگ
- 16-Sim, J. & Mengshoel. A. (2023). meta synthesis: issues of empirical and theoretical context. *Quality & Quantity*. 57:3339-3361.
- 17-Bearman, M. & Dawson, P. (2013). Qualitative synthesis and systematic review in health professions education. *Medical Education*, 47, 252-260.
- 18-Bench, S. Day, T. (2010). The user experience of critical care discharges: a meta-synthesis of qualitative research". *International journal of nursing studies*, 47(4): 487-499.
- 19-Pound, P. Campbell, R. (2015). Exploring the feasibility of theory synthesis: a worked example in the field of health-related risk taking. *Soc. Sci. Med.* 124, 57-65.

- 33-Boundas, T. Hall, E. O. C. (2007), "challenges in approaching meta synthesis research. *qualitative health research*, 17(1): 113-121.
- 34-France, F. E. (2014). A methodological systematic review of what's wrong with meta-ethnography reporting. *BMC Medical Research Methodology*. 14:119.
- 35-Tang, X. (2009). Qualitative Meta-synthesis Techniques for Analysis of Public Opinions for in-depth Study. *Social Informatics and Telecommunications Engineering*. 2338- 2353.
- 31-Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, page MJ, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.2 (updated February 2021). Wiley; 2021. Available from: <https://www.training.cochrane.org/handbook>. Accessed 30 Sept 2021
- 32-Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, page MJ, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.2 (updated February 2021). Wiley; 2021. Available from: <https://www.training.cochrane.org/handbook>. Accessed 30 Sept 2021

Research Article

Meta Synthesis and Meta Analysis in Action with R

Authors

Hojjatollah Farahani^{1*}, Leila Movasagh², Abbasali Allahyari³, Rasol Roshan Chesli⁴, Fateme Dehghani-arani⁵

1. Assistant Professor of Psychometrics, Department of Psychology, Tarbiat Modares University. (Corresponding Author)

2. Ph.D in Clinical Psychology, Culture and Science University, Tehran, Iran. mahlamovi@gmail.com

3. Associate Professor of Psychometrics, Department of Psychology, Tarbiat Modares University. allahyar@modares.ac.ir

4. Professor, Department of Clinical Psychology Shahed University, Tehran. rasolroshan@yahoo.com

5. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. f.dehghani.a@ut.ac.ir

Abstract

Receive Date:
04/08/2023

Accept Date:
25/11/2023



Meta-analysis and meta-synthesis are sophisticated statistical techniques that combine and analyze data from multiple independent studies to obtain a more comprehensive and reliable estimate of the relationship or effect size between variables. Systematic reviews provide a method for thoroughly reviewing and synthesizing findings from individual quantitative and qualitative studies to derive more reliable conclusions and comprehensive results. By integrating and analyzing a wide range of information, meta-analysis and meta-synthesis help in identifying consistent patterns. Achieving a comprehensive and adequate understanding in qualitative research is a significant goal, as it allows for the discovery of new research insights through conceptual exploration. Combining the quantitative results is also a worthy goal in finding scientific insights. Meta-analysis provides an overall effect size based on individual quantitative research studies. This phenomenon represents a research gap for a psychological sciences researcher or other researchers. This paper aims to explain the practical application of meta-synthesis and meta-analysis. The meta-analysis was illustrated with a numerical example using R 4.3.1.

Keywords

Meta Synthesis; Meta-Analysis; Quantitative and Qualitative Designs; Psychological Sciences, R.

Corresponding Author's E-mail

h.farahani@modares.ac.ir

Research Article

Psychometric Analysis of the Short Version of the Self-Harm Screening Inventory for Gifted Adolescents

Authors

Maryam Valimohammadi¹, Omid Shokri^{2*}, Mehrangiz Shoa kazemi³,
Mohsen Ahmadi Tahour Soltani⁴

1. Ph.D Student in Educational Psychology, Faculty of Humanities, Department of Psychology, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran. ma.valimohamadi1@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Applied Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
3. Associate Professor, Department of Women's and Family Studies, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran. m.shkazemi@alzahra.ac.ir
4. Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. m.ahmaditahour@gmail.com

Abstract

Receive Date:
09/03/2023

Accept Date:
11/09/2023



Introduction: Deliberate Self-Harm (DSH) is the intentional destruction of healthy body tissue without the intent to commit suicide. Given the rapidly increasing prevalence of non-suicidal self-injury (NSSI) among adolescents, it is essential to conduct a systematic analysis of the risk and protective factors associated with these behaviors using tools that demonstrate validity and reliability. Therefore, the current study was conducted to analyze the psychometric properties of the abbreviated version of the Self-Harm Screening Inventory for adolescents.

Method: In this survey study, 300 gifted adolescents were selected using the convenience sampling method. They completed the short version of the Self-Harm Screening Inventory for Adolescents (Kim et al., 2022), the Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995), and the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Result: A confirmatory factor analysis supported the hypothesized one-factor structure. The one-factor model had a good fit. The SHSI also demonstrated good internal consistency (Cronbach's alpha = 0.89). Additionally, the Subjective Happiness Scale Inventory (SHSI) was positively correlated with the Depression, Anxiety, and Stress Scale, and negatively correlated with the Satisfaction with Life Scale. These correlations support the criterion validity of the abbreviated version of the Self-Harm Screening Inventory for adolescents.

Discussion and conclusion: The findings suggest that the SHSI is a reliable and valid tool for screening self-harm behaviors among adolescents.

Keywords

Deliberate Self-Harm Behaviors, Adolescents, Psychometric Properties, Gifted.

Corresponding
Author's E-mail

oshokri@yahoo.com

Research Article

Designing and validating the model of promoting the well-being of the elderly based on lived experiences and investigating its effectiveness on the psychological well-being of the elderly

Authors

Mahdi Vafanoush¹, Kyomarth Farah Bakhsh^{2*}, Hossein Salimi Bejstani³,
Noor Ali Farrokhi⁴

1. Ph.D Student in Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
vafanoush@gmail.com

2. Associate Professor of Counseling Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran,
Iran. (Corresponding Author)

3. Associate Professor of Counseling Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran,
Iran. H.salimi.b@gmail.com

4. Associate Professor of Measurement and Measurement Department, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran. farrokhinoorali@gmail.com

Abstract

Receive Date:
12/03/2023

Accept Date:
30/08/2023



Introduction: Understanding the concept of well-being from the perspective of the elderly and identifying its important factors can play a significant role in increasing the quality and satisfaction of the elderly. The purpose of the current research was "to design and validate a model for promoting the well-being of the elderly based on lived experiences and to examine its effectiveness on the psychological well-being of the elderly".

Method: In this study, the descriptive phenomenology method was used to collect data and the Claysey method was used to analyze the data in the qualitative part. The number of participants was based on theoretical saturation of twenty elderly men and women living in Tehran province. Data were collected through semi-structured in-depth interviews. The obtained data were analyzed to explain the well-being factors in old age. The program obtained from the qualitative phase to improve the well-being of the elderly was taught to six elderly volunteers based on the AB single-case plan, and the results were evaluated through the RIF well-being questionnaire. Quantitative data analysis was done during the methods of stable change index, visual analysis and clinical significance using the recovery percentage formula and non-overlapping methods to determine the effectiveness of the program.

Result: Five themes were extracted from the findings in the qualitative section, which include vitality, health and dynamism, Personal growth and enrichment, interpersonal relationships, and strength. Data analysis showed that the welfare program obtained for four volunteers of this program is effective. It should be noted that in single-subject designs, when the researcher can talk about the possibility of a functional relationship between the dependent variable and the intervention, this relationship is repeated for at least three participants.

Discussion and conclusion: The results of this research can be used by many psychologists, counselors and experts in the field of geriatrics in the field of how to advise and educate the elderly in order to increase the well-being of the elderly. In addition, the officials and trustees of the elderly can expand the welfare in the elderly society by implementing the elderly welfare program, which will reduce the adverse effects of aging among them and make them more cheerful and energetic.

Keywords

psychological well-being, old age, lived experiences

Corresponding
Author's E-mail

farahbakhsh@atu.ac.ir

Research Article

Evaluation of Psychometric Properties of the Clinician Affective Reactivity Index: A Clinician-Rated Assessment of Irritability

Authors

Somayeh Zarenezhad¹, Sakineh Soltani Kouhbanani^{2*}

1. M.Sc student, Department of Educational and Counseling Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
zarenezhadsomaye@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Educational and Counseling Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
14/04/2023

Accept Date:
04/10/2023



Introduction: In childhood, mood is one of the important factors underlying behavioral and emotional problems. The aim of the present study was to validate and standardize the Emotional Reactivity Index for assessing irritability by a therapist in Mashhad.

Method: The research employed a survey methodology. The research's statistical population comprised 300 parents and male students aged 8 to 15 in Mashhad who were diagnosed with disruptive mood disorder and sought treatment at psychological and counseling clinics specializing in children and adolescents in the area. The participants were diagnosed with disruptive mood dysregulation disorder based on the clinical interview and the semi-structured diagnostic interview K-SADS-PL (2016) conducted by a clinical psychologist selected through convenience sampling. They also completed the clinical emotional reactivity questionnaire (irritability assessment).

Result: In order to assess reliability using SPSS software, the internal consistency method was employed through Cronbach's alpha. To evaluate construct validity using Lisrel software, exploratory and confirmatory factor analyses were conducted. Convergent validity was assessed using the convergent validity index (AVE) method. The Cronbach's alpha values for the entire clinical assessment of emotional reactivity were 0.77, and for the subscales of mood outburst, irritable mood, and vulnerability, the values were 0.85, 0.63, and 0.72, respectively. The retest results yielded a value of 0.73. The results of the confirmatory factor analysis also indicated that the 3-factor structure of the clinical evaluation scale for mood and irritability has a good fit. (NFI=0.92, NNFI=0.90, CFI=0.91, IFI=0.93, GFI=0.96, AGFI=0.93, RMSEA=0.059, df=127, X²=362.08, X²/df=2.85).

Discussion and conclusion: The research findings indicate that the Emotional Reactivity Clinical Evaluation Questionnaire is a suitable and valid tool for assessing disruptive mood disorder in children in Iran.

Keywords

Mood, Disruptive Mood Disorder, Irritability, Psychometric Properties

Corresponding Author's E-mail

s.soltani@um.ac.ir

Research Article

The Lived Experience of Children of people with Generalized anxiety disorder: A qualitative Study

Authors

Marzie Hashemi^{1*}

1. Assistant Professor in Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
03/04/2023

Accept Date:
29/08/2023



Introduction: Generalized Anxiety Disorder is characterized by excessive anxiety and worry about various aspects of life or activities. The impact of anxious parents, particularly those with generalized anxiety disorder, can have devastating effects on their children. In this study, we examined the life experiences of children with parents who have generalized anxiety disorder.

Method: This research employed qualitative and phenomenological approaches. Participants in this study were 15 children of individuals with generalized anxiety disorder who were purposefully selected using the snowball method from counseling centers in Tehran. The information gathered from the interviews was analyzed using the Colaizzi seven-step method.

Result: Four main themes were extracted from the interviews, including living conditions, the effects of parental anxiety on the individual's life, lack of assertiveness skills, and psychological effects on the individual. The living conditions encompassed four sub-themes: difficult life, stress, feelings of anger towards parents, and fatigue. The impact of parental anxiety on an individual's life can lead to a desire to migrate (as a means of escape), a constant need to be available for reassurance, a tendency to report to the parent, and a longing for love. Lack of assertiveness skills with three sub-themes included inability to say no, accepting overly tolerant responsibilities, and prioritizing the needs of others over one's own. The psychological effects of parental anxiety on individuals include five sub-themes: perfectionism, functional anxiety/social anxiety, driving phobia and other specific phobias, and low self-esteem.

Discussion and conclusion: Parental anxiety disorders can have a significant impact on children. It is crucial to study them.

Keywords

Generalized Anxiety Disorder, Lived Experience, Children, Qualitative

Corresponding Author's E-mail

m.hashemi2@khatam.ac.ir

Research Article

The Relationship between Cyberbullying Victimization and Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Behaviors in Adolescents: The Mediating Role of Emotion Regulation

Authors

Seyedeh Malihe Anvari¹, Ahmad Mansouri^{2*}

1. M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. malihe.anvari.86@gmail.com

2. Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
02/05/2023

Accept Date:
15/10/2023



Introduction: Non-suicidal self-injury and suicidal behaviors are prevalent issues among adolescents globally. The main objective of the present study was to investigate the mediating role of emotion regulation in the relationship between cyberbullying victimization and non-suicidal self-injury and suicide behaviors among adolescents.

Method: This research was fundamental and descriptive-correlational. The statistical population consisted of all adolescents in Mashhad city in 2022. The research sample comprised 551 adolescents who completed the research instruments online. They completed the Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI), Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R), Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), and Cyberbullying Victimization Scale (CVS). Research data were analyzed using SPSS and Lisrel software, as well as the structural equation modeling method.

Result: The study findings indicated a significant correlation between being a victim of cyberbullying and the regulation of emotions with non-suicidal self-injury and suicidal behaviors ($p < 0.05$). The model examining the mediating role of emotion regulation in the relationship between cyberbullying victimization and non-suicidal self-injury and suicide behaviors among adolescents demonstrates a good fit (CFI= 0.96, NFI= 0.97, IFI= 0.97, GFI= 0.93, RMSEA= 0.077). The indirect impact of cyberbullying victimization on suicide behaviors, mediated by the suppression emotion regulation strategy, is significant ($p < 0.05$).

Discussion and conclusion: The results indicate that emotion regulation indirectly amplifies the impact of cyberbullying victimization on suicidal behaviors. Paying attention to these structures in the field of psychopathology and formulating prevention and intervention programs for them can be beneficial.

Keywords

Adolescents, Victim of Cyberbullying, Emotion Regulation, Self-Injury.

Corresponding Author's E-mail

mansoury_am@yahoo.com

Research Article

The Relationship between Self-construal, Personal Distress, and Empathy

Authors

Seyed Mahdi Mousavian¹, Forough Esrafilian^{2*}, Hojjatollah Farahani³

1. M.Sc in Cognitive Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
mahdi.mousavian2014@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)

3. Assistant Professor of Psychometrics, Department of Psychology, Tarbiat Modares University. h.farahani@modares.ac.ir

Abstract

Receive Date:
22/02/2023

Accept Date:
31/05/2023



Introduction: This study aimed to examine the structural relationships between independent self-construal, interdependent self-construal, personal distress, and empathy.

Method: The methodology was essential for achieving its purpose. It involved descriptive and correlational data collection, utilizing structural equation modeling. The statistical population consisted of male and female undergraduate students from the faculties of psychology and social sciences at Tehran University during the 2021-2022 academic year. The sample consisted of 282 students from the faculties mentioned, who were selected using the convenience sampling method. The research participants completed the Interpersonal Reactivity Index, Empathy Quotient, Self-construal Scale, and cognitive tasks including the Reading the Mind in the Eyes Test and the Test of Reading Faces. To analyze the data, structural equation modeling was conducted using AMOS version 24 and SPSS version 24 software.

Result: The study findings indicated that independent self-construal positively and significantly influences empathy ($p < .001$, $\beta = 0.349$), while personal distress negatively and significantly affects empathy ($p < .001$, $\beta = -0.430$). Additionally, interdependent self-construal was found to have no significant effect on empathy. The structural model fit well with the collected data.

Discussion and conclusion: The results indicate the significance of the independent self-construal variable and personal distress variable in the realm of empathy. Their roles can be further explored in the context of enhancing empathy.

Keywords

Empathy, Independent self-construal, Interdependent self-construal, Personal Distress.

Corresponding Author's E-mail

esrafilian.fo@modares.ac.ir

Research Article

The Effectiveness of Paradox Therapy on Anger Rumination in People with Anxiety Caused by Corona Disease

Authors

Razieh Eatesamipour^{1*}, KHadijeh Ramazanzade Moghadam²

1. Assistant Professor, Department Of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2. M.A, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.
kh.ramazanzadeh@gmail.com

Abstract

Receive Date:
24/04/2023

Accept Date:
26/07/2023



Introduction: People experiencing anxiety due to the coronavirus may resort to rumination as an ineffective coping strategy for dealing with their emotional experiences. The present study aimed to assess the effectiveness of paradox therapy in reducing anger rumination in individuals with anxiety related to the coronavirus disease.

Method: The research method used in the present study was semi-experimental, employing a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up stage. The study focused on individuals experiencing anxiety related to COVID-19 in Jahrom in 2021. Thirty participants were selected using convenience sampling and were randomly assigned to either the experimental or control group. The research utilized the Corona Anxiety Scale (Alipour et al) and Sakudolsky's, Gulab, and Cromwell's. Paradox Therapy was conducted over 8 sessions, with each session lasting 90 minutes, and the experimental group met once a week. To analyze the data, we used a repeated measures analysis of variance (ANOVA).

Result: The results of pairwise comparisons of the mean differences in anger rumination and its components indicate that, in the experimental group, the mean scores in the post-test stage for all variables, except the retaliatory thoughts component, have significantly decreased ($p < 0.05$) compared to the pre-test. This reduction continued until the follow-up stage ($p = 0.001$).

Discussion and conclusion: Based on the results, the paradox of therapy can be utilized as an effective intervention method for reducing anger rumination caused by anxiety related to the coronavirus disease.

Keywords

Anger Rumination, Anxiety, Illness on Corona, Paradox Therapy.

Corresponding Author's E-mail

r_etesamipour@pnu.ac.ir

Research Article

The Relationship Between Cognitive Flexibility and Self-Compassion with Sleep Quality: The Mediating Role of Emotion Regulation

Authors

Maryam Deldar Gohardani^{1*}, Mansore Sotode², Kasra Bik Mohammadi³, Omid Amani⁴

1. M.A. Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. (Corresponding Author)

2. M.A. General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities & Social, Ardakan University, Ardakan, Yazd, Iran. mansore.sotode@yahoo.com

3. M.A. Industrial and Organizational Psychology, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. kasrabik@gmail.com

4. Ph.D. in Clinical Psychology, Department of Psychology and Health, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. o.amani69@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
11/05/2023

Accept Date:
02/10/2023



Introduction: The quality of sleep is a crucial aspect of clinical health, and poor sleep quality is becoming more prevalent among individuals, particularly students. Therefore, this study was conducted to investigate the relationship between cognitive flexibility and self-compassion with sleep quality among students, taking into account the mediating role of emotion regulation.

Method: This research is a descriptive correlational study. The statistical population for this study included all students at Guilan University. For this purpose, a sample of 384 people was selected using a non-random sampling method. In order to collect data, a researcher-made demographic questionnaire was used along with Pittsburgh Boyce et al.'s sleep quality questionnaire (1989), Neff's self-compassion questionnaire (2003), Dennis and Vander Wall's cognitive flexibility questionnaire (2010), and Gross and John's emotion regulation questionnaire (2003). Data analysis was conducted using the Pearson correlation method and path analysis with SPSS-27 and Amos-24 software.

Result: The analysis revealed a significant relationship among the three variables of cognitive flexibility, self-compassion, and emotion regulation, particularly with the sleep quality re-evaluation subscale ($p < 0.05$). Additionally, a significant relationship exists between the two independent variables of cognitive flexibility and self-compassion with reappraisal. Furthermore, the relationship between cognitive flexibility and suppression was found to be significant ($p < 0.05$). Furthermore, there was no significant relationship between sleep quality and repression, and no significant relationship was found between self-compassion and repression ($p > 0.05$). The variables of cognitive flexibility, self-compassion, and reappraisal could account for 14 percent of the variance in sleep quality.

Discussion and conclusion: The research results indicate that emotion regulation, particularly the reappraisal subscale, mediates the connection between cognitive flexibility and self-compassion with sleep quality. Therefore, leveraging emotion regulation abilities, especially the reappraisal subscale, can be an effective therapeutic approach to enhance the sleep quality of students.

Keywords

Cognitive Flexibility, Emotion Regulation, Self-Compassion, Sleep Quality.

Corresponding Author's E-mail

Maryam4deldar@gmail.com

Research Article

The Role of Personality Traits in Predicting Irritable Bowel Syndrome Mediated by Anxiety Sensitivity

Authors

Ezzatollah Ahmadi^{1*}, Hasan Bafandeh², Mohammad Mahaki³

1. Associate Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

2. Associate Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. H_bafandeh@yahoo.com

3. Master Student of General Psychology, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. Mmahaki6411@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
25/01/2023

Accept Date:
09/07/2023



Introduction: The significance of psychological and personality factors in predicting and treating irritable bowel syndrome has garnered special attention from researchers and therapists in recent years. The aim of this study was to examine the influence of personality traits on predicting irritable bowel syndrome, with anxiety sensitivity as a mediating factor.

Method: The current study is descriptive and correlational. The statistical population of the present study included all final-year high school students in Osku city. A sample of 292 students was selected using the multi-stage cluster sampling method, and they were administered irritable bowel syndrome questionnaires (EISSS) and the NEO Personality Inventory. The participants completed the NEO-FFI and the revised Anxiety Sensitivity Inventory (ASI-R). Amos version 21 software was used for data analysis.

Result: The results indicate that the personality traits of neuroticism, openness to experience, and conscientiousness are positively and significantly associated with irritable bowel syndrome, both directly and through the mediation of anxiety sensitivity. Conversely, the personality traits of agreeableness and extroversion are negatively and significantly related to irritable bowel syndrome, both directly and through the mediation of anxiety sensitivity. Overall, the results indicate that personality traits, mediated by anxiety sensitivity, have a significant impact on irritable bowel syndrome. The squared index of estimation error (RMSEA = 0.05) and the goodness of fit (GFI = 0.91) were calculated.

Discussion and conclusion: According to the evidence obtained on the role of psychological factors in the formation, initiation, aggravation, or mitigation of symptoms, it appears that no treatment strategy for IBS patients can succeed without considering the influence of psychological factors.

Keywords

Personality Traits; Anxiety Sensitivity; Irritable Bowel Syndrome.

Corresponding Author's E-mail

amiraliahmadi91@yahoo.com

Research Article

The Role of Early Maladaptive Schemas Caused by Spousal Infidelity in the Occurrence of Acute Stress Disorder after Disclosure of Infidelity

Authors

Khadijeh Sadat Bagherzadeh¹, Khodabakhsh Ahmadi^{2*}, Shokoh Navabinejad³

1. Ph.D. Student in Consulting, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. Niloofar.abi1401@gmail.com

2. Professor in Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

3. Professor in Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran. navabinejad93@gmail.com

Abstract

Receive Date:
18/12/2022

Accept Date:
13/06/2023



Introduction: The emotional and behavioral effects of disclosing infidelity on each of the couples involved are extremely destructive. This often leads to acute stress disorder, which is the primary and most significant response to such a situation. In this context, schemas, acting as a framework for information processing, can be effective in managing acute stress by bringing about profound changes in attitudes towards oneself, others, and the world. The aim of this study was to investigate the impact of maladaptive schemas on acute stress disorder resulting from spousal infidelity.

Method: The research method used was descriptive-correlational. The study's statistical population comprised couples engaged in marital infidelity who sought assistance from courts and family counseling centers in Tehran and Saveh cities between 2020 and 2021. A sample of 172 individuals was selected using the purposeful sampling method. Data collection tools included the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (Cardena et al., 2000) and the Young Schema Questionnaire-Short Form (1998). The data were analyzed using SPSS24 software, which employed descriptive indicators such as frequency, frequency percentage, mean, standard deviation, skewness, and kurtosis. Statistical tests including Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis were also conducted.

Result: The study findings revealed a significant positive relationship ($p < 0.01$) between acute stress reactions to a spouse's infidelity and early maladaptive schemas, including disconnection and rejection ($r = 0.40$), impaired autonomy and performance ($r = 0.34$), other-directedness ($r = 0.29$), overvigilance and inhibition ($r = 0.44$), and impaired limits ($r = 0.25$). Various types of acute stress reactions, including dissociative symptoms, re-experiencing, avoidance, hyperarousal, and functional disorder, were found to have a significant positive relationship with early maladaptive schemas and their domains ($p < 0.05$). The domains of early maladaptive schemas accounted for 33% of the total variance in acute stress disorder ($p < 0.01$).

Discussion and conclusion: The research results indicate that maladaptive schemas formed as a result of spousal infidelity serve as the foundation for the development of acute stress disorder following the revelation of the infidelity.

Keywords

Early Maladaptive Schemas, Acute Stress Disorder, Marital Infidelity, Disclosure of Infidelity.

Corresponding Author's E-mail

kh_ahmady@yahoo.com

Research Article

Girls' Lived Experience of Childhood Sexual Abuse: A Qualitative Study

Authors

Asma Azadi^{1*}, Saeede Sanjarany², Ali Reza Bakhshayesh³

1. M.A. Student in General Psychology. Department of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran. (Corresponding Author)

2. M.A. Student in General Psychology. Department of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran. ssanjarany.psy94@gmail.com

3. Department of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran. abakhshayesh@yazd.ac.ir

Abstract

Receive Date:
20/03/2023

Accept Date:
12/09/2023



Introduction: Child sexual abuse is a significant public health issue and a major threat to the mental well-being of children. A child who experiences sexual abuse is at a greater risk of facing other negative childhood experiences. Understanding the risk factors and effects of sexual abuse is crucial for accurately assessing and preventing this issue.

Method: The present study aimed to investigate the lived experience of girls who have experienced childhood sexual abuse. In this study, 8 girls who had experienced childhood sexual abuse were selected using purposive sampling and were interviewed using semi-structured interviews. It should be noted that sampling continued until data saturation was achieved. The data were initially recorded, coded, and then analyzed using the Colaizzi method in order to conduct the analysis.

Result: The analysis of girls' experiences of sexual abuse yielded four themes: lack of betrayal, self-blame, stigmatization, and psychological trauma.

Discussion and conclusion: This study emphasizes the importance of preventive measures and increasing the attention of families and social institutions in supporting children and preventing sexual abuse in girls.

Keywords

Lived Experience, Sexual Abuse, Children, Girls.

Corresponding Author's E-mail

asmaazadpsy@gmail.com

Research Article

The Effectiveness of Boen's Systemic Counseling in Bullying and Behavioral Opportunities in Families Affected by Extramarital Relationships

Authors

Rashin Abdollahi^{1*}, Abolqasem Isa Murad², Eima Abdi³

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Amin University of Police Sciences, Tehran. (Corresponding Author)

2. Associate Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. A_isamorad_s@yahoo.com

3. patrice lumumba peoples' friendship university of russia (RUDN university). 1032228693@pfur.ru

Abstract

Receive Date:
18/03/2023

Accept Date:
17/09/2023



Introduction: Extramarital relationships cause irreparable damage to the shared life and interpersonal relationships of couples. The present study was conducted to investigate the effectiveness of Boen's systemic counseling in addressing bullying and behavioral issues within families affected by extramarital relationships.

Method: The present study used a quasi-experimental approach and a pre-test-post-test design with a control group to gather data. The study's statistical population comprised all couples who sought services at the Counseling and Psychology Center Exir of Tehran during the second half of 2022. Among them, 32 people (16 couples) were selected using the available sampling method and then randomly assigned to the experimental and control groups (8 couples in each group). The experimental group received eight 90-minute sessions of Bowen's systemic counseling, while the control group remained on the waiting list. The study utilized the four-horse rider questionnaire (2012) and the Olweus bullying questionnaire (1996) as instruments. These were administered in two stages: pre-test and post-test. Data analysis was conducted using SPSS software version 26, with two sections for descriptive and inferential (covariance) analysis.

Result: Bowen's systemic counseling reduced bullying and improved behavioral opportunities in affected families dealing with extramarital affairs.

Discussion and conclusion: Based on the results of this study, Bowen systemic counseling is an effective intervention for reducing bullying and creating behavioral opportunities in couples affected by extramarital relationships.

Keywords

Extramarital Relationships, Behavioral Opportunities, Bullying, Bowen's Systemic Counseling.

Corresponding Author's E-mail

rashinabdollahi@yahoo.com

Research Article

Comparison of Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder and Internet Addiction in People with Symptoms of Narcissistic Personality Disorder and Normal People

Authors

Maral Zekri¹, Farideh Nargesi^{2*}

1. M.Sc, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad Medical Sciences University, Sanandaj, Iran. maral.zekri2016@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad Medical Sciences University, Sanandaj, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
09/04/2023

Accept Date:
04/10/2023



Introduction: Based on a series of previous studies, narcissistic personality disorder has been found to have comorbidity with obsessive-compulsive disorder and Internet addiction. However, other research has produced conflicting results, indicating the need for further investigation to resolve this ambiguity. The purpose of this study is to compare the differences in the symptoms of obsessive-compulsive disorder and internet addiction in individuals exhibiting symptoms of narcissistic personality disorder and those without such symptoms.

Method: The sample for this study comprised 66 students, with 32 exhibiting symptoms of narcissistic personality disorder and 34 without such symptoms. who participated in the research by completing the Narcissistic Personality Disorder Questionnaire, the Vancouver Obsessive Compulsive Disorder Questionnaire, and the Internet Addiction Questionnaire. The research design was of the comparative causal type, and multivariate analysis of variance was used to test the hypotheses.

Result: The findings indicated a significant difference between the two groups ($F=24.96$, $P<0.001$). Individuals exhibiting symptoms of narcissistic personality disorder showed a higher average in the components of obsessive-compulsive disorder, such as contamination fears, checking behaviors, obsessive thoughts, hoarding, perfectionism, precision, doubt, and internet addiction, compared to those without symptoms of narcissistic personality disorder.

Discussion and conclusion: The findings indicated a significant difference between the two groups ($F=24.96$, $P<0.001$). Individuals exhibiting symptoms of narcissistic personality disorder showed a higher average in the components of obsessive-compulsive disorder, such as contamination fears, checking behaviors, obsessive thoughts, hoarding, perfectionism, precision, doubt, and internet addiction, compared to those without symptoms of narcissistic personality disorder.

Keywords

Narcissistic Personality Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, Components of Obsessive-Compulsive Disorder, Internet Addiction.

Corresponding Author's E-mail

Fnargesi@yahoo.com

Research Article

Predicting EGO Strength and its Characteristics Based on Attachment Styles

Authors

Yavar Toopchi¹, Rasol Roshan chesli^{2*}, Masoud Janbozorgi³

1. M.A in Clinical Psychology Shahed University, Tehran, Iran. toopchi.yavar@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

3. Professor, Department of Psychology, Research Institute of Hawzeh and University, Qom, Iran. psychjan@gmail.com

Abstract

Receive Date:
15/12/2022

Accept Date:
03/05/2023



Introduction: Given the significant impact of the early developmental period on the formation of EGO strength, this study aimed to investigate the predictive role of attachment styles in relation to EGO strength and its subscales, including hope, will, purpose, competence, fidelity, love, care, and wisdom.

Method: This research employs a descriptive correlation methodology. The participants included 250 students from Tehran University and Shahed University who were selected using the convenience sampling method. The Collins and Reid Attachment Style Questionnaires and Markstrom's Ego Strength Questionnaire were used to collect data. Data were analyzed using the Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis.

Result: The correlation results indicate a significant relationship between attachment styles and EGO strength. Furthermore, the multiple regression analysis reveals that this model can predict 33.3% of the variance in EGO strength. The prediction results for the subscales and percentage of change variance are as follows: Hope: 7.30, Will: 9.23, Purpose: 31, Competence: 3.25, Fidelity: 9.13, Love: 3, Care: 9, Wisdom: 5.26.

Discussion and conclusion: The results indicate that the secure attachment style positively predicts EGO strength and its subscales, while the avoidant and anxious attachment styles negatively predict EGO strength and its subscales. These findings demonstrate the significance of secure attachment in predicting ego strength.

Keywords

Attachment style, Secure Attachment, Anxious Attachment, Avoidant Attachment, EGO strength.

Corresponding Author's E-mail

rasolroshan@yahoo.com

Research Article

The Effectiveness of Reality Therapy on Psychological Capital and Mental Health of Mentally Retarded Children's Mothers

Authors

Mehrnoosh Sadat Seidi¹, Mahboubeh Dastani^{2*}

1. Master of Clinical Psychology, Shahab Danesh University of Qom, Iran.
mehrnoosh.seidi2021@gmail.com

2. Professor assistant in Clinical Psychology, Shahab-Danesh University, Qom, Iran.
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
27/01/2023

Accept Date:
08/07/2023



Introduction: Taking care of a mentally retarded child can be stressful. In particular, mothers of children with intellectual disabilities experience poorer physical health, social relationships, and mental well-being compared to parents of typically developing children. This research aims to examine the impact of cognitive-behavioral therapy on the psychological well-being and mental health of mothers with mentally disabled children.

Method: The research was applied with a specific purpose and executed experimentally, using both an experimental group and a control group, as well as pre-test and post-test measures. The statistical population included all mothers with mentally disabled children who were attending exceptional schools and rehabilitation institutions in Qom. Among them, 26 individuals who met the entry criteria were randomly selected as the research sample and divided into two groups, each consisting of 13 people. The experimental group received eight 60-minute sessions of cognitive-behavioral therapy. During this period, the control group was placed on the waiting list and did not receive any intervention. To collect data, the Revised Inventory of Psychological Symptoms (SCL90-R) by Derogatis et al. (1984) and the Psychological Capital Questionnaire (PCQ) by Luthans et al. (2007) were used. Data analysis was conducted using SPSS software, employing a multivariate analysis of the covariance test.

Result: The study revealed a significant difference between the average pre-test and post-test scores of the experimental and control groups in the areas of psychological capital and mental health variables ($p < 0.0001$). This indicates that cognitive-behavioral therapy resulted in improved mental health and enhanced psychological capital in the experimental group.

Discussion and conclusion: Based on this, cognitive-behavioral therapy can be considered a suitable, reliable, and effective model for preventing psychological problems and enhancing the psychological well-being of mothers with mentally challenged children.

Keywords

Cognitive Behavioral Therapy, Psychological Capital, Mental Health, Mentally Disabled.

Corresponding Author's E-mail

mdastani63@yahoo.com

Contents

The Effectiveness of Reality Therapy on Psychological Capital and Mental Health of Mentally Retarded Children's Mothers

Sadat Seidi, M. and Dastani, M...... ۲۳۷ / 1

.....

Predicting EGO Strength and its Characteristics Based on Attachment Styles

Toopchi, Y., Roshan chesli, R. and Janbozorgi, M. ۲۳۶ / 2

.....

Comparison of Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder and Internet Addiction in People with Symptoms of Narcissistic Personality Disorder and Normal People

Zekri, M. and Nargesi, F. ۲۳۵ / 3

.....

The Effectiveness of Boen's Systemic Counseling in Bullying and Behavioral Opportunities in Families Affected by Extramarital Relationships

Abdollahi, R., Isa Murad, A. and Abdi, E. ۲۳۴ / 4

.....

Girls' Lived Experience of Childhood Sexual Abuse: A Qualitative Study

Azadi, A., Sanjarany, S. and Bakhshayesh, A.R. ۲۳۳ / 5

.....

The Role of Early Maladaptive Schemas Caused by Spousal Infidelity in the Occurrence of Acute Stress Disorder after Disclosure of Infidelity

Bagherzadeh, Kh.S., Ahmadi, Kh. and Navabinejad, Sh...... ۲۳۲ / 6

.....

The Role of Personality Traits in Predicting Irritable Bowel Syndrome Mediated by Anxiety Sensitivity

Ahmadi, E., Bafandeh, H. and Mahaki, M. ۲۳۱ / 7

.....

The Relationship Between Cognitive Flexibility and Self-Compassion with Sleep Quality: The Mediating Role of Emotion Regulation

Deldar Gohardani, M., Sotode, M., Bik Mohammadi, K. and Amani, O. ۲۳۰ / 8

Contents

The Effectiveness of Paradox Therapy on Anger Rumination in People with Anxiety Caused by Corona Disease

Eatesamipour, R. and Ramazanzade Moghadam, Kh. ۲۲۹ / ۹

.....

The Relationship between Self-construal, Personal Distress, and Empathy

Mousavian, S.M., Esrafilian, F. and Farahani, H. ۲۲۸ / ۱۰

.....

The Relationship between Cyberbullying Victimization and Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Behaviors in Adolescents: The Mediating Role of Emotion Regulation

Anvari, S.M. and Mansouri, A. ۲۲۷ / ۱۱

.....

The Lived Experience of Children of people with Generalized anxiety disorder: A qualitative Study

Hashemi, M. ۲۲۶ / ۱۲

.....

Evaluation of Psychometric Properties of the Clinician Affective Reactivity Index: A Clinician-Rated Assessment of Irritability

Zarenezhad, S. and Soltani Kouhbanani, S. ۲۲۵ / ۱۳

.....

Designing and validating the model of promoting the well-being of the elderly based on lived experiences and investigating its effectiveness on the psychological well-being of the elderly

Vafanoush, M., Farah Bakhsh, K., Salimi Bejstani, H. and Farrokhi, N.A. ۲۲۴ / ۱۴

.....

Psychometric Analysis of the Short Version of the Self-Harm Screening Inventory for Gifted Adolescents

Valimohammadi, M., Shokri, O., Shoa kazemi, M. and Ahmadi Tahour Soltani, M. ۲۲۳ / ۱۵

.....

Meta Synthesis and Meta Analysis in Action with R

Farahani, H., Movasagh, L., Allahyari, A., Roshan Chesli, R. and Dehghani-arani, F. ۲۲۲ / ۱۶

In The Name Of God

Journal of Clinical Psychology & Personality

Vol. 21, No. 2, Serial 41, Autumn & Winter 2023-24

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

This publication has scientific and research accreditation based on the approval of the National Scientific Publications Commission (Ministry of Science, Research and Technology) since June 1, 2001

The permission to publish this journal, titled "Clinical Psychology and Personality" (formerly titled: Daneshvar Behaviour), has been approved by the Press Supervision Board of the Ministry of Culture and Islamic Guidance.

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