



## دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

دوره ۲۲، شماره ۲، پیاپی ۴۳، پاییز و زمستان ۱۴۰۳

ویراستار ادبی (انگلیسی): میلا ملک‌الکلامی

صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد

شاپای چاپی: ۲۳۴۵-۲۱۸۸

مدیر مسئول: رسول روشن چسلی

شاپای الکترونیکی: ۲۳۴۵-۴۷۸۴

سرمدیر: 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

## «جستارهایی در روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

- اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها  
محسن جلالی و الناز پوراحمدی اسفستانی ..... ۱
- شناسایی عوامل تقویت‌کننده و ارتقاء دهنده رضایت‌مندی زناشویی در ازدواج سالم و پایدار: مطالعه کیفی مبتنی بر نظریه داده بنیاد  
طلعت آهنگر، احمد برجعلی و مهدی دوایی ..... ۱۷
- نقش تئیدگی ادراک شده در دلزدگی زناشویی با توجه به نقش میانجی استحکام من و ذهن آگاهی  
شیدا علی پور و لیلا حیدری نسب ..... ۳۵
- مقایسه رگه‌های تاریک شخصیت، احساس بیگانگی و بهزیستی معنوی در افراد با و بدون گرایش به وندالیسم  
عباس ابوالقاسمی، سیده زهرا سید نوری، مرتضی ذاکری و رضا قربانی ..... ۵۳
- بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان  
شکیبا محمودی، عباس فیروزآبادی، سیدروح‌الله حسینی، سیدکاظم رسول‌زاده طباطبایی و مریم شمسانی ..... ۶۵
- مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ  
مارال مروجی، زهرا باقرزاده گل‌مکانی و مهدی اکبرزاده ..... ۷۹
- پیش‌بینی رفتارهای آشفته خوردن بر اساس تمایز یافتگی خود و بهوشیاری در نوجوانان مبتلا به دیابت  
خدیجه خودداری و ثنا نوری مقدم ..... ۹۱
- نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در رابطه بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و ویژگی‌های شخصیتی با پرخاشگری  
شیلا محسنی، مجید برزگر، آذرمیدخت رضایی و حسین بقولی ..... ۱۰۳
- نقش جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی در استفاده از هرزه‌نگاری جنسی  
زهرا پیرنیا، زهرا نیک‌منش و ثنا نوری مقدم ..... ۱۲۱
- مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر  
محمد رضا تمنایی فر و زهرا شیرانی ..... ۱۳۱

## فهرست مطالب

- اثر بخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس  
نیلوفر جعفریان، علی رضائی و فاطمه ایزدی ..... ۱۴۳
- ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان: بررسی نقش تعدیل‌کنندگی کارکرد تأملی  
فاطمه عرب علی دوستی، محمود دهقانی، مریم روشن و سمیه رباط میلی ..... ۱۵۷
- مدل ساختاری رابطه رضایت جنسی و نگرانی درباره تصویر بدنی در زنان و مردان: واسطه‌گری عزت نفس و تعدیل‌کنندگی جنس در دانشجویان  
حسین مرادی، عباسعلی الهیاری و حجت‌اله فراهانی ..... ۱۶۹
- رابطه احساس تنهایی با بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری در دانشجویان: بررسی نقش میانجی استرس ادراک‌شده  
بصیر ترکاشوند، عبدالعزیز افلاک سیر و مهدی ایمانی ..... ۱۷۹
- رابطه علی و ویژگی‌های شخصیتی با تبعیت از درمان با میانجی‌گری حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران زن مبتلا به سرطان  
مریم مردانی، منیژه فیروزی و تینا وثوقی ..... ۱۹۳
- تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب آتش‌نشانان شهر اصفهان  
افسانه ابراهیمی و سیما جنتیان ..... ۲۰۷
- ارزیابی شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب  
مائده باقری و مریم ستوده اصل ..... ۲۱۷
- مقایسه سیستم‌های مغزی-رفتاری، سبک‌های تصمیم‌گیری و تنظیم‌شناختی هیجان در بزرگسالان با و بدون نشانگان نقص توجه- بیش‌فعالی  
آسیه وکیا، رضا سلطانی شال و عباس ابوالقاسمی ..... ۲۲۵
- بررسی مدل ساختاری پیش‌بینی اختلالات خواب از طریق نشخوار فکری با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در بیماران دیالیزی  
فرهاد قربانی، امین رفیعی پور، نیلوفر طهمورسی و رضا حسین پور ..... ۲۴۳
- پدیدارشناسی توصیفی از مصادیق عدم صداقت روان‌درمانی روان‌درمانگران  
حسین علی‌پور و مهدی اکبری ..... ۲۵۵

## فهرست مطالب

نقش تعدیل‌کننده خود خاموش‌سازی در رابطه دلبستگی و رضایت‌زناشویی در افراد متأهل

۲۷۹ ..... پریسا مقدس شریف، زهرا عبدخدایی و لیلی پناغی

مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فرا هیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی

۲۹۵ ..... فاطمه دافعیان و زهرا یوسفی

مصرف مواد روان‌گردان و رفتار جنسی

۳۱۳ ..... اسماعیل ناصری

### «ارزیابی بالینی و شخصیت»

بررسی اعتبار و پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان ایرانی

۳۲۷ ..... فاطمه شبانی، رسول روشن چسلی و سهیلا قمیان

تحلیل مدل رش از ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت روانی مثبت در دانشجویان

۳۴۱ ..... نورالله یوسفی و علیرضا پیرخانگی

اعتباریابی متقاطع نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت

۳۶۷ ..... رحیم یوسفی و آرمین حق نظری اسفهلان

روایی‌سنجی و اعتباریابی نسخه فارسی پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ - ۵۹ سال (BPM/18-59) در دانشجویان

۳۸۱ ..... میثم تجملیان، محمدرضا شعیری و حجت‌الله فراهانی

اعتباریابی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی

۴۰۳ ..... احمد بایندریان، علی خدائی و امید شکری

۴۱۸ - ۴۴۵ ..... چکیده انگلیسی

# اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها

نویسندگان

محسن جلالی<sup>۱\*</sup>، الناز پورا احمدی اسفستانی<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران.  
(نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران.  
pourahmadi.psycho@yahoo.com

چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها بود.

**روش:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق، کودکان مبتلا به اضطراب شهرستان گرگان و مادران آنها بودند که از بین آنها، ۳۶ کودک با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند. برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی در ۱۰ جلسه برای والدین گروه آزمایش انجام شد. به منظور بررسی تأثیر مداخله در ابتدا و انتهای درمان و مرحله پیگیری، مقیاس‌های اضطراب کودکان اسپنس و همراهی خانوادگی بر روی مادران تمام کودکان اجرا شد. در نهایت از تحلیل کوواریانس و فرمول درصد بهبودی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**نتایج:** نتایج کاهش معنادار در اضطراب کودکان و همراهی خانوادگی والدین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نشان داد ( $P < 0.05$ ). نتایج معناداری بالینی هم نشان داد، اضطراب کودکان و همراهی خانوادگی والدین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، به طور معناداری بهبود یافت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی در بهبود علائم کودکان مبتلا به اضطراب و همراهی خانوادگی والدینشان مؤثر است. نتیجه این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌تواند در حوزه‌های تشخیصی و درمانی اختلالات اضطرابی در کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۲/۰۲

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۶/۱۷



کلیدواژه‌ها

کودک، اختلالات اضطرابی، برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

jalali.psycho@yahoo.com

این مقاله برگرفته از طرح شماره ۱۴۲۵ مربوط به نویسنده اول است که با حمایت مالی دانشگاه گلستان انجام شده است.

## مقدمه

یک اختلال با شروع در دوران کودکی نیست و بر خلاف DSM-IV-TR که سن کمتر از هجده سال را برای تشخیص مهم می‌داند، در حال حاضر سن خاصی برای شروع اختلال تعیین نشده است؛ چرا که شمار قابل توجهی از بزرگسالان شروع اختلال را بعد از هجده سالگی گزارش می‌دهند. طول مدت اختلال نیز در بزرگسالی بر خلاف کودکی که حداقل باید چهار هفته طول بکشد، شش ماه و یا بیشتر گزارش شده است؛ در حالی که طول مدت اختلال در دوران کودکی نسبت به DSM-IV-TR تغییری نکرده است و همان چهار هفته است [۸].

بر مبنای پژوهش‌ها، سه چهارم کودکانی که از مدرسه گریزان هستند، مبتلا به اختلال اضطراب جدایی می‌باشند و چنانچه اقدام به موقع برای درمان صورت نگیرد، ممکن است این کودکان به طور ثانوی دچار اضطراب مفرط شوند [۱۰]. مطالعه کندال<sup>۳</sup>، کمپتون، والکاپ، بیرماهر، آلبانو و شری [۱۱] در زمینه پیشینه اختلال‌های اضطرابی کودکان نیز بیانگر آن است که اختلال اضطراب جدایی کودکان می‌تواند با دیگر اختلال‌های اضطرابی و روانپزشکی همچون فوبی اجتماعی، اضطراب تعمیم یافته، ترس از مکان‌های باز و هراس همپوشی داشته باشد. از سوی دیگر اختلال اضطراب جدایی، به طور چشمگیری در شکل‌گیری طبیعی مهارت‌های سازگاری تأثیر گذاشته [۱۲] و افراد مبتلا را در خطر ناپختگی اجتماعی و متعاقب آن درماندگی و اجتناب از روابط اجتماعی قرار می‌دهد [۱۳] این اختلال در نوجوانان به طور قابل ملاحظه‌ای با عملکرد تحصیلی ضعیف [۱۴] و مشکلات روان شناختی دیگر همچون سایر اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی، سوء مصرف مواد و تلاش برای خودکشی همراه بوده [۱۳] و تداوم آن در بزرگسالی می‌تواند به بدکارکردی اجتماعی<sup>۴</sup> [۱۳ و ۱۵] و اختلالاتی مانند اختلال اضطراب جدایی بزرگسالی، افسردگی، وحشت‌زدگی، واگرافوبیا منجر شود [۸]؛ بنابراین، تشخیص سریع و درمان مناسب و زود هنگام این گروه از کودکان کاملاً ضروری است [۱۶].

مدل‌های سبب‌شناسی موجود، چارچوب مناسبی برای سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی به طور کلی و اضطراب جدایی به طور خاص با برجسته کردن نقش و اهمیت

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات در دوران کودکی و نوجوانی است و شیوع آنها بین ۷ تا ۱۲ درصد برآورد شده است [۱ و ۲]. همبودی این اختلالات به‌ویژه در جمعیت کودکان و نوجوانان بالا است [۳] و تمایل زیادی به تداوم در دوران بزرگسالی دارند [۴]. تخمین زده می‌شود که ۷۵ درصد از اختلالات اضطرابی بزرگسالان در دوران کودکی با میانگین سنی ۸ تا ۱۲ سالگی شروع می‌شود [۵]. این اختلالات تأثیر منفی قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، خانوادگی، شخصی و روابط با همسالان در کودکان دارند و جزء ده علت اصلی مرگ و میر در نوجوانان به‌ویژه نوجوانان دختر هستند [۶ و ۷].

یکی از انواع اضطراب با شروع در دوران کودکی، اختلال اضطراب جدایی (SAD)<sup>۱</sup> است [۷]. خصیصه اصلی اختلال اضطراب جدایی بر اساس تعریف DSM-5<sup>۲</sup>، اضطراب غیرواقعی و مفرط در مورد جدایی یا پیش‌بینی جدایی از خانه یا کسانی است که شخص با آنها دلبستگی دارد. این اضطراب فراتر از حد مورد انتظار برای سطح رشدی فرد است. کودکان مبتلا به این اختلال با پیش‌بینی جدایی قریب‌الوقوع و یا درست در لحظه جدایی، گریه می‌کنند و علائم ناراحتی نشان می‌دهند. از دیگر علائم بالینی مبتلایان، نیاز افراطی به داشتن امنیت و دوری از خطر، امتناع از تنها خوابیدن، داشتن کابوس‌ها و خواب‌های آشفته، شکایات مکرر جسمی و خودداری از مدرسه رفتن است [۸]. آغاز اختلال ممکن است بسیار زود هنگام و در سنین پیش‌دبستانی باشد؛ ولی معمولاً در حدود سنین ۶ تا ۷ سالگی شروع می‌شود و در سنین ۷ تا ۹ سالگی به اوج می‌رسد [۹]. ویژگی‌های بنیادین این اختلال اگرچه در DSM-5 نسبت به DSM-IV-TR تغییری چندانی نکرده است، با وجود این، جمله‌بندی ملاک‌ها برای تناسب بیشتر با بروز علائم اختلال در بزرگسالی تغییر کرده است. برای مثال سمبل‌های دلبستگی کودکان، ممکن است افراد بزرگسال مبتلا به اختلال اضطراب جدایی را در بر گیرد و رفتارهای اجتنابی ممکن است در محیط کار نیز اتفاق بیافتد. همچنین در DSM-5 اختلال اضطراب جدایی، دیگر

1 . Separation Anxiety Disorder.

2 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision.

3 . Kendall, P.C.

4 . Social Dysfunction.

افزایش فعالیت‌های رفتاری ناسازگار، باعث کاهش میل والدین و متخصصان بالینی در استفاده از این داروها در کودکان مضطرب می‌شود [۲۸ و ۲۹]. روان‌درمانگران نیز از درمان‌های متفاوتی برای اضطراب جدایی کودکان استفاده کرده‌اند که برخی از آنها عبارتند از: درمان شناختی رفتاری، رفتار درمانی، درمان‌های مبتنی بر خانواده، بازی درمانی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی [۳۰]. از میان این درمان‌ها، درمان شناختی رفتاری و درمان‌های مبتنی بر خانواده حمایت تجربی مناسب را به‌دست آورده است [۱۱ و ۱۶] و به عنوان درمان‌های تأیید شده برای اختلالات اضطراب شناخته شده است و سایر درمان‌ها از پشتوانه تجربی مناسبی برخوردار نیستند و جز درمان‌های مبتنی بر شواهد محسوب نمی‌شوند و مطالعات تجربی کنترل شده بسیار کمی در مورد آنها وجود دارد [۳۰ و ۳۱]. با این وجود درمان شناختی رفتاری نیز، نیاز به یک سری توانایی‌های رشدی و شناختی دارد که کودکان به طور کامل دارا نیستند. در نتیجه به دلیل تأکید زیاد درمان شناختی - رفتاری بر تفکر انتزاعی و پردازش اطلاعات، مسیرهای بهینه درمان برای کودکان مضطرب نسبت به نوجوانان، به طور قابل ملاحظه‌ای کم و محدود است [۳۲]. پیگیری نتایج درمان شناختی - رفتاری نیز در کودکان حاکی از این است که بعد از درمان، بیش از ۵۰ درصد از کودکان هنوز علائم معنادار اضطراب را داشته و اغلب واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال هستند [۱۹ و ۲۷]. از طرف دیگر عوامل والدگری از جمله بیش مراقبتی والدین در کودکان مبتلا به اضطراب و تمایلات تضادورزانه این کودکان از دیگر موانع درمان‌های شناختی رفتاری کودک محور است که ممکن است درمان را با مشکل روبرو کند [۳۳].

باتوجه به محدودیت‌ها و یافته‌های ضعیف مرتبط با درمان‌های شناختی - رفتاری برای کودکان مضطرب (به‌بودی تنها ۵۷/۵ درصد از کودکان مضطرب تحت درمان در مقایسه با ۸/۳۴ درصد کودکان مضطرب گروه کنترل [۳۴] و نقش بارز عوامل خانوادگی و فرزند پروری در شروع و تداوم اضطراب و پیش‌بینی پیامدهای درمانی [۱۷، ۱۸ و ۲۰] درمانگران شناختی - رفتاری به فکر انطباق‌رشدی این درمان با کودکان مضطرب، از طریق مشارکت والدین در درمان اضطراب کودکان، افتادند و حمایت‌هایی تجربی مناسبی از نقش مؤثر والدین در درمان شناختی - رفتاری

متغیرهای خانوادگی و والدینی فراهم کرده است [۱۷ و ۱۸]. تحقیقات صورت گرفته نشان داده‌اند، عوامل خانوادگی نقش بارزی در شروع و تداوم اضطراب، بازی می‌کنند و پیش‌بینی‌کننده مهم پیامدهای درمانی محسوب می‌شوند [۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰].

یکی از عوامل منفی و تأثیرگذار بر اضطراب جدایی که در مقاوم شدن اختلال و تخریب عملکرد کودک و به تبع آن، پاسخ ضعیف درمانی مؤثر است، همراهی خانوادگی<sup>۱</sup> با علائم اضطرابی کودک است [۲۱، ۲۲ و ۲۳]. همراهی خانوادگی، از لحاظ کارکردی به رفتارهای بیش مراقبتی والدینی اشاره دارد و شامل درگیری مزاحمت<sup>۲</sup> گونه و شدید با کودک و محدود کردن رفتارهای مستقلانه<sup>۳</sup> کودک [۲۴] با هدف پیشگیری و کاهش پریشانی‌های کودکان مضطرب و ممانعت از روبرو شدن کودک با محرک‌های ترس‌آور و اجتنابی است [۲۱ و ۲۵].

همراهی والدینی می‌تواند رفتارهای اجتنابی کودک مضطرب را تسهیل، برنامه‌های روزمره خانوادگی را دگرگون و اطمینان‌طلبی مفرط را در کودک ایجاد کند و کودک را به قوانین و قواعد خشک خودش در مورد محرک‌های اضطرابی بچسباند [۲۱ و ۲۲] و باعث اتکاء مداوم کودک به والدین برای نظم‌بخشی و اجتناب از حالت‌های احساسی درونی‌شان شود [۱۹]. این حالت، اضطراب و استرس والدگری را افزایش داده و نقش‌های والدگری را با مشکل مواجه کند و باعث حفظ بیشتر اضطراب کودک می‌شود [۲۴ و ۲۶].

در درمان اختلالات اضطرابی کودکان، هم از دارو درمانی و هم از درمان‌های روان‌شناختی استفاده شده است [۲۷]. داروهای تجویزی برای اضطراب جدایی، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین<sup>۴</sup> هستند. علی‌رغم اینکه این داروها نسبت به دیگر داروها، امن‌تر بوده، بسیاری از مبتلایان، تأثیر SSRI ها را یک سیکل بی‌فایده معرفی می‌کنند که تنها دارای عوارضی از قبیل آشفتگی خواب، تهوع، اسهال و سردرد است [۲۸]. این عوارض، در کنار دیگر عوارض جانبی شدید بالاخص خطر خودکشی و

1 . Family Accommodation.

2 . Intrusive Involvement.

3 . Autonomy.

4 . Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI).

کودکانشان با محرک‌های اضطرابی تکیه دارد [۴۱]. مطالعات اولیه در باب این برنامه، کارآمدی آن را در درمان اختلالات اضطراب کودکان نشان داده است [۴۱، ۴۲ و ۴۳].

در نهایت با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلالات اضطرابی در کودکان و سیر و بروز پیشرفت مشکلات و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی کودکان، نیاز به درمان مؤثر که مشکلات این کودکان را کاهش دهد، احساس می‌شود. با توجه به اینکه مداخلات شناختی - رفتاری والد محور به طور کلی و برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی به طور خاص، پشتوانه تجربی مناسبی در درمان اختلالات اضطراب در خارج از کشور به دست آورده است [۴۱، ۴۲ و ۴۳]. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان ۷-۱۰ ساله مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها صورت پذیرفت و در پی پاسخ به این پرسش است که آیا برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان ۷-۱۰ ساله مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها مؤثر است؟

## روش

### الف: نوع پژوهش

پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود.

### ب: آزمودنی

جامعه پژوهش حاضر را کودکان ۷-۱۰ سال مبتلا به اضطراب جدایی شهرستان گرگان و مادران آنها تشکیل دادند. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه آماری برای مداخلات آزمایشی، ۱۵ نفر برای هر گروه اعلام شده است [۴۴ و ۴۵] و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه در گروه‌ها، از جامعه آماری پژوهش، ۳۴ کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی (شامل ۱۷ نفر گروه آزمایش و ۱۷ نفر گروه کنترل)، با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. با اختیار کردن سطح معناداری (آلفا) و میزان خطای نوع دوم (بتا) و همچنین تصمیم‌گیری درباره حجم اثر (d) نیز، حجم نمونه مورد نیاز برای آزمون فرض آماری در پژوهش‌های علوم رفتاری مشخص می‌شود. در این پژوهش با در نظر گرفتن آلفا=۰/۰۵ و حجم اثر متوسط

این کودکان، به دست آورده‌اند [۱۷، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰]؛ بنابراین متخصصان شناختی - رفتاری برای افزایش معناداری بالینی درمان شناختی - رفتاری کودکان مضطرب، والدین را به جلسه‌های درمان وارد کردند تا ضمن آموزش والدین به عنوان درمانگران غیرحرفه‌ای جهت اجرای روش‌های شناختی - رفتاری کاهش اضطراب، تعاملات منفی والد - کودک را نیز، مورد بررسی و آماج قرار دهند [۲۷].

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد، تعداد محدودی از برنامه‌های درمانی به طور خاص به تغییر و اصلاح رفتارهای فرزندپروری با توجه به نظریه شناختی - رفتاری پرداخته‌اند. در این میان می‌توان به برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی<sup>۱</sup> اشاره کرد. این برنامه بر اساس نظریه یادگیری - اجتماعی<sup>۲</sup> ساخته شده است و عناصر خود را از دو سطح درمانی می‌گیرد. نخستین سطح درمانی، درمان شناختی - رفتاری برای اضطراب و دومین سطح درمان، آموزش رفتاری والدین است. برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی، برنامه‌ای گروهی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری است که برای والدین کودکان ۶-۱۰ ساله مبتلا به اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر، ترس شدید، ترس از مکان‌های عمومی و شلوغ و فوبیا های خاص طراحی شده است و شامل ۱۰ جلسه هفتگی ۲ ساعته است. این برنامه دو هدف اصلی دارد؛ نخست، کمک به والدین در جهت ایجاد محیطی آرام و قابل پیش‌بینی، که در آن ضمن مدیریت مشکلات رفتاری در کودکان، رفتار شجاعانه و با اعتماد به نفس آنها تشویق می‌شود. دوم، ارائه راهبردهای مختلف به والدین (شامل مواجهه تدریجی، حل مسئله و آزمایش‌های رفتاری<sup>۳</sup>، تکنیک‌های بازی نقشی<sup>۴</sup>، جایزه دادن<sup>۵</sup>، وضع محدودیت<sup>۶</sup>، پیامد رفتاری<sup>۷</sup> و ...) برای مدیریت اضطراب کودک و اضطراب‌های شخصی‌شان. به طور خاص این برنامه بر استفاده از سلسله‌مراتب ترس برای کمک به والدین در طراحی آزمایش‌های رفتاری جهت مواجهه مطلوب

1. Timid to Tiger Program.
2. Social-Learning Theory.
3. Behavioral Experiments.
4. Role play.
5. Prize.
6. Limitations.
7. Behavioral Consequences.



بالاتر از نقطه برش (نمره ۴) را در زیر مقیاس اضطراب جدایی پرسش‌نامه علائم مرضی کودک - فرم والد [۴۶] کسب کرده و همچنین نمره یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین در زیر مقیاس اضطراب جدایی مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والد [۴۷] داشتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس والدین کودکان انتخابی با استفاده از برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی - فرم والد [۴۸] توسط پژوهشگر، مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. از میان ۵۳ کودک، ۲۵ کودک به دلیل داشتن اختلالات همبود شدید و نداشتن ملاک‌های شمول و استثنا و ۳ کودک نیز به دلیل نارضایتی والدین برای حضور در جلسات درمانی، از نمونه کنار گذاشته شدند. در نهایت ۲۵ کودک مبتلا به اضطراب جدایی از مدارس و ۹ کودک مبتلا به اضطراب جدایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی روانپزشکی و در مجموع ۳۴ کودک به همراه مادرانشان به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند.

### ج. ابزارهای پژوهش

۱. **ارزیابی جمعیت شناختی (دموگرافیک):** اطلاعات مربوط به سن، جنس و وضعیت اقتصادی - اجتماعی، در این بخش سنجیده شد.

۲. **مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والد [۴۷]:**

نسخه والدین مقیاس اضطراب اسپنس شامل ۳۸ پرسش ۴ گزینه‌ای از صفر (هرگز) تا ۳ (همیشه) است که شش اختلال اضطراب جدایی، فوبی اجتماعی، اختلال و سواسی - اجباری، اضطراب فراگیر، فوبی خاص و اختلال پانیک با گذر هراسی یا بدون آن را بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR در کودکان ۶-۱۸ سال می‌سنجد. در تهیه پرسش‌های مقیاس اضطراب اسپنس - فرم والدین به تطابق آن با مقیاس اضطراب کودک اسپنس با ایجاد تغییراتی، توجه شده است. برای مثال مواردی که به یک حالت درونی اشاره می‌کردند (من احساس ترس می‌کنم) به رفتار قابل مشاهده برای والدین تبدیل شد (فرزندم از احساس ترس شکایت می‌کند). مطالعات قبلی اعتبار همسانی درونی، آزمون - آزمون مجدد این مقیاس را تأیید کرده‌اند. روایی همگرا و واگرا از طریق همبستگی بالا به دیگر ابزارهای اضطراب کودک تأیید شده است. این مقیاس همچنین

مساوی ۰/۵ با انتخاب ۱۷ نفر برای هر گروه باتوجه به جدول کوهن می‌توان به توان آزمون برابر ۰/۸۴ دست یافت [۴۴]. ملاک‌های ورود دامنه سنی ۷-۱۰ سال، رضایت فرد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی، تشخیص اختلال اضطراب جدایی بر اساس نظر روانپزشک و نیز زیر مقیاس‌های اضطراب جدایی پرسش‌نامه‌های علائم مرضی کودک - فرم والد<sup>۱</sup> [۴۶] و مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والد<sup>۲</sup> [۴۷] و برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی - فرم والد<sup>۳</sup> [۴۸]، نبود آسیب مغزی، اختلال نورولوژیکی، شرایط پزشکی جدی و ملاک‌های خروج شامل تشخیص اختلالات خلقی یا سایر اختلالات روانپزشکی شدید بر مبنای برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی - فرم والد، هوش کمتر از نرمال، شرکت در مداخلات روان‌شناختی و دارو درمانی، شرکت نکردن در ۲ جلسه از مجموع ۱۰ جلسه و بی‌تمایلی به درمان بود. در فرایند انتخاب نمونه، ۹ نفر از بین کودکان مبتلا به اضطراب جدایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی روانپزشکی انتخاب شدند و ۲۵ نفر دیگر نیز از میان دانش‌آموزان مدارس شهرگران انتخاب شدند؛ به این صورت که ۴ مدرسه ابتدایی (۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه) به صورت تصادفی انتخاب شده و بعد از هماهنگی لازم با مسئولین این مدارس، دو نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی بعد از گذراندن جلسات توجیهی در مورد نحوه اجرا، به این مراکز مراجعه کرده و با مشاوران این مراکز در ارتباط با تحقیق حاضر و ویژگی دانش‌آموزان نمونه گفتگو کردند و از مشاورین مدارس مذکور درخواست کردند، دانش‌آموزانی مشکوک به اضطراب جدایی را معرفی کنند. بر این اساس، تعداد ۶۷ کودک مشکوک به اختلال از مدارس مذکور به پژوهشگر معرفی گردید. سپس پرسش‌نامه‌های علائم مرضی کودک - فرم والد [۴۶]، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والد [۴۷] به همراه توضیحاتی در باب هدف پژوهش، برای والدین دانش‌آموزان معرفی شده ارسال شد. بر اساس پرسش‌نامه‌های دریافت شده از سوی والدین و نمره‌گذاری آنها توسط همکاران پژوهشگر، با نظارت مستقیم پژوهشگر، ۵۳ کودکی که نمره

1. Child Symptoms Inventory (CSI-4).
2. Spence Child Anxiety Scale (SCAS-P).
3. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-PL).

تشخیصی کودکان همبستگی مثبتی نشان داد که نشانه‌ی  
روایی سازه آن هست. در پژوهش محمد اسماعیل و پوراحمد  
[۵۲]، جهت بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش  
اختلال‌های پرسش‌نامه علائم مرضی کودک، تعداد ۱۰۸۰  
دانش آموز ۶ تا ۱۴ ساله از مدارس ابتدایی و راهنمایی  
تهران پس از مصاحبه با والدین و بررسی اولیه انتخاب و  
برای بررسی روانپزشکی به مراکز مورد نظر ارجاع داده شدند  
و فرم والد و معلم پرسش‌نامه مذکور توسط والدین و معلمان  
آنان تکمیل شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های  
پرسش‌نامه نشان داد، فرم والد پرسش‌نامه علائم مرضی  
کودک از روایی مناسب و اعتبار نسبتاً مناسبی برای کودکان  
ایرانی برخوردار است. ضریب اعتبار فرم والد مقیاس با روش  
اجرای مجدد با فاصله زمانی دو هفته از ۰/۲۹ برای اختلال  
اضطراب اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال سلوک برآورد شد  
که برای همه اختلالات به استثنای اختلال اضطراب  
اجتماعی در سطح ۰/۵۰ و ۰/۱۰ معنادار بودند. اظهار نظرها  
و داورهای مثبت متخصصان در مورد همگونی و تناسب  
محتوای پرسش‌نامه با حیطه‌های مورد سنجش آن، روایی  
پرسش‌نامه را به عنوان یک ابزار شناسایی و غربال‌کننده  
اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان مورد تأیید قرار داد.  
علاوه بر این، نتایج حاصل از محاسبه حساسیت، ویژگی و  
نقطه برش اختلال‌های موجود در پرسش‌نامه علائم مرضی  
کودک نشان داد که فرم والد پرسش‌نامه در هر یک از  
اختلال‌های کاستی توجه بیش‌فعالی، نوع بی‌توجهی غالب،  
نوع بیش‌فعالی - غالب، نوع بیش‌فعالی، لجاجتی و نافرمانی،  
سلوک، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی،  
اتیسم، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی و اختلال‌های تک  
نشانه‌ای همچون هراس خاص، وسواس فکری و عملی و  
تیک حرکتی کلامی از نقاط برش مناسب با حساسیت و  
ویژگی بالا برای شناسایی و غربال نمودن کودکان واجد این  
اختلال‌ها از کودکان سالم برخوردار است.

## ۲. مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب<sup>۱</sup>

مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب [۲۲] یک مقیاس  
گزارش والدین است که همراهی خانوادگی را در طول ماه  
گذشته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس شامل ۹ آیتم

از روایی تفکیکی خوبی برخوردار است و کودکان مبتلا به  
اضطراب را از کودکان عادی تفکیک می‌کند [۴۹ و ۵۰].  
روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران بر روی ۳۱۵ والد  
و کودک ایرانی سنین ۶-۱۴ ساله مورد تأیید قرار گرفته  
است. تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی از مدل شش‌عاملی  
نسخه اصلی مقیاس حمایت کرد. نتایج همچنین نشان داد،  
مقیاس اضطراب کودکان اسپنس از همسانی درونی متوسط  
تا بالا (آلفا=0/۸۹-0/۶۵) و نیز اعتبار آزمون - آزمون مجدد  
متوسط تا بالا (ضرایب همبستگی با سایر مقیاس‌ها= 0/۶۷-  
۰/۳۹ با فاصله زمانی دو هفته) برخوردار بود. روایی همگرا و  
واگرا مقیاس اضطراب کودکان اسپنس نیز تأیید شد: این  
مقیاس با علائم درونی‌سازی فهرست رفتاری کودک و در  
سطحی پایین‌تر با علائم برونی‌سازی فهرست رفتاری کودک  
همبستگی معنادار داشت [۵۱].

## ۳. پرسش‌نامه علائم مرضی کودک - فرم والد [۴۶]

این پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان را بر اساس  
ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مورد  
ارزیابی قرار می‌دهد و دارای دو فرم والد و معلم است. برای  
شناسایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی زیر  
مقیاس اضطراب جدایی فرم والدین، که دارای ۱۰ پرسش  
است، استفاده شد چراکه این اختلال تنها از طریق گزارش  
والدین از وضعیت کودکانشان در فرم والد قابل شناسایی  
است. این پرسش‌نامه دارای دو شیوه نمره‌گذاری است.  
نخستین شیوه نمره برش غربال‌کننده است که در یک  
مقیاس ۴ درجه‌ای هرگز=۰، بعضی اوقات=۱، اغلب اوقات=۲  
و بیشتر اوقات نیز=۳ است و نقطه برش، از حاصل جمع  
تعداد پرسش‌هایی که به عنوان اغلب یا بیشتر پاسخ داده‌اند به  
دست می‌آید. دومین روش نمره‌گذاری بر حسب شدت  
نشانه‌های مرضی در یک مقیاس ۴ درجه‌ای هرگز=۰، بعضی  
اوقات=۱، اغلب اوقات=۲ و بیشتر اوقات نیز=۳ نمره‌گذاری  
می‌شود که از حاصل جمع نمرات هر پرسش نمره شدت  
به دست می‌آید. نقطه برش خرده مقیاس اضطراب جدایی  
این پرسش‌نامه ۴ هست که بر اساس روش نخست محاسبه  
شده است. روایی و اعتبار پرسش‌نامه در بررسی‌های متفاوت  
توسط پژوهشگران مورد محاسبه قرار گرفته است. بر اساس  
گزارش سوچ [۱۹] اعتبار پرسش‌نامه را با روش بازآزمایی و با  
فاصله زمانی ۶ هفته، ۰/۷۲ گزارش کرده است. همچنین  
پرسش‌نامه با فرم رفتاری کودک آشنیباخ و پرسش‌نامه

1. Family Accommodation Scale-anxiety (FAS-A).

عاملی مقیاس حمایت کرد. نتایج همچنین نشان داد، میزان ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۹ (برای زیر مقیاس مشارکت) تا ۰/۸۳ (برای زیر مقیاس تغییر در برنامه‌های روزمره) و برای نمره کل ۰/۸۶ برآورد شد. اعتبار آزمون - آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته نیز برابر با ۰/۸۸ برای نمره کل همراهی خانوادگی، ۰/۸۷ برای زیر مقیاس مشارکت و ۰/۸۱ برای زیر مقیاس تغییر در برنامه‌های روزمره گزارش شد. همچنین نتایج نشان داد، این پرسش‌نامه از روایی سازه مناسب برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد، بین نمره کل این مقیاس و زیر مقیاس‌های آن با نمره کل مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والدین و زیر مقیاس اضطراب چک لیست رفتاری کودک همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد که نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس است [۵۳].

### ۳. برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی - فرم والد [۴۸]

این مصاحبه براساس چهارمین راهنمای تشخیصی آماری بیماریهای روانی برای کودکان ۶-۱۸ ساله ساخته شده است. این مصاحبه شامل سه جزء است: مصاحبه مقدماتی (اطلاعات دموگرافیک، سلامتی و دیگر اطلاعات زمینه‌ای) مصاحبه غربالگری (شامل ۸۲ علامت مربوط به ۲۰ حوزه تشخیصی) و ۵ مکمل تشخیصی: ۱. اختلالات عاطفی (افسردگی اساسی، افسرده خویی، مانیا و هیپومانیا)؛ ۲. اختلالات سایکوتیک؛ ۳. اختلالات اضطرابی (اضطراب اجتماعی، آگرافوبیا، فوبی خاص، وسواسی - جبری، اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر، وحشت‌زدگی و استرس پس از سانحه)؛ ۴. اختلالات رفتار ایذایی (اختلال نافرمانی مقابله‌ای، سلوک و بیش‌فعالی کمبود توجه) و ۵. مصرف مواد، اختلالات تیک، اختلالات خوردن و اختلالات دفعی. پس از مصاحبه با والد و کودک، یک رتبه‌بندی خلاصه بر اساس تمام منابع اطلاعاتی در دسترس و قضاوت بالینی مصاحبه‌کننده، توسط پزشک انجام می‌شود. در مطالعه انجام شده توسط کافمن و همکاران [۴۸] عنوان گردید که KSADS-PL قادر به شناسایی روا و پایایی اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان است. شهریور و همکاران [۵۴]، نیز در ایران نشان دادند که این برنامه از اعتبار و روایی مناسب در کودکان و نوجوانان ایرانی برخوردار است.

است که فراوانی مشارکت اعضای خانواده درعلایم کودک (شامل ۵ آیتم) و تغییر در برنامه‌ها و کارهای روزمره خانوادگی (شامل ۴ آیتم) را در والدین مورد جستجو و پرسش قرار می‌دهد. آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (روزانه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره همراهی خانوادگی بر اساس مجموع نمرات در این ۹ آیتم محاسبه می‌شود. آیتم‌های مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب در مورد همه اختلالات اضطرابی کودکان استفاده می‌شود و فراوانی انواع مختلف همراهی را گزارش می‌کنند. این مقیاس در خارج از کشور اعتبار و روایی مناسبی برخوردار بوده است. بررسی‌های روان‌سنجی نشان می‌دهد که این مقیاس از همسانی درونی عالی ( $\alpha=0/90$ ) و روایی همگرا و واگرایی بسیار مناسب برخوردار است. نمره کلی این مقیاس با شدت علایم اضطرابی که به وسیله پرسش‌نامه غربالگری اختلالات هیجانی وابسته به اضطراب کودک<sup>۱</sup> مورد ارزیابی قرار گرفت، هم در نمونه کلینیکی و هم در نمونه غیرکلینیکی دارای رابطه مثبت معنادار بود که نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس است. همچنین بعد از کنترل رابطه معنادار بین علایم اضطراب و افسردگی که به وسیله پرسش‌نامه احساس و خلق<sup>۲</sup> مورد سنجش قرار گرفت، همبستگی پاره‌ای بین مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب و پرسش‌نامه احساس و خلق معنادار نبود، که این حاکی از روایی واگرایی مقیاس است. در مقابل همبستگی پاره‌ای بین این مقیاس و پرسش‌نامه غربالگری اختلالات هیجانی وابسته به اضطراب کودک، حتی بعد از کنترل نمرات پرسش‌نامه احساس و خلق، معنادار باقی ماند. نتایج تحلیل عامل اکتشافی مقیاس نیز با استفاده از تحلیل موازی نیز ساختار ۲ عاملی مقیاس را تأیید کرد، نشان داد، یک مدل ۲ عاملی ۶۲/۲ درصد از واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند و این یافته با استفاده از نمودار اسکوری تأیید شد [۲۲]. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران بر روی ۳۸۵ نفر از مادران کودکان عادی ۶-۱۲ ساله استان گلستان مورد تأیید قرار گرفته است. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران بر روی ۳۸۵ از مادران کودکان عادی مورد تأیید قرار گرفته است. تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی از مدل ۲

1. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED).
2. Mood and Feelings Questionnaire (MFQ).

## د. شیوه انجام پژوهش

جهت انجام پژوهش در ابتدا با ۲ مرکز روانپزشکی کودک و ۴ مدرسه ابتدایی شهر گرگان در زمینه نمونه پژوهش و معیارهای ورود و خروج هماهنگی‌های لازم انجام شد. سپس باتوجه به ملاک‌های ورود و خروج مطرح شده در پژوهش، ۳۴ نفر کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه، ضمن دعوت از والدین و ارائه توضیحات صادقانه در مورد هدف، مدت و روش انجام مطالعه و اطمینان بخشی در مورد محرمانه بودن اطلاعات و موافقت آگاهانه، به صورت رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش از آنها دریافت و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنها و کودکانشان کاملاً محرمانه نگهداری می‌شود و نتیجه طرح به صورت کلی بدون ذکر نام و مشخصات منتشر خواهد شد. در ضمن در مراحل پژوهش سعی شد هیچگونه آسیبی به شرکت‌کنندگان در پژوهش وارد نشود و شرکت‌کنندگان برای حضور در درمان تحت فشار و اجبار نباشند و امکان ترک جلسه و یا انصراف از ادامه همکاری در پژوهش برای آنها وجود داشته باشد. سپس پرسش‌نامه علائم مرضی کودک ( فرم والد)، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس - فرم والدین و مقیاس همراهی خانوادگی - اضطراب، توسط مادران کودکان مبتلا به اضطراب به عنوان پیش‌آزمون تکمیل شد. در ادامه، نمونه پژوهش به تصادف در دو گروه ۱۷ نفری آزمایش (آموزش برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی) و کنترل، جایگزین شدند. مادران گروه آزمایش در ۱۰ جلسه آموزشی دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی و با توالی هر هفته یک جلسه و به مدت دو ماه و نیم شرکت کردند. نحوه انجام کار چنین بود

که در ابتدا بعد از ایجاد ارتباط با مادران، در هر جلسه موضوعات اصلی با زبان ساده و قابل فهم و با استفاده از مثال‌های واقعی برای آنها بازگو شد و از آنها خواسته شد، در صورت احساس مشکل و یا داشتن پرسش آن را مطرح و ایفای نقش نمایند تا درمانگر به اتفاق دیگر اعضای جلسه در این مورد بحث و گفتگو نمایند. در پایان هر جلسه نیز خلاصه کلی مطالب جلسه به صورت تایپ شده به شرکت‌کنندگان ارائه گردید و همچنین تکالیف لازم مربوط به آن جلسه جهت تمرین در منزل به آنها داده شد. لازم به ذکر است که در ابتدای هر جلسه مطالب جلسات قبل مرور شده و سپس در مورد تکالیف منزل و مشکلات مربوط به آن، بحث شده و با رفع مشکلات و پرسش‌های احتمالی، به موضوع جدید پرداخته می‌شد. شیوه برگزاری جلسات به صورت بحث گروهی بود و درمانگر بطور مستقیم مطالب آموزشی را همراه با مثال‌های واقعی، بازگو می‌کرد و مادران نیز فعالانه در بحث‌ها شرکت می‌کردند [۴۱]. با مادران گروه کنترل در طول پژوهش، هیچگونه مداخله آموزشی - درمانی انجام نشد و اعضای آن فقط در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری شرکت کردند. در طول درمان ۲ نفر از مادران گروه آزمایش و ۱ نفر از مادران گروه کنترل از مطالعه خارج شدند. پس از اتمام جلسات، مادران دواگروه، مجدد پرسش‌نامه علائم مرضی کودک (فرم والد)، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس و مقیاس همراهی خانوادگی را تکمیل کردند. جهت رعایت اصول اخلاقی دو هفته بعد از اتمام پژوهش کودکان و والدین گروه کنترل نیز تحت آموزش برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی قرار گرفتند. خلاصه‌ای از طرح درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی برنامه آموزشی از کمرویی به جرئت‌مندی

| جلسه                                       | محتوای جلسات   |
|--|--|
| اول: معرفی برنامه و مفاهیم بنیادین اضطراب  | نقش توجه والدینی در رفتار کودک، علت‌های اختلالات اضطرابی کودک، مقدمه‌ای بر درمان شناختی رفتاری: افکار، احساسات، رفتار و هفت فکر اطمینان بخش، نکاتی در مورد رژیم غذایی، کافئین و عادات روزمره |
| دوم: ارتقای تعامل والد - کودک از طریق بازی | ایجاد رابطه والد - کودک و عزت‌نفس با استفاده از بازی کودک محور؛ والدین تشویق می‌شوند هر روز ۵-۱۰ دقیقه در این بازی شرکت کنند   |
| سوم: آموزش اضطراب و درک اضطراب کودکان      | پاسخ جنگ‌وگریز، اجتناب، افکار، احساسات و رفتار در اضطراب، مدل‌سازی اضطراب والدین   |

ادامه جدول ۱. محتوای جلسات درمانی برنامه آموزشی از کمرویی به جرئت‌مندی

| جلسه  | محتوای جلسات  |
|---|---|
| چهارم: سلسله‌مراتب تحسین و ترس  | تحسین کردن با هدف تشویق رفتارهای خوب و جرئت‌مندانه، نکاتی برای استفاده مؤثر تحسین و تمجید، استفاده از سلسله‌مراتب ترس برای مقابله با ترس کودکان |
| پنجم: استفاده از جایزه  | استفاده از جوایز و جدول‌های رفتاری برای تشویق رفتارهای خوب و جرئت‌مندانه  |
| ششم: اعمال محدودیت  | استفاده از دستورات واضح و آرام برای مدیریت مشکلات رفتاری  |
| هفتم: استفاده از تکنیک بی‌توجهی (نادیده‌گرفتن) برای مدیریت رفتار کودک | حذف توجه برای خاموش کردن رفتار ناخواسته خفیف و اطمینان‌جویی مضطربانه  |
| هشتم: مدیریت نگرانی کودک  | گوش‌دادن، حل مسئله، آزمایش رفتاری، حواس‌پرتی و تعیین زمان نگرانی برنامه‌ریزی شده  |
| نهم: مدیریت رفتارهای مشکل‌آفرین کودک                                  | آموزش و ایفای نقش پیامد رفتاری، کوابیت تایم و تایم اوت با کودک مضطرب  |
| دهم: جمع‌بندی   | پیشگیری از عود، کمک به مدرسه برای مدیریت رفتار کودک، برنامه‌ریزی برای جلسات پیگیری، گواهینامه‌ها و جشن پایانی                                   |

ه. شیوه تحلیل داده‌ها

در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش‌های از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در این تحلیل نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی یا هم‌تغییر برای کنترل اثرات آن بر روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری در نظر گرفته خواهد شد. لازم به ذکر است، در این پژوهش تمامی مفروضه‌های لازم قبل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بررسی شدند. به منظور بررسی معناداری بالینی تأثیر آموزش برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی، به محاسبه درصد بهبودی که از جمله روش‌های کاربردی در شرایط بالینی است، استفاده شد.

نتایج

در این قسمت (الف) به یافته‌های توصیفی پرداخته، سپس در قسمت (ب) نتایج استنباطی ارائه خواهد شد.

الف. در این پژوهش تعداد کل آزمودنی‌های پژوهش ۳۱ نفر است که از این تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل بودند. جدول ۱ در بر گیرنده میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل و جدول ۲ نشانگر میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب و همراهی خانوادگی با اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نتایج ارائه شده در جدول ۲، نشان می‌دهد که  $t$  مشاهده شده مربوط به مقایسه میانگین سن کودکان گروه آزمایش و گروه کنترل برابر (۰/۲۸) با درجه آزادی ۶ بوده که نشانگر نبود تفاوت معنادار سن کودکان دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد. همچنین مقدار  $t$  محاسبه شده مربوط به سن مادران دو گروه آزمایش و کنترل برابر (۰/۹۷) است و در مقایسه با مقادیر بحرانی، نشانگر تفاوت معنادار میانگین سنی دو گروه نیست.

جدول ۲. مقایسه سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل

| نمونه | گروه   | میانگین | انحراف استاندارد | F    | سطح معناداری | t     | درجه آزادی | سطح معناداری |
|-------|--------|---------|------------------|------|--------------|-------|------------|--------------|
| کودک  | آزمایش | ۸/۴۶    | ۰/۹۹             | ۰/۱۵ | ۰/۶۹         | -۰/۹۷ | ۲۹         | ۰/۳۳         |
|       | کنترل  | ۸/۸۱    | ۰/۹۸             |      |              |       |            |              |
| مادر  | آزمایش | ۳۰/۱۳   | ۱/۰۹             | ۰/۳۴ | ۰/۵۵         | ۰/۵۰  | ۲۹         | ۰/۶۱         |
|       | کنترل  | ۲۹/۷۵   | ۰/۹۸             |      |              |       |            |              |

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات اضطراب کودکان و همراهی خانوادگی والدین در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر                     | آزمون     | گروه   | میانگین | انحراف استاندارد | کمترین | بیشترین |
|---------------------------|-----------|--------|---------|------------------|--------|---------|
| اضطراب                    | پیش‌آزمون | آزمایش | ۱۵/۰۶   | ۱/۵۷             | ۱۳     | ۱۸      |
|                           |           | کنترل  | ۱۴/۷۵   | ۱/۲۳             | ۱۳     | ۱۸      |
|                           | پس‌آزمون  | آزمایش | ۶/۵۳    | ۱/۱۲             | ۵      | ۹       |
|                           |           | کنترل  | ۱۴/۹۳   | ۱/۰۶             | ۱۳     | ۱۷      |
|                           | پیگیری    | آزمایش | ۶/۸۰    | ۱/۲۴             | ۵      | ۱۰      |
|                           |           | کنترل  | ۱۴/۸۱   | ۰/۹۸             | ۱۳     | ۱۷      |
| همراهی خانوادگی با اضطراب | پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۹/۴۶   | ۲/۶۶             | ۲۷     | ۳۵      |
|                           |           | کنترل  | ۳۰/۳۱   | ۱/۵۳             | ۲۸     | ۳۳      |
|                           | پس‌آزمون  | آزمایش | ۱۰/۲۰   | ۱/۸۵             | ۸      | ۱۶      |
|                           |           | کنترل  | ۲۹/۸۷   | ۱/۴۰             | ۲۸     | ۳۳      |
|                           | پیگیری    | آزمایش | ۱۰/۸۶   | ۱/۸۸             | ۹      | ۱۶      |
|                           |           | کنترل  | ۲۹/۵۶   | ۱/۶۳             | ۲۷     | ۳۴      |

کودک با توجه به متغیر مستقل دوسطحی (گروه آزمایش و کنترل)، متغیر وابسته (نمرات اضطراب و همراهی خانوادگی) و همچنین متغیر هم‌پراش (نمرات پیش‌آزمون اضطراب و همراهی خانوادگی) از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. در این تحلیل پس از حذف اثرات پیش‌آزمون، نمرات اضطراب و همراهی خانوادگی در پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه مقایسه شد. علاوه بر این جهت معناداری بالینی از در صد بهبودی که از جمله روش‌های کاربردی در شرایط بالینی است استفاده شد. جداول ۴-۶ در بر گیرنده نتایج یاد شده است.

چنانچه در جدول ۳ نیز مشاهده می‌شود، میانگین نمره اضطراب در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. همچنین در مرحله پیگیری این کاهش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نمرات تقریباً ثابت مانده است. البته در ادامه معناداری تفاوت‌ها را در قسمت بعدی پی خواهیم گرفت.

ب. در این قسمت برای بررسی اثربخشی برنامه از کمروبی به جرئت‌مندی بر کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی کودکان و همراهی خانوادگی مادران با اضطراب

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری اثربخشی درمان از کمروبی به جرئت‌مندی در پس‌آزمون و پیگیری نمرات اضطراب و همراهی خانوادگی

| سطح معناداری | خطا df | فرضیه df | F      | ارزش  | اثر                |
|--------------|--------|----------|--------|-------|--------------------|
| ۰/۰۰         | ۲۶     | ۲        | ۶۵۷/۳۳ | ۰/۹۸  | اثر پیلایی         |
| ۰/۰۰         | ۲۶     | ۲        | ۶۵۷/۳۳ | ۰/۰۱  | لامبادای ویلکز     |
| ۰/۰۰         | ۲۶     | ۲        | ۶۵۷/۳۳ | ۵۰/۵۶ | اثر هتلینگ         |
| ۰/۰۰         | ۲۶     | ۲        | ۶۵۷/۳۳ | ۵۰/۵۶ | بزرگ‌ترین ریشه خطا |
| ۰/۰۰         | ۲۶     | ۲        | ۴۹۸/۲۸ | ۰/۹۷  | اثر پیلایی         |
| ۰/۰۰         | ۲۶     | ۲        | ۴۹۸/۲۸ | ۰/۰۲  | لامبادای ویلکز     |
| ۰/۰۰         | ۲۶     | ۲        | ۴۹۸/۲۸ | ۳۸/۳۳ | اثر هتلینگ         |
| ۰/۰۰         | ۲۶     | ۲        | ۴۹۸/۲۸ | ۳۸/۳۳ | بزرگ‌ترین ریشه خطا |

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی

| منبع | وابسته                   | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | معناداری | مجذور ای‌تا |
|------|--------------------------|---------------|------------|-----------------|---------|----------|-------------|
| گروه | پس‌آزمون اضطراب          | ۵۱۸/۰۴        | ۱          | ۵۱۸/۰۴          | ۴۹۰/۴۸  | ۰/۰۰     | ۰/۹۴        |
|      | پیگیری اضطراب            | ۴۹۴/۶۸        | ۱          | ۴۹۴/۶۸          | ۴۸۳/۰۲  | ۰/۰۰     | ۰/۹۴        |
| خطا  | پس‌آزمون اضطراب          | ۲۸/۵۱         | ۲۷         | ۱/۰۵            |         |          |             |
|      | پیگیری اضطراب            | ۲۷/۶۵         | ۲۷         | ۱/۰۲            |         |          |             |
| کل   | پس‌آزمون اضطراب          | ۴۲۴۵/۰۱       | ۳۱         |                 |         |          |             |
|      | پیگیری اضطراب            | ۴۲۰۵/۰۱       | ۳۱         |                 |         |          |             |
| گروه | پس‌آزمون همراهی خانوادگی | ۲۸۷۲/۲۷       | ۱          | ۲۸۷۲/۲۷         | ۱۰۱۵/۳۰ | ۰/۰۰     | ۰/۹۷        |
|      | پیگیری همراهی خانوادگی   | ۲۵۶۲/۲۲       | ۱          | ۲۵۶۲/۲۲         | ۸۲۲/۳۶  | ۰/۰۰     | ۰/۹۶        |
| خطا  | پس‌آزمون همراهی خانوادگی | ۷۶/۳۷         | ۲۷         | ۲/۸۲            |         |          |             |
|      | پیگیری همراهی خانوادگی   | ۸۴/۱۲         | ۲۷         | ۳/۱۱            |         |          |             |
| کل   | پس‌آزمون همراهی خانوادگی | ۱۵۹۱۹/۰۱      | ۳۱         |                 |         |          |             |
|      | پیگیری همراهی خانوادگی   | ۱۵۸۴۴/۰۱      | ۳۱         |                 |         |          |             |

جدایی شده است و این تأثیر باتوجه‌به نتایج دوره پیگیری با ثبات بوده است

همچنین مقایسه گروهی نتایج و درصد بهبودی دو گروه در اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی با اضطراب در جدول ۶ آمده است. گروه آزمایش پس از دریافت مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون (۵۷ درصد) و پیگیری (۵۵ درصد) اضطراب جدایی و پس‌آزمون (۶۵ درصد) و پیگیری (۶۳ درصد) همراهی خانوادگی با اضطراب، درصد بهبودی معنادار نشان داده است؛ چراکه هر دو درصد از میزان معنی‌داری درصد بهبودی، یعنی ۵۰ درصد بالاتر هستند [۵۵]. در حالی که گروه کنترل از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری بهبودی معنادار نشان نداد و درصد بهبودی آن در اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی با اضطراب بسیار پایین و در حد صفر است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ اضطراب جدایی در مرحله پس‌آزمون ( $P=۰/۰۰۰۱, F=۴۹۰/۴۸$ ) و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $P=۰/۰۰۰۱, F=۴۸۳/۰۲$ ). به عبارت دیگر بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت؛ برنامه آموزشی از کمرویی به جرئت‌مندی باعث کاهش اضطراب جدایی در کودکان شده است و این تأثیر باتوجه‌به نتایج دوره پیگیری با ثبات بوده است. همچنین بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ همراهی خانوادگی با اضطراب در مرحله پس‌آزمون ( $P=۰/۰۰۰۱, F=۱۰۱۵/۳۰$ ) و پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود دارد ( $P=۰/۰۰۰۱, F=۸۲۲/۳۶$ )؛ بنابراین برنامه آموزشی از کمرویی به جرئت‌مندی باعث کاهش همراهی خانوادگی با اضطراب در مادران کودکان مبتلا به اضطراب

جدول ۶. درصد بهبودی گروه‌ها در اضطراب و همراهی خانوادگی با اضطراب

| متغیر           | گروه   | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | درصد بهبودی در پس‌آزمون | درصد بهبودی در پیگیری |
|-----------------|--------|-----------|----------|--------|-------------------------|-----------------------|
| اضطراب جدایی    | آزمایش | ۱۵/۰۶     | ۶/۵۳     | ۶/۸۰   | ۰/۵۷                    | ۰/۵۵                  |
|                 | کنترل  | ۱۴/۷۵     | ۱۴/۹۳    | ۱۴/۸۱  | -۰/۰۱                   | -۰/۰۰۴                |
| همراهی خانوادگی | آزمایش | ۲۹/۴۶     | ۱۰/۲۰    | ۱۰/۸۶  | ۰/۶۵                    | ۰/۶۳                  |
|                 | کنترل  | ۳۰/۳۱     | ۲۹/۸۷    | ۲۹/۵۶  | ۰/۰۱                    | ۰/۱۵                  |

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها انجام شد. یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان داد، برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر علائم بالینی کودکان مبتلا به اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها اثربخش بوده و توانسته است اضطراب کودکان مبتلا به اضطراب جدایی و همراهی خانوادگی والدین آنها را به طور معنادار کاهش دهد. این نتایج با یافته‌های به دست آمده از کارت - رایت هاتون و همکاران [۴۱]؛ کارت - رایت هاتون [۴۲] و مری [۴۳] همخوان است که این همخوانی با دیگر یافته‌ها در شرایط فرهنگی متفاوت می‌تواند به این علت است که اختلال اضطراب جدایی به طور کلی پدیده‌ای فرافرهنگی است، هر چند ممکن است در محتوای مسائل بوجود آمده، شرایط فرهنگی نیز دخالت داشته باشد. از سوی دیگر، اصولی که برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بر آن بنا شده، تئوری‌هایی است که نقش آنها در تبیین بخشی از رفتارهای آدمی غیر قابل انکار است. بدین خاطر نتایج این تحقیق شباهت قابل توجهی با دیگر تحقیقات به دست آورده است.

اثربخشی برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی در کاهش اضطراب جدایی کودکان و همراهی خانوادگی والدین آنها را می‌توان به دلایل منطقی زیر نسبت داد: در بحث سبب‌شناسی اختلال اضطرابی اشاره شد که محیط خانوادگی نقش بنیادین در سبب‌شناسی این اختلال در کودکان دارد؛ زیرا از یک سو خود به عنوان یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی در کودک محسوب می‌شود و ارتباط مستقیم با بروز رفتارهای اضطرابی در کودکان دارد و از سوی دیگر این عامل گهگاه سایر عوامل سبب‌شناسی را تعدیل می‌کند. والدین کودکان مضطرب با استفاده از شیوه‌های فرزندپروری کنترل‌کننده، مداخله‌کننده، بیش‌مراقبتی و درگیرانه، به کودکان خود اجازه کمی برای استقلال و خود پیروی می‌دهند و تکالیفی را که کودکانشان می‌توانند به طور مستقل و قابل قبول انجام دهند، شخصاً بر عهده می‌گیرند و به احتمال بیشتری از طریق همراهی بیش از حد با علائم اضطرابی کودکانشان، رفتارهای اجتنابی آنها را در هنگام فعالیت‌های حل مسئله و

مواجهه مورد تأیید قرار می‌دهند [۳۰ و ۵۶]. چنین استراتژی‌های فرزندپروری، توانایی کودک را در مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور و حل موفقیت‌آمیز این موقعیت‌ها، محدود می‌کند و فرصت کارآمد شدن و مهارت پیدا کردن را از کودک می‌گیرد [۲۵] و باعث اتکا مداوم کودک به والدین برای نظم‌بخشی و اجتناب از حالت‌های احساسی درونی‌شان می‌شود [۱۹]. شیوه‌های تربیتی خشن و ناهماهنگ و سطوح کم تقویت مثبت نیز ممکن است موقعیتی فراهم کند که کودکان با پیش‌زمینه مزاجی اضطراب، به اختلالات اضطرابی مبتلا شوند [۴۲]. مؤلفه‌هایی که در برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی بسیار مورد توجه است و این برنامه با آموزش مهارت‌های مناسب فرزندپروری و کاهش فرزندپروری ناکارآمد، توانسته است نقش بارزی در کاهش همراهی خانوادگی مادران و به دنبال آن کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به اضطراب جدایی بازی کند؛ لذا جای تعجب نیست که آموزش برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی، سازگار با منطق نظری خود، از طریق آموزش تعاملات مثبت والد - کودک و روش‌های مؤثر فرزندپروری به مادران و نیز آموزش روش‌های مناسب مدیریت اضطراب کودک به آنها، نقش مهمی در کاهش همراهی خانوادگی به عنوان یکی از شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد و به دنبال آن کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اضطراب جدایی داشته است. از طرف دیگر بسیاری از مادرانی که در گروه آموزشی شرکت می‌کنند، خود را به خاطر مشکلات کودکانشان مقصر می‌دانند و یا بر عکس، اعتقاد دارند که فرزندانشان به صورت ارادی، راهی را برای اذیت و آزار آنها انتخاب کرده‌اند [۲۷ و ۵۷]. از آنجایی که رفتارهای تضادورزانه کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی فراوان رخ می‌دهند، اغلب والدین، نگاهی توأم با بدبینی به کودکان خود دارند و آنها را طرد می‌کنند و یا این رفتارها را با تقویت‌های تصادفی افزایش می‌دهند [۵۸]. حضور مادران در بین افرادی که همگی مشکلات مشابه هم را تجربه می‌کردند و توضیح در مورد ماهیت و علت اضطراب جدایی در طول مداخله، به والدین کمک می‌کند، شناخت‌های نادرست خود را تغییر دهند و با کاهش احساس گناه ناشی از مقصر دانستن خود و احساس خشم ناشی از مقصر دانستن کودکان، علاوه بر ایجاد احساسات مثبت در خود و تعامل بهتر با کودکان، باعث کاهش اضطراب در کودکان شوند.



## سیاسگزاری

شایسته است از همکاری صادقانه جناب آقای دکتر مقصودلو، دکتر مبشری و مدیران مدارس هدف و پیشگامان و نیز شرکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر نماییم.

## منابع

- 1- Canals J, Voltas N, Hernández-Martínez C, Cosi S, Arija V. Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28: 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- 2- Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, et al. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *J Pediatr*. 2019; 206: 256–267. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>. Epub 2018 Oct 12
- 3- Curry JF, March JS. “Comorbidity of childhood and adolescent anxiety disorders,” in *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician’s Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*, eds T. H. Ollendick and J. S. March (Oxford: Oxford University Press). 2004: 116–140. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195135947.003.0005>
- 4- Beidel DC, Turner SM. *Shy Children, Phobic Adults: Nature and Treatment of Social Anxiety Disorder*, 2nd Edn. Washington, DC: *American Psychological Association*, 2007. <https://doi.org/10.1037/11533-000>
- 5- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- 6- World Health Organization. Health for the World’S Adolescents: A Second Chance in the Second Decade. Retrieved from: [https://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/1612\\_MNCAH\\_HWA\\_Executive\\_Summary](https://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary). 2014. <https://iris.who.int/handle/10665/112750>
- 7- In-Albon T, Meyer AH, Schneider S. Separation Anxiety Avoidance Inventory-Child and Parent Version: Psychometric Properties and Clinical Utility in a Clinical and School Sample. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2013; 44: 689–697. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0364-z>

همچنین تحقیقات رشدی ثابت کرده‌اند که کفایت<sup>۱</sup> و عزت‌نفس والدگری<sup>۲</sup> به عنوان جنبه‌های مهمی از شناخت‌های والدینی، نقش مهمی را در رشد و حفظ اضطراب در کودکان بازی می‌کند [۵۹]. طی برنامه، به دلیل افزایش آگاهی والدین نسبت به نقش‌های والدگری و ایجاد باور مثبت ناشی از مدیریت مؤثر اضطراب در کودکان، خودکارآمدی ادراک شده و رضایت از نقش‌های فرزندپروری در والدین، افزایش می‌یابد؛ چراکه والدین کاهش اضطراب در کودک را حاصل تلاش‌های خود و تغییرات رفتاری خود می‌بینند و به این باور دست می‌یابند که می‌توانند به کودک خود کمک کنند و در برابر واکنش‌های منفی اضطرابی کودک به صورت کارآمد، مقاومت کنند [۲۲ و ۶۰]؛ بنابراین به نظر می‌رسد برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی از طریق افزایش کفایت والدگری در مادران در کاهش همراهی خانوادگی بیش از حد آنها و بدنبال آن کاهش اضطراب جدایی در کودکان نقش مؤثری داشته است.

والدین کودکان مضطرب نیز اغلب مضطرب هستند و از موقعیت‌های اضطراب‌زا در حضور فرزندان خود اجتناب می‌کنند که خود این الگوی رفتاری نقش مهمی در تداوم اضطراب در کودکان دارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد، برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی با ایجاد آرامش و کاهش اضطراب در مادران از طریق تکنیک‌های مدیریت و کنترل اضطراب، به والدین کمک کرده است تا یاد بگیرند که چگونه خود را در موقعیت‌های اضطراب‌آور کنترل کنند و از بروز احساساتی مانند ترس و اضطراب در حضور کودک جلوگیری کنند [۴۲] که این موضوع می‌تواند باعث کاهش اضطراب در کودکان شود.

این مطالعه محدود به آموزش کودکان و مادران آنها بوده است و از تأثیر حضور پدران و آموزش آنها، در شرایط فرهنگی خود، مطلع نیستیم. همچنین بدون بررسی دیگر زیرگروه‌های اضطراب به دلیل کمبود آزمودنی از دیگر محدودیت‌های این تحقیق بوده که باتوجه به اینکه پژوهش حاضر در ایران، مطالعه‌ای مقدماتی بوده، بدون تردید پژوهش‌های آتی با حذف این محدودیت‌ها و در طرح‌های تجربی متفاوت، می‌تواند گستره‌های تازه‌ای را در مورد تأثیر برنامه از کمرویی به جرئت‌مندی در مقابل ما بگشاید.

1 . Competenc.

2 . Parenting Self-Esteem.

- 17-Cobham VE, Dadds MR, Spence SH, McDermott B. Parental anxiety in the treatment of childhood anxiety: A different story three years later. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010; 39: 410-420. <https://doi.org/10.1080/15374411003691719>
- 18-Micco JA, Henin A, Mick E, Kim S, Hopkins CA, Biederman J. Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: a metaanalysis. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(8): 1158-1164. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.021>
- 19-Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009; 38. <https://doi.org/10.1080/15374410902851721>
- 20-Cooper-Vince CE, Pincus DB, Comer JS. Maternal intrusiveness, family financial means, and anxiety across childhood in a large multiphase sample of community youth. *J Abnorm Child Psychol*. 2014; 42(3): 429-438. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9790-4>
- 21-Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*. 2013; 12(2): 229-238. <https://doi.org/10.1586/ern.11.200>
- 22-Lebowitz ER, Woolston J, Bar-Haim Y, Calvocoressi L, Dauser C, Warnick E, et al. Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2013; 30: 47-54. <https://doi.org/10.1002/da.21998>
- 23-Caporino N, Morgan J, Beckstead J, Phares V, Murphy T, Storch EA. A structural equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2012; 40(1): 133-143. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9549-8>
- 24-McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(2): 155-172. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>
- 25-Flessner CA, Sapyta J, Garcia A, Freeman JB, Franklin ME, Foa E, et al. Examining the psychometric properties of the Family Accommodation Scale-Parent-Report (FAS-PR). *J Psychopathol Behav Assess*. 2011; 33(1): 38-46. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9196-3>
- 26-Ginsburg GS, Siqueland L, Masia-Warner C, Hedtke KA. Anxiety disorders in children: family matters. *Cogn Behav Pract*. 2004; 11(1): 28-43. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(04\)80005-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80005-1)
- 8- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author; 2013. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 9- Espada JP, Mendez X, Orgiles M. Psychometric properties and ability of the separation anxiety scale for children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17: 365-372. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0678-8>. Epub 2008 Apr 21.
- 10-Biederman J, Petty C, Faraone S, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Rauf A, et al. Childhood antecedents to panic disorder in referred and non referred adults. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005; 15: 549-562. <https://doi.org/10.1089/cap.2005.15.549>
- 11-Kendall PC, Compton SN, Walkup JT, Birmaher B, Albano AM, Sherill A. Clinical Characteristics of anxiety disorders youth. *J Anxiety Disord*. 2010; 24: 360-365. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.009>. Epub 2010 Feb 6
- 12-Ceyhan A, Ceyhan E. Relationship between early separation anxiety and depressive symptoms: The mediating role of locus of control and problem-solving skills. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009; 7(1): 3-17. <https://www.gcu.edu.pk/pages/gcupress/pjscp/volumes/pjscp2009-1.pdf>
- 13-Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren, C, Adornetto C, In-Albon T, Lavallee K. Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: A randomized waiting-list-controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2011; 80(4): 206-215. <https://doi.org/10.1159/000323444>
- 14-Breinholz S, Esbjorn BH, Reinholdt-Dunne ML, Stallard P. CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *J Anxiety Disord*. 2012; 26: 416-424. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.014>
- 15-Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Small JW, Seeley JR, Joiner TE. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(5): 549-556. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816765e7>
- 16-Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008; 37: 105-130. <https://doi.org/10.1080/15374410701817907>

- 35-Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48: 602–609. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819f6fa9>
- 36-Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, Biederman J. Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78: 498–510. <https://doi.org/10.1037/a0019055>
- 37-Eisen AR, Raleigh H, Neuhoff CC. Parent-Child Interaction Therapy for Treatment of Separation Anxiety Disorder in Young Children: A Pilot the Unique Impact of Parent Training for Separation Anxiety Disorder in Children. *Behav Ther*. 2008; 39: 195–206. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.07.004>
- 38-Lau EX, Rapee RM, Coplan RJ. Combining child social skills training with a parent early intervention program for inhibited preschool children. *J Anxiety Disord*. 2017; 51: 32–8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.007>
- 39-Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Kehoe CE. Dads “Tuning in to Kids”: a randomized controlled trial of an emotion socialization parenting program for fathers. *Soc Dev*. 2019; 28: 979–97. <https://doi.org/10.1111/sode.12375>
- 40-Thienemann, M., Moore, P., & Tompkins, K. A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 37–46. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000186404.90217.02>
- 41-Cartwright-Hatton, S. *From timid to tiger*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2010. [https://books.google.com/books/about/From\\_Timid\\_To\\_Tiger.html?id=eP8deUQbsU0C](https://books.google.com/books/about/From_Timid_To_Tiger.html?id=eP8deUQbsU0C)
- 42-Cartwright-Hatton S, McNally D, Field AP, Rust S, Laskey B, Dixon C, Woodham A. A new parenting-based group intervention for young anxious children: Results of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50: 242–251. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.015>
- 43-Merry SN. 'Timid to Tiger' group parenting training reduces anxiety diagnoses in 3-9-year-olds. *Evid Based Ment Health*. 2011; 14, 74. <https://doi.org/10.1136/ebmh.14.3.74>
- 27-Lebowitz ER, Omer H, Hermes H, Scahill L. Parent Training for Childhood Anxiety Disorders: The SPACE Program. *Cogn Behav Pract*. 2014; 21: 456–469. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.004>
- 28-Peters TE, Connolly S. Psychopharmacologic Treatment for Pediatric Anxiety Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012; 21: 789–806. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.07.007>
- 29- Kodish I, Rockhill C, Varley C. *Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents Dialogues Clin Neurosci*. 2012; 13(4): 439–452. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/ikodish>
- 30-Eisen AR, & Toffey KL. Separation anxiety disorder. In B. O. Olatunji (Ed.), *The Cambridge handbook of anxiety and related disorders*. Cambridge University Press; 2019. 550-575. <https://doi.org/10.1017/9781108140416.020>
- 31-Eisen AR, Sussman JM, Schmidt T, Mason L, Hausler LA, Hashim R. Separation anxiety disorder. In McKay, D. & Storch, E. A. (ed.), *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders, Part 4*. New York: NY: Springer Science + Business Media; 2011. 245-259. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7784-7\\_17](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7784-7_17)
- 32-Comer JS, Puliafico AC, Aschenbrand SG, McKnight K, Robin JA, Goldfine ME, Albano A. M. A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *J Anxiety Disord*. 2012; 26(1): 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.011>. Epub 2011 Aug 25.
- 33-Möller EL, Nikolić M, Majdandžić M, Bögels SM. Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016; 45: 17–33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.002>
- 34-Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitasbesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Clin Psychol*. 2004; 43, 4: 1–436. <https://doi.org/10.1348/0144665042388928>

- ۵۳-زمانی م، جلالی م، پوراحمدی ا. نقش همراهی خانوادگی با علایم کودک، شیوه‌های فرزندپروری و استرس والدگری در پیش‌بینی شدت اختلالات اضطرابی در کودکان ۶ تا ۱۰ ساله در استان گلستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۳۹۸؛ ۲۱(۲): ۸۸-۹۸.  
<http://goums.ac.ir/journal/article-1-3268-fa.html>
- 54-Shahrivar, Z, Kousha, M, Moallemi, S, Tehrani-Doost, M, Alaghand-Rad, J. The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Lifetime Version - Persian Version. *child and Adolescent Mental Health*. 2010; 15: 97-102.  
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00518.x>
- 55-Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical Significance: History, Application, and Current Practice. *Clin Psychol Rev*. 2010; 21(3): 421-446.  
[https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00058-6](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00058-6)
- 56-Pincus DB, Chase R, Chow CW, Weiner CL, Cooper-Vince C, Eyberg SM. Efficacy of modified Parent-Child Interaction Therapy for young children with separation anxiety disorder. Paper presented at the the 44th annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco: CA; 2010.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-014-0172-4>
- 57-Sanders M, Calam R, Durand M, Liversidge T, Carmont SA. Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P—Positive Parenting Programme? *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 49: 924-932.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1469-7610.2008.01901.x>
- 58-Rapee RM. Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2012; 15(1): 69-80.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-011-0106-3>
- 59-Wheatcroft R, Creswell C. Parental cognitions and expectations of their preschool children: the contribution of parental anxiety and child anxiety. *Br J Dev Psychol*. 2007; 25(3): 435-441. <https://doi.org/10.1348/026151006x173288>
- 60-Herren C, In-Alban T, Schneider S. Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012; 44(1): 53-60.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.005>
- ۴۴-بازرگان ع، سرمد ز، حجازی ا. روش تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگاه؛ ۱۴۰۲.
- ۴۵-دلور ع. روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم رفتاری (ویراست پنجم). تهران: انتشارات ویرایش؛ ۱۴۰۱.
- 46-Gadow KD, Sprafkin J. Child symptom inventories manual. Stony brook, Ny: Checkmate Plus, 1994.  
<https://search.worldcat.org/title/Child-symptom-inventory-4--screening-and-norms-manual/oclc/175006479>
- 47-Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther*. 1998; 36: 545-566.  
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00034-5)
- 48-Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao UMA, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1997; 36: 980-988.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- 49-Whiteside SP, Brown AM. Exploring the Utility of the Spence Children's Anxiety Scales Parent- and Child-Report Forms in a North American Sample. *J Anxiety Disord*. 2008; 22: 1440-1446.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.006>
- 50-Nauta MH, Scholing A, Rapee RM, Abbott M, Spence SH, Waters A. A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behav Res Ther*. 2004; 42: 813-839.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00200-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00200-6)
- 51-Jalali Mohsen, Mahmoodi H, Pourahmadi Esfestani E. Spence children's anxiety scale through parent report: Psychometric properties in a community sample of Iranian children. *Journal of Research in Psychopathology*. 2020; 1(2): 48-40. <https://doi.org/10.22098/jrp.2020.1087>  
[In Persian]
- ۵۲-محمداسماعیل ا، پور احمد ع. بررسی اعتبار روایی و نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان ۴-CSI بر روی دانش‌آموزان شش تا ۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۳۸۳؛ ۲(۳): ۲۳۹-۲۵۴.  
20120327152725-4003-24.pdf

# شناسایی عوامل تقویت‌کننده و ارتقاء دهنده رضایت‌مندی زناشویی در ازدواج سالم و پایدار: مطالعه کیفی مبتنی بر نظریه داده بنیاد

نویسندگان

طلعت آهنگر<sup>۱</sup>، احمد برجلی<sup>۲\*</sup>، مهدی دوایی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ahangar.ta1544@gmail.com

۲. استادگروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

davaee@yahoo.com

چکیده

**مقدمه:** رضایت زناشویی، نشانگر استحکام و کارایی نظام خانواده است. سلامت خانواده به وجود ارتباط سالم و بلند و ابسته است؛ بنابراین رضایت‌مندی زناشویی نقش بنیادین در شکل‌گیری ازدواج سالم و پایدار دارد. براین اساس پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل مؤثر در رضایت‌مندی زناشویی انجام گردید.

**روش:** پژوهش حاضر، از نوع کیفی و روش داده بنیاد بوده است. جمعیت مورد مطالعه، متخصصان مشاوره پیش از ازدواج بودند که سال ۱۴۰۰ در تهران فعالیت حرفه‌ای داشته و حداقل پنج سال سابقه مشاوره داشتند، از بین آنها ۲۰ نفر در پژوهش حاضر شرکت داشتند. مشارکت کنندگان براساس نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. ابزار اصلی مطالعه کنونی پرسش‌های نیمه‌ساختاریافته بوده است. تحلیل مصاحبه‌ها به روش مقوله‌بندی (کدگذاری) انجام شد.

**نتایج:** تحلیل داده‌ها به شناسایی ۲۵ کد باز و ۶ کد محوری و کد انتخابی «رضایت‌مندی زناشویی و ازدواج سالم و پایدار» منتهی شد. تحلیل یافته‌ها نشان داد، عوامل مختلفی در رضایت‌مندی زناشویی نقش دارند. ویژگی‌های شخصیتی از عوامل تقویت‌کننده و ارضای نیازهای اساسی و تقویت مهارت‌های ارتباطی از عوامل ارتقاء دهنده می‌باشند. نتیجه به دست آمده از پژوهش، ویژگی‌های شخصیتی (ثبات هیجانی، بالا بودن اعتماد بنفس، مسئولیت‌پذیری، انعطاف‌پذیری و وجدان اخلاقی)، ارضای نیازهای اساسی (نیاز به محبت و احترام، پیشرفت، دیده‌شدن، رابطه جنسی عمیق، نوازش و لمس) و تقویت مهارت‌های ارتباطی (مهارت گفتگو، حل تعارض، روابط بین‌فردی، همدلی و مدیریت استرس) در رضایت‌مندی زناشویی نقش مؤثری دارند. پیامدهای حاصل از پژوهش در سه سطح فردی (سلامت روانی)، زوجی (سازگاری، ثبات رابطه، کاهش فشارهای روانی) و اجتماعی (پیشگیری از طلاق عاطفی و رسمی) مشاهده گردیده است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتیجه حاصل از شناسایی عوامل تقویت‌کننده و ارتقاءدهنده در رضایت زناشویی، نوعی کمک به مشاوران و روان‌شناسان جهت هدایت متقاضیان مشاوره ازدواج، برای شکل‌گیری ازدواج پایدار، کاهش آسیب‌ها با توجه به نظر خبرگان در فضای بومی ایران می‌باشد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۰۹/۰۳

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۳/۳۰



کلیدواژه‌ها

سلامت خانواده، ویژگی‌های شخصیتی، روابط زناشویی، رضایت زناشویی، تعارض زناشویی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

borjali@atu.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله است.

## مقدمه

[۵]. شناسایی شاخص‌های تعیین‌کننده کیفیت و ثبات رابطه زناشویی جهت پیشگیری از آسیب‌های ازدواج، غنی‌سازی رابطه میان همسران، افزایش سازش‌یافتگی زوجین در زندگی زناشویی و ارتقاء سطح آگاهی می‌تواند به زوجین در برقراری یک رابطه مؤثر و پایدار کمک کند [۶]. در شش دهه گذشته، ویژگی‌های شخصیتی به عنوان عامل اثرگذار بر روابط زناشویی و همچنین کیفیت آن مورد توجه قرار گرفته است. نظریه‌ها و پژوهش‌ها نشان می‌دهند صفات شخصیتی افراد موجب می‌شود رابطه‌ای شکل بگیرد که با رضایت و سازگاری زناشویی مرتبط است. از آنجایی که شخصیت افراد را شیوه‌هایی شکل می‌دهد که براساس آن محیطشان را تعبیر و تفسیر می‌کنند و به آن پاسخ می‌دهند؛ انتظار می‌رود صفات هر یک از همسران بر تعاملات درون یک ارتباط تأثیر بگذارد. گرایش‌های شخصی به صورت آسیب‌پذیری‌های بادوامی که چگونگی هر یک از زوج‌ها به یکدیگر یا به حوادث بیرونی را شکل می‌دهند، در نظر گرفته می‌شود [۷]. براساس نظر ولراس، تورگرسن<sup>۶</sup> و تورگرسن، ویژگی‌های عمومی شخصیت در زندگی روزمره به صفاتی پایدار در طول زمان اشاره دارد که از موقعیتی به موقعیت دیگر تغییر چندانی نمی‌کند و بر تمامی جنبه‌های زندگی زناشویی و روابط فردی تأثیر دارد [۸].

رضایت زناشویی<sup>۷</sup>، سازگاری خانواده و استحکام آن فرایندی است که تحت تأثیر عوامل زیادی مانند؛ میزان شناخت قبل از ازدواج، همخوانی فرهنگی و اقتصادی، سلامت شخصیتی خلقی، همخوانی ارزش‌ها، نگرش‌ها<sup>۸</sup>، علایق و سلیقه‌ها، اهداف مشترک، هماهنگی خانواده‌ها و میزان دخالت دیگران، کیفیت مدیریت خانواده، میزان عوامل شادکامی خانواده، جو عاطفی خانواده، میزان مشکلات زندگی، استرسورها و فشارهای روانی است [۹]. سعادت و سلامت خانواده به وجود ارتباطات سالم و بالنده زوجین بستگی دارد و چنانچه پایه خانواده از استحکام لازم برخوردار نباشد، پیام منفی آن انواع مشکلات جسمی و روانی است [۱۰].

یکی از مهمترین مؤلفه‌هایی که سبب ثبات هیجانی زوجین می‌گردد، رضایت زناشویی می‌باشد. در صورت شناخت عوامل زمینه‌ساز، سازگاری زناشویی می‌تواند به

خانواده یکی از نهادهای اجتماعی بسیار مهمی است که بر پایه ازدواج بنا شده است. مسئله ازدواج از مسائل مهم و اساسی جامعه بشری است که نخستین جوانه‌های ارتباط بین انسان‌ها، در حریم خانواده پدیدار می‌شود [۱]. زندگی زناشویی اغلب بدون تعارض و مشکل نیست، اما مهم‌ترین مسئله این است که هر یک از زوجین چگونه بر هر مشکلی که رخ می‌دهد، غلبه می‌کنند [۲] دل و اسکرودر<sup>۱</sup> در مطالعاتی که انجام دادند، دریافتند که انسان موجودی اجتماعی است و وجود دو عنصر زن و مرد و زندگی مشترک آنها با همدیگر، از ابتدا در جوامع بشری دیده شده است. از آنجا که هیچ زوجی با هدف جدایی ازدواج نمی‌کنند و تقریباً همه زوج‌ها به امید یک زندگی دراز مدت همراه با آرامش و خوشبختی پیوند می‌بینند، اما در رهگذر زمان بسیاری از ازدواج‌ها به بن‌بست رسیده و به جدایی ختم می‌شوند [۳]. در ازدواج افراد به دنبال بالندگی، سعادت و پرورش فرزندان شایسته هستند؛ بنابراین یافتن عوامل مؤثر در نارضایتی زناشویی و اتخاذ راهکارهای مناسب امری ضروری است. در پژوهش‌های مختلف، عوامل گوناگونی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر رضایت زناشویی شناسایی شده‌اند که از جمله این عوامل می‌توان به: عوامل زمینه‌ای - فردی، عوامل اجتماعی - فرهنگی و ویژگی‌های فردی اشاره کرد. در میان ویژگی‌های فردی، متغیرهای شخصیتی<sup>۲</sup> و سبک‌های مقابله‌ای<sup>۳</sup> عواملی هستند که به طور درونی سیستم عاطفی، احساسی، شناختی و مفهومی تعریف شده که تعیین‌کننده واکنش‌های منحصر به فرد انسان به محیط است. روبرت و اسمیت<sup>۴</sup>، در پژوهشی مشاهده کردند که روان‌شناسان اجتماعی و شخصیت، مدت طولانی است که علاقه‌مندند بدانند چگونه صفات شخصیتی بر کیفیت روابط عاشقانه بزرگسالان مؤثر است [۴] برایت وایت<sup>۵</sup> و همکاران، در پژوهششان به این نتیجه رسیده‌اند که آسیب‌پذیری‌های پایدار ویژگی‌ها، تمایلات یا تجاربی هستند که مانع شادمانی و موفقیت در ازدواج هستند و شامل ویژگی‌هایی مانند مهارت‌های ارتباطی ضعیف، حوادث آسیب‌زای دوران کودکی و ویژگی‌های شخصیتی هستند

1. Doel, C. & Schroeder.
2. Personality Variables .
3. Coping Styles.
4. Roberts, B. W., & Smith, J. L.
5. Braithwaite.

6. Vollrath, M. E., Torgersen, S., & Torgersen, L.
7. Marital Satisfaction.
8. Attitudes.

روس<sup>۱۳</sup>، رابطه مثبت بین ثبات هیجانی<sup>۱۴</sup>، برونگرایی<sup>۱۵</sup>، توافق و وظیفه شناسی<sup>۱۶</sup> با خوش بینی یافت شد [۱۶] گومز و همکاران، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند، ابعاد روان رنجوری<sup>۱۷</sup> و با وجدان بودن، قوی ترین پیش بینی کننده های رضایت از زندگی در بین عوامل پنجگانه شخصیتی می باشند [۱۷] در واقع نتیجه مطالعه کریستوفری، الکس و ایامون<sup>۱۸</sup>، نشان داده شده است که برونگرایی و تجربه پذیری اساس زیستی شادکامی و توافق پذیری و وظیفه شناسی اساس ظهور مؤلفه های شادکامی را فراهم می آورند. زنان وظیفه شناس پس از ازدواج رضایت بیشتری از زندگی را نسبت به زنان کمتر وظیفه شناس تجربه می کنند. داده های حاصل همچنین نشان داد که زنان درونگرا، مردان برونگرا مزایای طولانی مدت رضایت از زندگی را پس از ازدواج تجربه می کنند [۱۸]. همچنین در تحقیقات به ارتباط مثبت ویژگی های شخصیتی، وظیفه شناسی و برونگرایی و گشودگی و توافق پذیری در جهت افزایش رضایت زناشویی اشاره شده است. پژوهش های گذشته بیان کرده اند که صفات شخصیتی با انتخاب همسر، رضایت از رابطه، سازگاری و ثبات زندگی مرتبط است؛ در نتیجه این پرسش ها مطرح می شود؛ آیا تفاوت های فردی در شخصیت با سازگاری زناشویی<sup>۱۹</sup> رابطه دارد؟ آیا زوجها با شخصیت های مشابه از ازدواجشان راضی تر هستند؟ [۱۹] بر همین اساس دوس و همکاران<sup>۲۰</sup>، به این نتیجه رسیدند که در سال های اخیر حرکت برای تقویت زندگی زناشویی به برنامه های پیش از ازدواج کشیده شده است [۲۰].

هدف پژوهش حاضر، شناخت مؤلفه هایی است که سبب تقویت و یا ارتقا روابط زناشویی و فرزند پروری مطلوب و کاهش آسیب های اجتماعی می باشد. با توجه به نظر متخصصان در مطالعه انجام شده، علیرغم افزایش آگاهی از نقش خانواده در جامعه و زندگی افراد، خانواده بیشتر از گذشته دچار بحران شده و از هم فاصله گرفته اند. نتایج پژوهش های انجام شده بیانگر آشفتگی های خانوادگی،

کاهش تعارضات زناشویی و آمار طلاق کمک کرد. یکی از عوامل مؤثر ویژگی های شخصیتی افراد است. از دیدگاه پیرا و مورالز<sup>۱</sup>، ویژگی های شخصیتی یکی از عوامل مهم جهت بر خورداری از منابع مورد نیاز برای مقابله با موقعیت های استرس زا و کیفیت بالای زندگی است [۱۱].

مطالعات نشان می دهند که رضایت زناشویی با بهزیستی همسران رابطه دارد و عاملی حفاظتی برای واحد خانواده محسوب می شود و کیفیت زندگی بهتر را رقم می زند. زوجینی که در ازدواجشان از رضایت زناشویی بالاتری برخوردار هستند، اصولاً ویژگی هایی دارند که به آنها در برابر فشارهای اجتناب ناپذیرند، کمک خواهد کرد تا روابطشان را حفظ کنند و از بروز اختلافات زناشویی جلوگیری کنند. در پژوهش باچاند و کارون عوامل کمک کننده به دیرپایی و رضایتمندی در ازدواج: دوستی و عشق و احترام<sup>۲</sup>، احساس قدردانی<sup>۳</sup>، اعتماد و وفاداری<sup>۴</sup>، ارتباط خوب<sup>۵</sup>، ارتباط جنسی جنسی خوب<sup>۶</sup>، ارزش های مشترک<sup>۷</sup>، همکاری و حمایت متقابل<sup>۸</sup>، لذت بردن از زمان مشترک<sup>۹</sup>، توانایی انعطاف پذیری هنگام رویارویی با تغییر بود [۱۲]. همچنین پژوهش های کپلر<sup>۱۰</sup> و اسلاچر، نشان می دهند که افراد با رضایتمندی زناشویی بالا و روابط صمیمانه در سنجش با کسانی که زندگی زناشویی ناسازگارانه ای دارند، بیشتر عمر می کنند، از سلامت بدنی بالاتری برخوردارند و برای فرزندانشان پدر و مادر بهتری هستند [۱۳ - ۱۴]. پژوهشگران بر تناسب ویژگی های شخصیتی افراد در ازدواج و تأثیر آن بر رضایتمندی زناشویی و فرزند پروری مطلوب و پرورش فرزندان مؤثر و کاهش آسیب های اجتماعی اشاره نموده اند. نتایج پژوهش کلاستون، اوروک، دلونیکس<sup>۱۱</sup>، نسبت به دیگر عوامل شخصیتی، برون گرایی با رضایت زناشویی ارتباط بیشتری دارد [۱۵]، همچنین در پژوهش شارپ، مارتین<sup>۱۲</sup> و

13 . Roth, K. A.  
14 . Emotional Stability.  
15 . Extraversion.  
16 . Agreeableness and Conscientiousness.  
17 . Neuroticism.  
18 . Christophery. Boyce, Alex m, Wood, Eamonn Ferguson.  
19 . Marital Adjustment.  
20 . Doss B, Rhoades G, Stanley, S., Mark man, H. J. Johnson, C. A.

1 . Pereira-Morales, A. J.  
2 . Friendship, Love and Respect.  
3 . Feeling Appreciated.  
4 . Trust and Fidelity.  
5 . Good Communication.  
6 . Good Sexul Relations.  
7 . Shared Values.  
8 . Coperation and Mutual Support.  
9 . Enjoyment of shared Time.  
10 . Kepler, A.  
11 . Claxton, A., ORourke, N., & Delonis, A.  
12 . Sharpe, J. P., Martin, N. R.

پیش از ازدواج شهر تهران بوده که حداقل پنج سال سابقه کار در این زمینه داشته‌اند. اندازه نمونه براساس تکمیل نظریه و اشباع مقوله‌های شناسایی شده، شامل ۲۰ نفر (۱۳ زن و ۷ مرد) بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متخصصان مصاحبه‌شده در جدول ۱ نشان داده شده است. نمونه‌گیری این پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و همزمان از روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شد.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مشاوران حوزه خانواده و ازدواج

| ردیف | نام مستعار | سن | تحصیلات                    | سابقه شغلی |
|------|------------|----|----------------------------|------------|
| ۱    | حسین       | ۴۴ | ارشد روان‌شناسی            | ۲۰         |
| ۲    | مهدی       | ۶۳ | دکترای روان‌شناسی          | ۳۷         |
| ۳    | احمد       | ۴۳ | دکترای مشاوره              | ۲۰         |
| ۴    | محمد       | ۶۰ | دکترای روان‌شناسی          | ۲۰         |
| ۵    | مسعود      | ۳۵ | دکترای روان‌شناسی          | ۱۰         |
| ۶    | مینا       | ۴۰ | کاندیدای دکترای روان‌شناسی | ۱۴         |
| ۷    | نرگس       | ۶۷ | دکترای روان‌شناسی          | ۲۶         |
| ۸    | عطیه       | ۶۲ | دکترای روان‌شناسی          | ۲۶         |
| ۹    | زیبا       | ۷۰ | ارشد روان‌شناسی            | ۳۵         |
| ۱۰   | حانیه      | ۴۶ | کاندیدای دکترای روان‌شناسی | ۵          |
| ۱۱   | زهرا       | ۴۵ | دکترای روان‌شناسی          | ۱۲         |
| ۱۲   | شهین       | ۶۹ | دکترای مشاوره              | ۳۵         |
| ۱۳   | محیا       | ۵۰ | دکترای روان‌شناسی          | ۲۲         |
| ۱۴   | ریحانه     | ۵۶ | ارشد روان‌شناسی            | ۱۷         |
| ۱۵   | مهناز      | ۵۵ | دکترای روان‌شناسی          | ۲۵         |
| ۱۶   | کتایون     | ۵۱ | کاندیدای دکترای روان‌شناسی | ۲۰         |
| ۱۷   | مریم       | ۶۰ | کاندیدای دکترای روان‌شناسی | ۱۳         |
| ۱۸   | گلناز      | ۵۴ | ارشد مشاوره                | ۲۸         |
| ۱۹   | داریوش     | ۶۲ | دکتری تخصصی روان‌شناسی     | ۲۵         |
| ۲۰   | رضا        | ۴۵ | دکترای مشاوره              | ۱۷         |

نارضایتی از روابط زناشویی و به معنای افزایش طلاق و فروپاشی خانواده‌ها می‌باشد. آمارها نیز مؤید پژوهش‌های انجام شده می‌باشند. لذا، برای پیشگیری از بروز ناسازگاری‌ها و پدیده طلاق و آسیب‌پذیری سبک‌های فرزندپروری و آسیب‌های اجتماعی، ضرورت دارد در این خصوص آسیب‌شناسی شود و به بررسی علل و عوامل آن توجه گردد. بدیهی است که کلید اصلی برای پیشگیری و کاهش مشکلات زناشویی و آمار طلاق، شناخت عوامل زمینه‌ساز است؛ بنابراین آگاهی از متغیرهای مؤثر بر این مشکلات می‌تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی زناشویی، افزایش رضایت زناشویی و استحکام زندگی مشترک زوجین شود. بطور طبیعی چنانچه ریشه‌ها و علل یک پدیده مورد بررسی قرار گیرد و شناسایی شود راه مقابله و یا پیشگیری از وقوع آن فراهم می‌گردد. مطالعات انجام شده نشان داده است، بخش عمده‌ای از مشکلات زوجین به ناهمسانی و بی‌تناسبی ویژگی‌های شخصیتی آنها برمی‌گردد. تناسب ویژگی‌های شخصیتی در ازدواج از عمده‌ترین مسائلی است که در زندگی زناشویی نقش تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی رضایت از زندگی زناشویی و پیشگیری از معضل طلاق ایفا می‌کند. زیرا موفقیت یا شکست در ازدواج بر رضایتمندی زناشویی، شیوه فرزند پروری و بروز آسیب‌های اجتماعی بسیار مؤثر می‌باشد. زمانی که دو نفر با پیشینه‌های متفاوت جنسیتی، شخصیتی و خانوادگی وارد رابطه صمیمانه زناشویی می‌شوند، تجربه بسیار متفاوت از سایر روابط خواهند داشت. پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این پرسش است که عوامل علی، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای رضایت زناشویی چیست؟ در نهایت، آیا باتوجه به نتایج این پژوهش می‌توان الگوی مفهومی در مورد عوامل شکل‌دهنده رضایت زناشویی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی تدوین کرد؟

## روش

در پژوهش حاضر، از رویکرد کیفی و روش داده بنیاد (استراوس و کوربین<sup>۱</sup>) استفاده شده است. این روش دارای مؤلفه‌های عوامل علی، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها است.

## جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل متخصصان مشاوره

1. Strauss, A. L., Corbin, J. M.



## ابزار پژوهش

در پژوهش کیفی از روش‌های مختلفی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده می‌گردد. در این پژوهش روش مصاحبه به کار گرفته شد. پس از تماس با مشاوران، مصاحبه با پرسش‌های نیم‌ساختار یافته انجام گردید. در ابتدا از مصاحبه‌شوندگان پرسش‌هایی به صورت کلی پرسیده می‌شد. سپس به دنبال پاسخگویی آنها در صورت نیاز برای موشکافی بیشتر، توضیحات بیشتری درخواست می‌شد تا حد امکان از تجربیات راهگشای متخصصان بهره‌مند گردیم.

## روش اجرا

همان‌طور که عنوان گردید، روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. به این معنا که پرسش‌های از پیش تعیین شده بود در عین حال به هنگام مصاحبه به جهت تحلیل بیشتر، انعطاف در پرسش‌های مصاحبه وجود داشت. زمان تقریبی برای هر مصاحبه ۴۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید. قبل از انجام مصاحبه با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان در پژوهش، مصاحبه‌ها ضبط گردیدند و پس از آن بر روی کاغذ پیاده‌سازی شدند تا آماده انجام تحلیل و کدگذاری‌ها شوند. باتوجه‌به روش این پژوهش، انتخاب تعداد نمونه‌ها جهت تحلیل داده‌ها به میزانی بود که به اشباع برسد. علاوه بر این، به منظور ارتقای کیفیت پژوهش در انتخاب نمونه‌ها، تلاش شد سابقه کاری بالاتری داشته باشند. در تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از روش نظریه زمینه‌ای داده بنیاد استفاده گردید؛ بنابراین سعی بر این بود تا فرایند ازدواج سالم و پایدار درک شود. اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها شامل؛ عوامل علی و مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای ازدواج سالم و پایدار بود. در روش داده بنیاد، فرایند تحلیل به صورت کدگذاری داده‌ها است. پس از انجام کدگذاری‌ها با مقایسه عبارات، مفاهیم مشترک و یکسان در یک گروه و تحت عنوان مقوله قرار گرفتند. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج هر مصاحبه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پس از گردآوری داده‌های مصاحبه‌ای و متنی، تحلیل و کدگذاری در امتداد با نمونه‌گیری نظری آغاز گردید. در فرایند کدگذاری، محقق به کدبندی یا مفهوم‌بندی داده‌های گردآوری شده پرداخت. کد به کلمه‌ای اطلاق می‌شود که به گروه یا طبقه‌ای از اشیاء، رویدادها و کنش‌هایی که در برخی ویژگی‌های عمومی با هم اشتراک دارند، الصاق می‌گردد.

فرایند کدگذاری‌ها در ۳ مرحله کدگذاری باز<sup>۱</sup>، کدگذاری محوری<sup>۲</sup> و کدگذاری گزینشی (انتخابی)<sup>۳</sup> صورت گرفت. در نهایت از مقایسه مفاهیم به دست آمده از داده‌ها، الگوی مفهومی «رضایت‌مندی زناشویی، ازدواج سالم و پایدار» تدوین گردید. با انجام کدگذاری‌ها ارتباط مقوله‌ها باهم به صورت مدل مبتنی بر روش داده بنیاد شناسایی شد که در شکل شماره ۱ تحت عنوان «مدل مفهومی رضایت‌مندی زناشویی، ازدواج سالم و پایدار» به نمایش در آمد. ایجاد هسته مرکزی برای ارتباط بین داده‌ها با این هسته، ایده اصلی تدوین مدل است. به دنبال این کدگذاری، همه بلوک‌های مقوله‌ای در الگوی پارادایمی (هسته مرکزی) قرار گرفتند و نظریه «رضایت‌مندی زناشویی، ازدواج سالم و پایدار» را ایجاد کردند؛ به عبارتی، یک هسته مرکزی که سایر مقوله‌ها و طبقات به آن بازمی‌گردد و پایه و اساس و چارچوب مدل است، شناسایی شد؛ در نتیجه، یک مقوله به عنوان مقوله هسته مرکزی انتخاب و بر محور این مقوله، مدل مورد نظر پژوهش طراحی شد.

به منظور اعتباریابی و صحت داده‌های پژوهش، به معیار قابلیت اعتماد یافته‌ها از فنون مرسوم برای رسیدن به اعتباریابی و اعتماد در یافته‌های کیفی استفاده گردید. برای سنجش اعتبار داده‌ها در این پژوهش از روش مشارکت‌کنندگان استفاده شد. بدین‌گونه که یافته‌های بدست‌آمده از تحلیل داده‌ها و کدگذاری‌ها در اختیار برخی مشارکت‌کنندگان (مشاوران) در پژوهش قرار گرفت و از این طریق آنان صحت کدگذاری‌ها را گزارش کردند. همچنین محقق از روش استشهاد نظری نیز، برای اطمینان بیشتر از نتایج استفاده کرد. پژوهشگر با نظارت بر سازه‌های تدوین شده و فرایند تغییر از آغاز تا پایان پژوهش آن را مستندسازی نمود. این امر توانست با شرکت مشاوران آگاه و همکاران متخصص تحقق پیدا کند. به بررسی نتایج کدگذاری‌ها پرداخته شد و از بازخوردهای لازم استفاده گردید تا نتیجه تحلیل، عینی‌تر و اعتبار پژوهش نیز افزون‌تر گردد.

روش دیگری که به جهت اعتباریابی استفاده شد، مشاهده مداوم بود. پژوهشگر به صورت مداوم و به اندازه لازم به مشاهده و تحلیل پرداخت تا موضوعات خاص و مهم‌تری را

1 . Open Coding.  
2 . Axial Coding.  
3 . Selective Coding.

## جدول ۲. مقوله مرکزی: رضایت‌مندی زناشویی، ازدواج سالم و پایدار

|  |   |
|--|---|
| شرایط علی: ویژگی‌های شخصیتی مؤثر در رضایت‌مندی زناشویی | داشتن ثبات هیجانی، بالا بودن اعتمادبه‌نفس، مسئولیت‌پذیری، انعطاف‌پذیری، داشتن وجدان اخلاقی، عدم خودشیفتگی و خودخواهی، قرار گرفتن در طیف میانه درون‌گرایی - برون‌گرایی، باز بودن و بروز احساسات و دلبستگی ایمن.  |
| عوامل مداخله‌گر رضایت‌مندی زناشویی                     | ارضای نیازهای اساسی: نیاز به محبت و احترام، داشتن تفریح مشترک، نیاز به پیشرفت، نیاز به دیده‌شدن، نیاز رابطه جنسی عمیق، نیاز به نوازش و لمس. تقویت مهارت‌های ارتباطی: مهارت گفتگو، حل تعارض، مهارت روابط بین‌فردی، مدیریت استرس، همدلی.  |
| راهنمای رضایت‌مندی زناشویی                             | ویژگی‌های مؤثر مربوط به خود زوجین: مثبت‌اندیشی، هدفمند بودن، محوریت همسران، میزان توافق‌پذیری و همسویی در نیازها و همخوانی جنسی زن و مرد. عوامل مؤثر بیرونی: اقتصادی، فرهنگی، تعهد و تقید به باورهای دینی، اهمیت نیازهای اقتصادی.   |
| پیامدهای رضایت‌مندی زناشویی                            | پیامد فردی: سلامت روانی (دلبستگی ایمن) و جسمانی. پیامد زوجی: سازگاری، رضایت از زندگی و ثبات رابطه، کاهش فشارهای روانی و مشکلات زندگی. پیامد خانوادگی: رضایت از فرزندپروری و پرورش فرزندان مؤثر، استحکام خانواده و کیفیت بالای زندگی. پیامد اجتماعی: پیشگیری از طلاق عاطفی و رسمی. |

مشترک بوده و بعضی نیز دستاورد پژوهش حاضر است. در ادامه به تفکیک، یافته‌ها به همراه نمونه‌هایی از عبارات‌های مشاوران مصاحبه‌شونده آمده است. همچنین نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر در قالب الگوی مفهومی (پارادایمی) تدوین شده که در شکل شماره ۱ مشاهده می‌شود. شکل ۱ قبل از بحث و نتیجه‌گیری می‌آید.

### عوامل علی رضایت‌مندی زناشویی: ویژگی‌های شخصیتی مؤثر در رضایت زناشویی

در مصاحبه‌های انجام شده در پژوهش، از عوامل مهم و تأثیرگذار در رضایت زناشویی، ویژگی‌های شخصیتی بوده است. بیشتر مشاوران شرکت‌کننده در پژوهش، تشابه ویژگی‌های شخصیتی و در میانه طیف قرار گرفتن آنها را برجسته می‌کردند و بر توجه این موضوع در مشاوره پیش از ازدواج تأکید داشتند. پر واضح است که همخوانی ویژگی‌های شخصیتی بر رضایت زوجین و تداوم روابط صمیمانه و پایدار در خانواده مؤثر است. از جمله ویژگی‌های موردتوجه مشاوران، داشتن ثبات هیجانی، بالا بودن اعتماد بنفس و مسئولیت‌پذیری، انعطاف‌پذیری، قرار گرفتن در میانه طیف

شناسایی کند و از تعجیل در نتیجه‌گیری اجتناب نماید. در نهایت روش درگیری پیوسته و طولانی‌مدت (اشباع نظری<sup>۱</sup>) نیز، به کار گرفته شد. هرچند پژوهشگر با گردآوری و تحلیل داده‌های پژوهشی در تحقیق کیفی محدودیت زمانی ندارد، اما زمانی که احساس کرد کدها و مفاهیم به جای گسترش، تکرار (اشباع نظری) می‌یابند، به مصاحبه‌ها خاتمه داد. در تحقیق کیفی، روایی<sup>۲</sup> عبارت است از اطمینان و هم‌سازی؛ برای دست یافتن به این نتیجه محقق از تکنیک‌های مصاحبه و اسناد و مدارک استفاده کرد.

### یافته‌ها

پس از آنکه به اشباع نظری داده‌ها دست یافتیم، در فرایند مصاحبه و تجزیه و تحلیل نظرات مشاوران مصاحبه‌شونده در پژوهش، تحلیل نهایی داده‌ها، ۲۵ کد باز، ۶ کد محوری و کد انتخابی «رضایت‌مندی زناشویی و ازدواج سالم و پایدار» شناسایی شد. یافته‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است. مقوله‌های به‌دست آمده، بعضی با پژوهش‌های گذشته

1 . Theoretical Saturation.  
2 . Reliability.

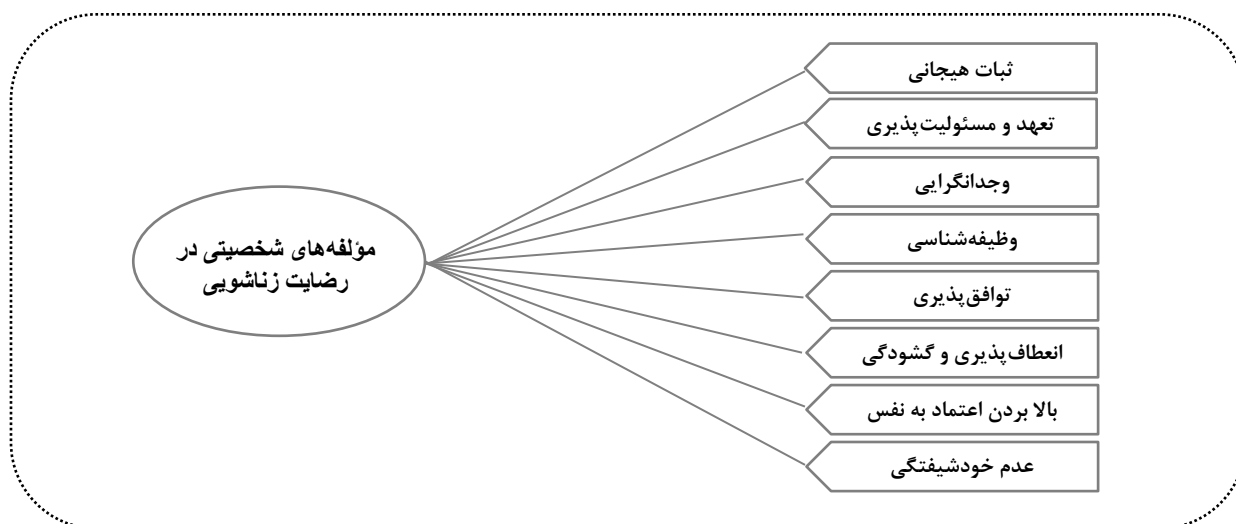
قاعده‌مند و دارای وجدان اخلاقی، رضایت زناشویی بیشتری را تجربه می‌کنند.

حسین: داشتن ثبات هیجانی باعث می‌شود گفتگوی خوب داشته باشند، رابطه خوبی را تجربه کنند و در درازمدت شبیه هم می‌شوند. اگر ثبات هیجانی در رابطه داشته باشند به مرور زمان ویژگی‌های شخصیتی‌شان به هم نزدیک‌تر می‌شوند. شهین: اگر توافق‌پذیری و انعطاف‌پذیری و مسئولیت‌پذیری بالا باشد سبب سازگاری و افزایش رضایت زناشویی خواهد شد.

کتایون: انعطاف‌پذیری از مهم‌ترین عوامل به جهت افزایش رضایت زناشویی است. زیرا زندگی بدون مشکل نداریم، اگر مدیریت کنند مشکل حل می‌شود.

داریوش: داشتن دلبستگی ایمن که هسته اصلی ارتباط همسران است باعث افزایش رضایت زناشویی می‌شود.

درونگرایی-برونگرایی، داشتن وجدان اخلاقی، عدم خودشیفتگی و خودخواهی، بازبودن و بروز احساسات و داشتن سبک دلبستگی ایمن بوده‌اند. نظر مشاوران در زمینه مقوله‌ها در این پرسش بدین‌گونه مطرح شده است. داشتن ثبات هیجانی باعث می‌شود گفتگوی خوب داشته باشند، رابطه خوبی را تجربه کنند و در درازمدت شبیه هم می‌شوند، هیجانانگشان را تنظیم و مدیریت کنند و توانایی تحملشان را در آشفتگی‌ها بالا می‌برند. وجود ثبات هیجانی در رابطه، با گذشت زمان زوجین از نظر شخصیتی به هم نزدیک‌تر می‌شوند. دیدگاه یکی از مشاوران در زمینه انعطاف‌پذیری این است که، انعطاف‌پذیری قدرت سازگاری همسران را افزایش می‌دهد و با رضایت زناشویی رابطه دارد. همچنین راحت برخورد کردن نسبت به مسائل و اتفاقات و پذیرش تجربه‌های جدید از عوامل رضایت زناشویی است. افراد مسئولیت‌پذیر و



شکل ۱. مؤلفه‌های شخصیتی در رضایت زناشویی

درون خانواده موردتوجه قرار داد. از نظر آنها، داشتن خلاقیت در روابط و سورپرایز کردن و ابراز محبت سبب می‌شود تا روابط تازه و نو گردد و از یکنواختی خارج گردد. زوجین می‌توانند با بخاطر سپردن مناسبت‌ها، تولدها، روزهای ویژه (روز مرد، روز زن، مناسبت‌های ازدواج) نیازهای هم را موردتوجه قرار دهند. همچنین همسران با داشتن تفریحات مشترک (فیلم دیدن، ورزش کردن، آشپزی کردن و...) نیازهای خود را در این زمینه ارضاء کنند و سبب تقویت روابط ارتباطات عاطفی هم و در پی پرورش روحیه نشاط شوند. موازی با ارضاء نیازها، همسران با شناخت و آگاهی از مهارت‌ها می‌توانند

### عوامل مداخله‌گر رضایت‌مندی زناشویی

بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، تأمین نیازهای اساسی و تقویت مهارت‌های ارتباطی از عوامل مداخله‌گر در این پژوهش محسوب می‌شوند که شامل نیاز به محبت و احترام، نیاز به دیده شدن، نوازش و لمس و ارتباط جنسی عمیق، تفریحات مشترک، نیاز به پیشرفت، همچنین آگاهی داشتن از مهارت‌های زندگی (حل تعارض، گفتگو، حل مسئله، همدلی و مدیریت هیجان) می‌شوند. از نظر یکی از مشاوران مصاحبه‌شونده، ابعاد نیازهای عاطفی را باید در

داشت و در نهایت از عوامل مؤثر در رضایت زناشویی هستند.

### راهبردهای رضایت‌مندی زناشویی

در زمینه استراتژی‌ها و راهبردها، مؤلفه‌هایی که زوجین رضایت‌مند از روابط زناشویی عنوان کردند: مثبت‌اندیشی، هدفمندی، تعهد و باورهای دینی، محور بودن همسران، میزان توافق‌پذیری و همسویی نیاز همسران، انطباق جنسی همسران و اهمیت نیازهای اقتصادی برای حرکت به سوی ازدواج سالم و پایدار کارآمد بودند. اگر میزان توافق‌پذیری و نیاز همسران با هم همسو باشند، انعطاف‌پذیری آنها در برابر حل مشکلات، توجه بیشتر به همسر، استفاده از روش‌های متنوع و منطقی در حل اختلافات و تعارضات زناشویی و روابط افزایش می‌یابد. در تبیین این مقوله می‌توان گفت، رضایت زناشویی شامل موضوعات گوناگونی مانند، نحوه حل تعارض، کشمکش‌ها، نگرش آنها نسبت به نقش روابط در زندگی زناشویی، درک متقابل همسران از ویژگی‌های یکدیگر، میزان رضایت از مدیریت اقتصادی خانواده، توافق در نحوه گذراندن اوقات فراغت، رضایت از روابط جنسی و عاطفی، شیوه فرزندپروری و آگاهی از تأثیرات فرزندان بر روابط زناشویی، هماهنگی و مدیریت احساسات و راضی بودن از نقش‌های مختلف زناشویی و اعتقادات در زندگی است. اهمیت همه موضوعات بیان شده، در تحقیقات و پژوهش‌های محققان و پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفتند.

احمد: قابلیت درک بین‌فردی و داشتن تفکر انتزاعی و مثبت‌اندیشی در رضایت زناشویی مؤثرند. زیرا هر چه همسران مثبت‌اندیش‌تر باشند، تمرکز روی نقاط مثبت می‌کنند، نقاط منفی تمرکز نمی‌کنند و در دل آن شکرگزاری مطرح می‌شود.

مینا: باورهای دینی که تعهد ایجاد می‌کند مؤثر است و باعث رضایت می‌شود. در هر دو نفر باید وجود داشته باشد. همچنین نداشتن اختلاف نظر جدی، میزان توافق و تفاهم در نیازها از عوامل رضایت زناشویی می‌باشند.

محمد: عاقبت‌اندیشی و برنامه‌ریزی داشتن در افزایش رضایت زناشویی از اهمیت زیادی برخوردارند.  
محیا: رشد اخلاقی، احترام‌گذاشتن به حقوق طرف مقابل، خوش خلق بودن، تفاهم داشتن به معنی درک و پذیرش تفاوت‌ها از عوامل مؤثر در رضایت زناشویی هستند.

پایه‌های زندگی‌شان را مستحکم‌تر بسازند و از بروز بسیاری از اختلافات و تعارضات پیشگیری کنند. زوجین با یادگیری مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض تلاش می‌کنند، با درک متقابل (همدلی<sup>۱</sup>)، بروز احساساتشان برای همدیگر، تنظیم و مدیریت هیجان‌اتشان (مدیریت هیجان)، صبوری در ناملايمات، دوستانه و با آرامش صحبت کردن (مهارت گفتگو)، مشارکت فعالانه داشتن نه منفعلان (مهارت جرأت‌ورزی)، در جهت و مسیر ازدواج موفق و پر دوام حرکت کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های همسو بیانگر آن است که عوامل مداخله‌ای منجر به بهبود روابط زوجین و تأمین رضایت‌مندی زناشویی آنها گردیده است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر در ارتباط با عوامل مداخله‌ای نشان‌دهنده آن است، عواملی که سبب رضایت از زندگی می‌شود، ارضاء شدن نیازهای اولیه آنها نظیر عشق و صمیمیت (نوازش، لمس کردن)، تفریح مناسب (صرف وقت در فعالیت‌های مشترک)، ارتباط قوی و مطلوب (گفت‌و شنود دوستانه، گرم و با آرامش)، محبت و احترام (شفقت‌ورزی)، مهارت بین فردی (درک متقابل)، مثبت‌اندیشی، رضایت جنسی و تأمین اقتصادی بوده است. پژوهش‌های زیادی بر نقش مؤلفه‌های مذکور در رضایت زوجین اشاره کرده‌اند.

مهدی: مورد توجه قراردادن ابعاد نیازهای عاطفی در درون خانواده، شفقت‌ورزی و احترام داشتن از طرف مقابل و هدفمندی، همچنین نیاز به دیده شدن، نیاز به نوازش و لمس، نیاز به رابطه جنسی عمیق با رضایت زناشویی رابطه دارند.

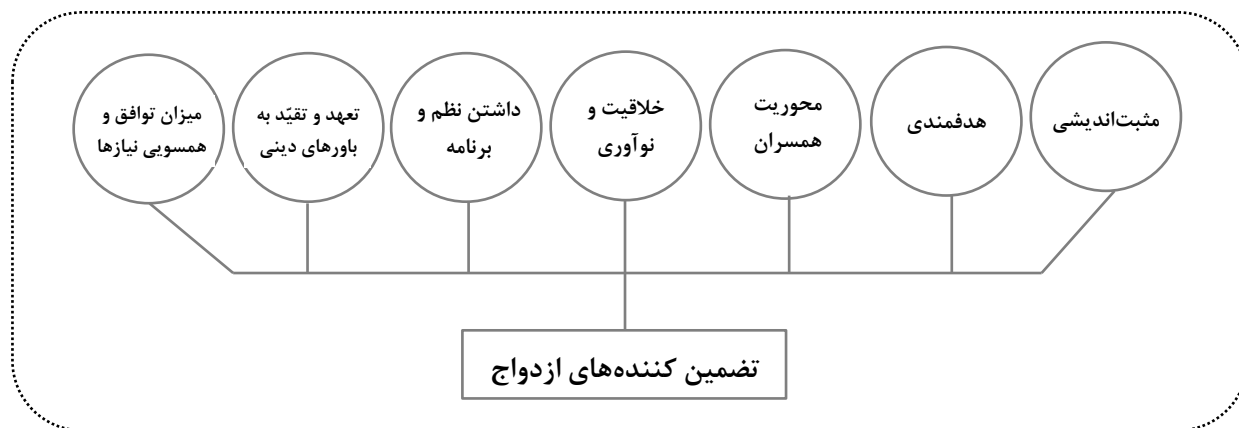
مسعود: فعالیت‌های فرح‌بخش و تکرارپذیر، یک یا دو تفریح مشترک داشتن مانند: ورزش کردن، آشپزی کردن و فیلم دیدن سبب افزایش رضایت زناشویی می‌شوند.

نرگس: دادن فرصت حرف‌زدن به هم و قدرت خوب حرف زدن و ابراز احساسات همسران در زندگی از عوامل مؤثر در رضایت زناشویی هستند.

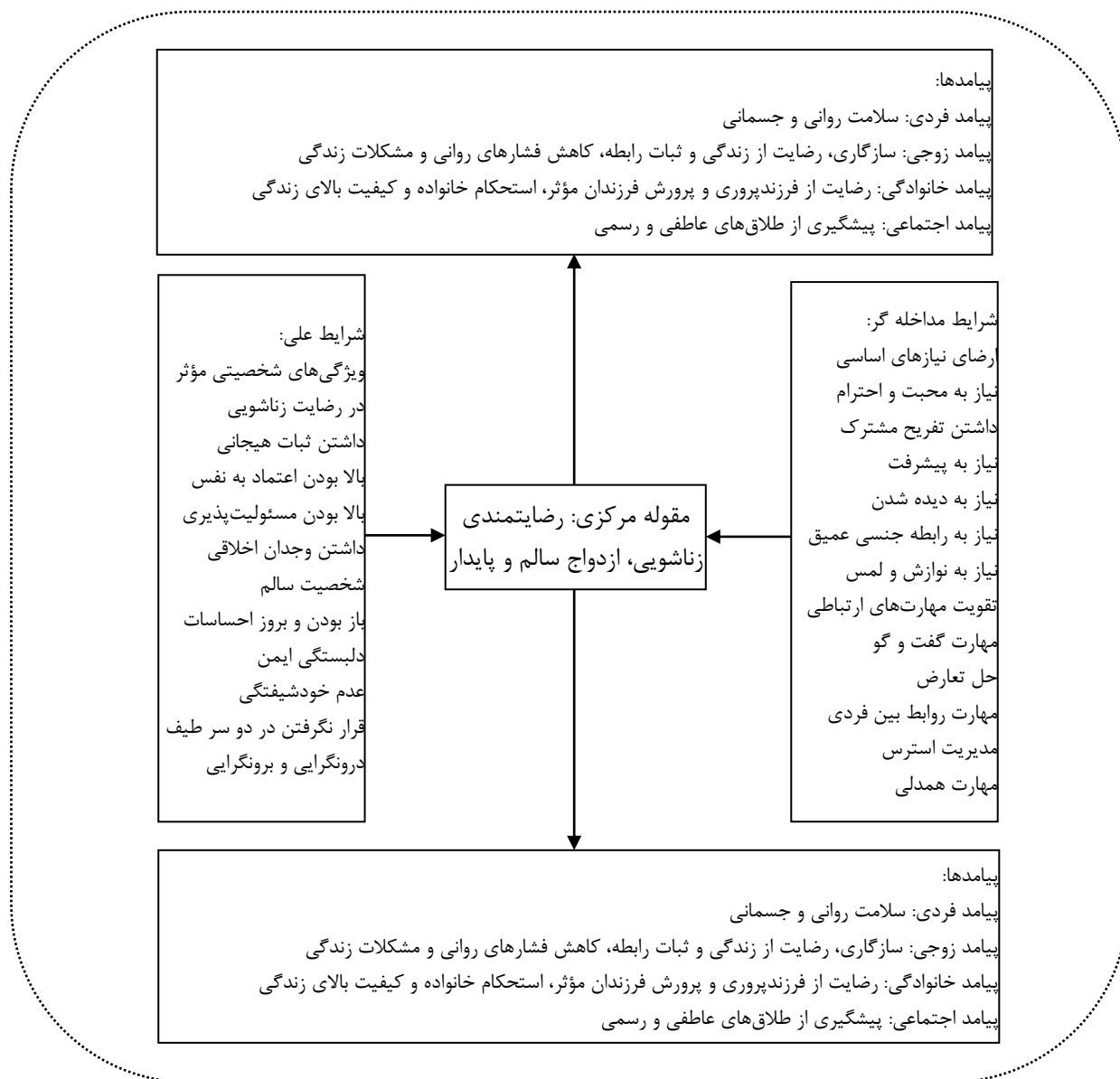
گلناز: توانمندی در حل تعارضات، داشتن مهارت‌های گفتگوی دوستانه و با آرامش، مهارت همدلی خیلی به رضایت‌مندی رابطه زناشویی کمک می‌کند و ارتباط مستقیمی دارد.

محمد: داشتن خلاقیت در روابط، سورپرایز کردن و ابراز محبت کردن، روابط را یکنواخت نمی‌گذارد و نوآوری خواهد

1. Empathy.



شکل ۲. تضمین کننده‌های ازدواج



شکل ۳. مقوله مرکزی: رضایت زناشویی، ازدواج سالم و پایدار

## پیامدهای رضایت‌مندی زناشویی

در زمینه پیامدهای رضایت‌مندی زناشویی، پیامد فردی: (سلامت روانی و جسمانی)، پیامد زوجی: (سازگاری، رضایت از زندگی و ثبات رابطه، کاهش فشارهای روانی و مشکلات زندگی)، پیامد خانوادگی: (رضایت از فرزندپروری و پرورش فرزندان مؤثر، استحکام خانواده و کیفیت بالای زندگی) و در نهایت پیامد اجتماعی: (پیشگیری از طلاق عاطفی و رسمی) می‌باشند. تمام پیامدهای عنوان شده، زمانی به دست می‌آید که افراد از دلبستگی ایمن برخوردار باشند. نتیجه مطالعات پیشین و مصاحبه مشاوران شرکت‌کننده در پژوهش نیز نشان‌دهنده آن است، زوجینی که در زندگی زناشویی احساس رضایت‌مندی دارند از سبک دلبستگی ایمن برخوردارند. شیوه دلبستگی فرد در دوران شیرخوارگی، نقش مهمی در توانایی شخصی برای برقراری روابط سالم در بزرگسالی دارد. شیوه دلبستگی فرد در دوران شیرخوارگی، نقش مهمی در توانایی شخصی برای برقراری روابط سالم در بزرگسالی دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش تلاش دارد تا با نظر به اهمیت خانواده به عنوان اساسی‌ترین نهاد اجتماعی، تغییرات سبک زندگی، تغییر و تحول روابط درون و برون، به تعویق افتادن ازدواج و آثار زیانبار نارضايت‌مندی و فروپاشی ازدواج‌ها، به کمک زوجین بیاید و با شناسایی عوامل مؤثر در رضایت زناشویی از آسیب‌های احتمالی فردی و اجتماعی پیشگیری شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و رضایت‌مندی زناشویی با ازدواج سالم و پایدار صورت گرفت. طبق یافته‌های بدست آمده، انعطاف‌پذیری، داشتن ثبات هیجانی، بالا بودن مسئولیت‌پذیری و اعتماد بنفس، پذیرش تجربه‌های جدید و بروز احساسات، سبک دلبستگی ایمن، در میانه طیف قرار گرفتن درون‌گرایی-برون‌گرایی، داشتن وجدان اخلاقی، عدم خودشیفتگی از مهم‌ترین ویژگی‌های شخصیتی مؤثر در رضایت زناشویی بوده‌اند، علاوه بر آن بر روابط زوجین اثر گذاشته و به زندگی آنها دوام می‌بخشد. توجه به همخوانی این ویژگی‌ها در قبل از ازدواج به وسیله مشاوره پیش از ازدواج بسیار راهگشا است. بررسی شرایط علی و مداخله‌گر رضایت‌مندی زناشویی نشان می‌دهد عوامل مختلفی در ایجاد و افزایش رضایت‌مندی زناشویی همسران نقش دارند و همه

این عوامل به نحوی در راستای ایجاد و افزایش رضایت‌مندی زناشویی هستند و از این طریق زندگی خانواده‌ها به دوام و استحکام بیشتری می‌انجامد. باتوجه به مطالب عنوان شده می‌توان عوامل علی و مداخله‌گر را در دو دسته کلی تقسیم‌بندی کرد:

**دسته اول:** ویژگی‌های شخصی، داشتن ثبات هیجانی، بالابودن اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری بالا، داشتن وجدان اخلاقی، عدم خودشیفتگی و خودخواهی، قرار گرفتن در طیف میانه درون‌گرایی-برون‌گرایی، پذیرش تجربه‌های جدید، بروز احساسات و دلبستگی ایمن، که از عوامل تقویت‌کننده رضایت‌مندی زناشویی هستند.

**دسته دوم:** آموزش مهارت‌ها و ارضای نیازهای اساسی، نیاز به محبت و احترام، داشتن تفریح مشترک، نیاز به نوازش و لمس، نیاز به پیشرفت، نیاز به دیده‌شدن، نیاز به رابطه‌ی جنسی عمیق. تقویت مهارت‌های ارتباطی: مهارت گفت و گو، حل تعارض، روابط بین فردی، مدیریت استرس و مهارت همدلی، که از عوامل ارتقاء دهنده رضایت‌مندی زناشویی هستند.

## عوامل تقویت‌کننده رضایت‌مندی زناشویی

در پژوهش حاضر، مشاوران مصاحبه‌شونده به ویژگی‌های شخصیتی اشاره ویژه‌ای داشتند که در رضایت‌مندی زناشویی مؤثر بوده‌اند. بعضی پژوهش‌های همسو با پژوهش حاضر با وجدان بودن، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت از زندگی در بین عوامل شخصیتی می‌باشد [۱۷] پژوهشگران در مطالعه‌ای دریافته‌اند که ویژگی شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای زوجین با رضایت زناشویی ارتباط داشته و از ویژگی برون‌گرایی به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی نام برده‌اند. جارویس، از بین عوامل شخصیتی، وظیفه‌شناسی و وجدان‌گرایی بالا تعهد زناشویی افراد را پیش‌بینی می‌کند [۲۱] همچنین مردانی که قبل از ازدواج در آرامش بوده‌اند، پس از ازدواج شادکامی بیشتری را تجربه می‌کنند. کوردک نیز معتقد است افراد دارای سطوح بالای وظیفه‌شناسی، تلاش هدفمند بیشتری در جهت حفظ و ثبات روابط زناشویی خود به کار می‌برند [۲۲] دونلان و همکاران<sup>۱</sup> در پژوهششان نشان دادند، گشودگی به تجربه

1. Donnellan, B. M. Conger, R. D., & Bryant, C. M.

است و یا حداقل در دوسر طیف نباشند. همچنین افرادی که مسئولیت پذیرتر، وظیفه شناس تر و با وجدان تر هستند، به دلیل تعهد شخصی که برای حفظ و ثبات رابطه زناشویی شان دارند و با هدفمندی بیشتری تلاش می کنند. همچنین افراد با داشتن ثبات هیجانی که عامل کلیدی رضایت از زندگی و حفظ سلامت روانی آنان است، به دلیل رفتارهای مسالمت آمیز، اعتماد بنفس و همکاری بالا، در جهت کسب رضایت زناشویی موفق هستند.

### عوامل ارتقا دهنده «رضایتمندی زناشویی»

میرگن و کوردووا<sup>۶</sup> در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که برقراری ارتباط صمیمانه، یکی از کشمکش های عاطفی مهم در زندگی زناشویی و همچنین از دلایل مهم ازدواج های پایدار است [۲۹]. از نظر پاتریک و همکاران<sup>۷</sup>، زوج هایی که صمیمیت بیشتری در روابط خود دارند می توانند خود را به روش بهتری عرضه و خواسته های خود را به نحو مؤثرتری با همسر خود در میان گذارند و از رضایت بیشتری نیز برخوردارند [۳۰]. مشاوران حاضر در پژوهش نیز، به بعضی از نیازها اشاره داشتند که در «رضایتمندی زناشویی» نقش پررنگی داشتند. همچنین عامل دیگر ارتقاء «رضایتمندی زناشویی» تقویت مهارت های ارتباطی بوده است. عوامل بیرونی مانند: عوامل اقتصادی و اجتماعی، تعهد و تقید به باورهای دینی و اهمیت به نیازهای اقتصادی نیز از عوامل ارتقاء دهنده «رضایتمندی زناشویی» عنوان شده اند. در مجموع باتوجه به آنچه در باره عوامل مختلف ازدواج سالم و پایدار بیان شد و از آنجایی که براساس پژوهش حاضر عامل اصلی ازدواج پایدار «رضایتمندی زناشویی» است، برای رسیدن به یک زندگی سعادت مندانه توجه به چند نکته لازم و ضروری به نظر می رسد.

۱. برای رسیدن به ازدواج پایدار باید ویژگی های شخصیتی زوجین باهم تشابه و تناسب داشته باشد. بسیاری از ویژگی ها مثل، درونگرایی - برونگرایی، سلطه گری - سلطه پذیری، در میانه طیف باشد. همچنین از دلبستگی ایمن برخوردار باشند؛
۲. در ازدواج سالم لازم است نیازهای اساسی که مورد انتظار زوجین است، تأمین شود. فعالیت های نشاط آور و

موجب می شود تا زوجین در حل مشکلات و تعارض های زناشویی، با انعطاف پذیری بیشتر و فعالانه تر برخورد کنند [۲۳] افرادی که ازدواج های شاد را تجربه کردند، افرادی با ثبات هیجانی، با ملاحظه نسبت به دیگران، آرام، دارای اعتماد به نفس و مشارکت کننده در کارها هستند. سلامت هیجانی، کنترل تکانه و حرمت خود با رضایت زناشویی همبستگی دارد. از میان ویژگی های شخصیتی، گشودگی به تجربه و انعطاف پذیری بهترین پیش بین یک زندگی با کیفیت است. در پژوهشی شاخان، تانگ و جرج بونانو<sup>۱</sup> دریافتند، انعطاف پذیری به طور فزاینده ای مسئول سلامت روانی در فراوانی تنظیم هیجان است [۲۵] اینگرام<sup>۲</sup> در مطالعه کیفی روی زوج های موفق آمریکایی که حداقل ۱۵ سال از ازدواجشان می گذشت، نشان داد:

- این زوج ها در فرایند زندگی انعطاف پذیر هستند؛
  - به هویت فردی و زوجی خود اهمیت می دهند؛
  - به تفاوت و شباهت های یکدیگر توجه دارند؛
  - روابط جنسی رضایت بخشی دارند؛
  - به مدیریت مسائل مالی و حل تعارض اهمیت می دهند؛
  - ارزش های همخوانی دارند [۲۵]
- در مقاله آرون و کریستوفر<sup>۳</sup> آمده است، سطوح بالاتر برونگرایی، وظیفه شناسی و بازاندیشی برای تجارب، اثر روان رنجوری را تضعیف می کند و بر شادی تأثیر مثبت دارد. از مسئولیت پذیری نیز به عنوان یکی از مؤلفه های مهم در رضایت زناشویی نام برده اند [۲۶]. در بررسی توماس و تانکا<sup>۴</sup>، برونگرایی و توافق پذیری از سرمایه های روانشناختی مثبت می باشند [۲۷]. اسکافهارز، آلمند و مارتین<sup>۵</sup> [۲۸]، نیز در مطالعه ای طولی دریافتند، زوج های صمیمی رابطه رضایتمندی با روان رنجورخویی منفی و با توافق پذیری و وظیفه شناسی مثبت است. در مجموع می توان گفت که به جهت کسب رضایت در روابط زناشویی، ویژگی های شخصیتی نقش تعیین کننده ای دارند. به این معنی که اگر ویژگی های شخصیتی افراد در قبل از ازدواج مورد بررسی قرار بگیرند یعنی میزان برونگرایی، درونگرایی، انعطاف پذیری، میزان سازگاری و بخشش زوجین هر چه تشابه بیشتر باشد بهتر

1. Shuquan.chen, Tong chen, Georgy A. Bonanno.
2. Ingram, J. R.
3. Aaron Adibe Agbo, Christopher Ndubisi Ngwu.
4. Thomas, E. R., & Tankha, G.
5. Schaffhuser, K., Allemand, M., & Martin, M.

6. Mirgain S, Cordova J V.

7. Patrick S, Sells J N, Giordano F G, Tollerud T R.

شخصیتی و حل تعارض از مؤلفه‌های مهم برای ازدواج شاد است [۳۴]. از دهه‌ی ۱۹۳۰م دانشمندان در جستجوی تبیینی کلی از رضایتمندی زن و شوهری بوده‌اند و محققین قبلی دریافته‌اند؛ بسیاری از جنبه‌های رابطه، می‌تواند رضایت کلی از ازدواج را متأثر سازد. همچنین، نیازهای عشق و تعلق خاطر و تفریح، به افزایش رضایت زناشویی کمک می‌کند. از جنبه‌های دیگر که راگوف<sup>۵</sup> و همکاران به آن اشاره کردند، می‌توان از مواردی نظیر ارتباط مؤثر، تعاملات مثبت، مدیریت تعارض، حل مسئله و صمیمیت نام برد [۳۵]. از تحقیقات همسوی دیگر تحقیق اولیا<sup>۶</sup> است که به این ویژگی‌ها اشاره دارد: بهتر شدن روابط جنسی، حل تعارضات، عملکرد اجتماعی و مذهبی [۳۶]، افزایش حرمت خود و انعطاف‌پذیری، افزایش توانایی در حل مشکلات و مدیریت مسائل، ثبات شخصیت و عمیق‌تر شدن هویت. از نظر دهقان و همکاران، پایداری رضایت زندگی زناشویی و امید به زندگی اشاره داشتند [۳۷]. دیدگاه موسوی و همکاران، کاهش دل‌زدگی و افزایش رضایتمندی زناشویی، خلاقیت و اجتناب از ناتوانی است [۳۸]. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت: با توجه به افزایش پیچیدگی‌های تغییرات عصر حاضر و حساس شدن افراد و اینکه در هر صورت دو نفر به طور طبیعی در فرایند یک ارتباط پایدار که دارای هدف مشخصی است، مشکلاتی را تجربه خواهند کرد و با چالش‌های زندگی زناشویی مواجه خواهند شد. ضروری به نظر می‌رسد که تا آنها را از نظر روانی - اجتماعی تقویت و توانمند کرد. یکی از برنامه‌ها، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی است، که با دادن راهکارهایی برای افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات و ناسازگاری‌ها صورت می‌گیرد. از جمله با یادگرفتن مهارت حل مسئله که فرایندی شناختی است، با شناخت مسئله و کشف راه‌حل‌ها از مشکلات و بن‌بست‌ها عبور کرده و در زندگی زناشویی خود آگاهانه‌تر عمل می‌کنند و با شناخت و پذیرفتن توانایی‌های خود به جهت پیشرفت عمل می‌کنند. با زنده شدن امید در دل‌هایشان، با مثبت‌اندیشی و رفتارهای سازگارانه، سلامت روانی‌شان افزایش پیدا می‌کند. با تکیه بر یافته‌های این تحقیق و مطالعات پیشین با اطمینان می‌توان بیان کرد که در کنار توجه به تشابه ویژگی‌های شخصیتی، آموزش مهارت‌های زندگی به دلیل تغییراتی که در حل

تکرارشونده و تفریح مشترک داشته باشند. برای موفقیت در زندگی مشترک تلاش کنند به شرطی که از حد نگذرد و در رابطه حس خوب بدهد و این حس خوب میزان رضایت زناشویی را بالا می‌برد. به نیازهای عاطفی و درون خانواده توجه شود. توجه به تأمین نیازهای اساسی زوجین، سازگاری، رضایت از زندگی و ثبات رابطه، کاهش فشارهای روانی و مشکلات زندگی را به دنبال دارد؛  
۳. برای استحکام خانواده لازم است همسران به تقویت روابط خود بپردازند. زیرا با تقویت مهارت‌های ارتباطی، خوب حرف‌زدن، درک متقابل، برقراری رابطه خوب، در دسترس بودن برای هم، توانمندی در حل تعارضات، مهارت همدلی و بروز احساسات زمینه رضایت زناشویی را فراهم می‌کنند و در نتیجه در صورت وجود فرزند، از فرزندپروری خود رضایت داشته و در پرورش فرزندان مؤثر موفق خواهند بود. همچنین با استحکام خانواده، کیفیت زندگی زناشویی ارتقاء پیدا می‌کند.  
تحقیقات همسو با پژوهش حاضر، نظر اسمیت و ویلیامز<sup>۱</sup>، بر این است که صفات شخصیتی و الگوهای تعامل بین‌فردی در کیفیت روابط زوجین اهمیت دارد. اما آنچه نقش آن به خوبی شناخته شده است ترکیب ویژگی‌های شخصیت و شیوه‌های حل تعارض بین فردی در تعاملات زوجین است [۳۱]. در تحقیق کیگلوت، گلاسر و نیوتن<sup>۲</sup>، ارتباط مؤثر پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی بوده است [۳۲]. در واقع ازدواج‌های سالم و خوب، خود بر سلامت جسمانی و روانی اثر مثبت دارند. شناخت عواملی که زمینه را برای بروز سازگاری زناشویی زوجها فراهم می‌کند؛ نقش مهمی در کاهش تعارض‌های زناشویی و آمار طلاق در جامعه دارد. پژوهشی رویج، وارن و هیل<sup>۳</sup>، نشان داده‌اند که تعارضات زناشویی منجر به از بین رفتن صمیمیت و جدایی عاطفی زوجها به ویژه در زنان سبب می‌شود تا آنها نتوانند پاسخ مناسبی برای حل اختلاف‌ها با زوج خود بیابند [۳۳].  
نتیجه پژوهش اولسون و همکاران<sup>۴</sup>، در تحلیلشان از یک یک مطالعه کیفی ملی به این نتیجه رسیدند که ارتباط نزدیک‌داشتن زن و شوهر، انعطاف‌پذیری زوجین، تطابق

1 . Smith, T. W., &amp; Williams, P. G.

2 . Kiecolt-Glaser, J.K. and Newton, T.L.

3 . Roesch, A. K., Warren, A., &amp; Hill, E.

4 . Olson, D. H., Olson-Sigg, A., &amp; Larson, P. J.

5 . Ragoff, L.

6 . Oliya N.



رونی، با توجه به صمیمیت زوجین، یکی از عوامل افزایش صمیمیت، مثبت‌اندیشی است. نگرش مثبت و مثبت‌اندیشی باعث بروز بهتر مهارت‌های زوجین، بویژه در محیط زندگی زناشویی و تعامل سازنده با محیط اطرافشان می‌گردد. به بیان دیگر مثبت‌اندیشی یعنی توجه‌داشتن به امور مثبت در زندگی و نیز به جنبه‌های منفی نپرداختن است [۴۸]. همسو با پژوهش حاضر، جانی<sup>۹</sup> معتقد است، زوج‌هایی که خود را مثبت ارزیابی می‌کنند، برای یکدیگر احترام قائل می‌شوند و بر رویدادهای مهم زندگی خود کنترل دارند؛ زیرا از کار خود انتظار بازده مثبت دارند و چون اعتقاد دارند که سرانجام موفق خواهند شد در برخورد موانع، راه‌حل‌های مختلفی به کار می‌گیرند و زمانی که با یکدیگر اختلاف نظر دارند، آن را به صورت نامشخص و انتقادات کلی، یا به صورت اهانت به همسر نشان نمی‌دهند، بلکه رفتارهای منفی طرف مقابل را نادیده می‌گیرند و از دیدگاه مثبت به مسئله می‌پردازند [۴۹]. نتایج پژوهش ایگلسون<sup>۱۰</sup>، نشان داد، قدرت مثبت‌اندیشی، نگرانی‌های زوجی را کاهش داده است [۵۰]. عیسی‌نژاد و همکاران، نیز در پژوهشی نشان دادند که غنی‌سازی روابط بر افزایش نمره شادمانی زناشویی زوجین و خوش‌بینی مؤثر است [۵۱]. همچنین در یافته‌های کرامت و همکاران، دیده شده است که رابطه مستقیمی بین رضایت جنسی و رضایت زناشویی وجود دارد، به طوری که رضایت جنسی بیشتر، خشنودی بیشتری را به دنبال دارد [۵۲]. در پژوهش پورحیدری و همکاران، رضایت جنسی برای بیشتر زوجین مهم بوده و یک موضوع فردی تلقی می‌شود. رضایت از رابطه جنسی، یکی از عوامل مهم رضایت از زندگی زناشویی است که بر سلامتی و کیفیت زوجین مؤثر است [۵۳]. مطالعه احمدی و همکاران، نشان داده است که یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی مسئله اقتصادی و درآمد است، چنانچه این درآمد از طرف هر دو زوج باشد، باعث سهولت در زندگی می‌شود [۵۴]. در مطالعات و تحقیقات زیادی از «نظریه دلبستگی»<sup>۱۱</sup> بر تأثیر روابط زوجین با فرزندان روی روابط زناشویی، پرداخته شده‌است. به همین دلیل، نوع ارتباط دلبستگی فرزندان با والدین‌شان می‌تواند در کیفیت روابط عاشقانه و نزدیک و رضایت‌بخش آنها نیز

تعارض، مدیریت مالی، روابط خانوادگی، حل مسئله و گفتگوهای سازنده و نحوه ارتباط مؤثر در بهبود رضایت‌مندی زناشویی و تعاملات زوجین بسیار تأثیرگذار و یاری‌دهنده هستند.

از نظر استوری و برابروری<sup>۱</sup>، یکی از ابعاد تعامل زناشویی عبارت است از اینکه؛ تا چه میزان زوجین به طور فعال در تعامل وارد می‌شوند یا از آن کناره‌گیری می‌کنند. به طوری که فعال بودن برای حل مسئله بین فردی و بحث کردن در مورد نوع احساسی که هریک از زوجین دارند، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رضایت‌مندی زناشویی آنها باشد [۳۹]. همچنین براساس یافته‌های علمی ماهونی<sup>۲</sup>، بین میزان مذهبی بودن و کیفیت ازدواج رابطه مثبتی وجود دارد [۴۰]. این موضوع بیانگر اهمیت تقدس و معنویت در پایداری ازدواج است که گاهی به این رابطه شکلی عاشقانه می‌دهد [۴۱]. پژوهش والش<sup>۳</sup>، بیانگر آن است که مذهب روی کیفیت رابطه زناشویی نقشی مؤثر و کلیدی دارد [۴۲]. نیومن و همکاران<sup>۴</sup> بر این باور هستند، هدفمندی مستلزم برنامه‌ریزی، ایجاد و تعیین هدف و ایجاد راهبرد و نظارت‌گری مداوم برای رسیدن موفقیت‌آمیز به این اهداف است. هنگامی که احساس هدفمندی در فرد درونی می‌شود و تمایل به تحقق اهداف در او به منبع انگیزشی تبدیل می‌گردد، فرد بیش از هر چیزی در قلمرو زمان حال و آینده به کنش‌وری می‌پردازد. حس هدفمندی نه تنها نشان می‌دهد که عمل فرد معنادار است، بلکه بیانگر معنادار بودن ابتکار و آغازگری فرد در زندگی است [۴۳]. موبگی و همکاران<sup>۵</sup> که در زمینه آموزش مذهبی در مسیحیت پژوهش پژوهش کرده‌اند؛ دین‌داری را یکی از عوامل مهم پیش‌بینی کاهش تعارضات زناشویی از قبل از ازدواج [۴۴]. همچنین بوردت<sup>۶</sup>، والر<sup>۷</sup> و پری<sup>۸</sup> و همکاران، کاهش رابطه فرا زناشویی زناشویی (خیانت زناشویی) که احتمال طلاق معرفی شده استرا به عنوان قوی‌ترین عامل استحکام رابطه زناشویی می‌دانند [۴۵ - ۴۷]. در نتیجه پایبندی به باورهای مذهبی با کاهش تعارضات زناشویی در ارتباط می‌باشد. از دیدگاه

- 1 . Story, L.B. & Bradbury, T.N.
- 2 . Mahoney, A.
- 3 . Walsh, F.
- 4 . Newman, B. & Newman, P.
- 5 . Mobegi, W.O., Mokoro, J. M., & Keari. J. D.
- 6 . Burdette, A. M.
- 7 . Vaaler. M. L.
- 8 . Perry, S. L.

9 . Juny JY.

10 . Eagle son C.

11 . Attachment theory.

است. به عبارتی سلامت جامعه و خانواده در گرو رضایت افراد از ازدواجشان است. در تحقیقات نشان داده شده است که افراد با سبک‌های دلبستگی ایمن، اغلب از روابط خود احساس رضایت بیشتری می‌کنند، ارتباطات صمیمانه‌تر و پرنشاط‌تری را تجربه می‌کنند، طبیعتاً رضایت بیشتری را هم در روابط خود دارند، روابط با ثبات‌تر برقرار کرده و نسبت به دیگران متعهدانه عمل می‌کنند. این افراد به حمایت همسرشان اعتماد می‌کنند و از زندگی زناشویی خود رضایت بیشتری دارند. به گفته چارنیا، یکی از اهداف اصلی تحقیقات درباره روابط بین زوجین پیش‌بینی رضایت زناشویی با مشخص کردن عواملی است که بر کیفیت تعامل بین زوجین تأثیر می‌گذارد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز بیانگر آن است که به‌طور کلی عوامل شخصیتی از جمله، ثبات هیجانی، مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی، انعطاف‌پذیری و پذیرش تجربه‌های جدید، وجدانی بودن و تعهد، درونگرایی - برونگرایی از عوامل شخصیتی هستند که در رضایت زناشویی زوجین مؤثر بوده‌اند. متغیرهای دیگر، مانند: تأمین نیازهای اساسی زوجین و آموزش مهارت‌های کاربردی زندگی از جمله: ارضاء نیاز محبت و احترام، تفریحات مشترک، ارضاء نیاز جنسی، لمس و نوازش و کسب مهارت‌های گفتگو، همدلی، تعارض، ارتباطی، تصمیم‌گیری و مدیریت هیجان، مثبت‌اندیشی و داشتن دلبستگی ایمن نیز با رضایت زناشویی در ارتباط بودند. همه این مؤلفه‌ها، گام‌هایی برای رسیدن به ازدواج پایدار می‌باشند [۵۷].

در بررسی پژوهش‌های پیشین مطالعه‌ای که بر تشابه و تناسب ویژگی‌های شخصیتی بر رضایت زناشویی به‌طور اخص اشاره نشده است. در پژوهش حاضر براساس یافته‌های به‌دست آمده بر تشابه و تناسب ویژگی‌های شخصیتی بر رضایت زناشویی تأکید شده است. تفاوت اصلی پژوهش حاضر در این است که در نظرات مشاوران مصاحبه شونده، تأکید بر تشابه ویژگی‌های شخصیتی و در دو سر طیف قرار نگرفتن بوده است. همچنین، براساس یافته‌ها، ویژگی بارز زوجین رضایتمند، مثبت‌اندیشی، درک متقابل، بخشایش‌گری، تعهد، بالا بودن اعتماد بنفس، سبک دلبستگی ایمن، هدفمند بودن، محوریت همسران، استقلال فکری بوده است و بیشتر این ویژگی‌ها، با ویژگی‌های فردی

نشان داده شود که از این فرضیه پژوهشگرانی مانند، لیمنس و همکاران، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بیماران افسرده، آشفتگی روانی و مشکلات دلبستگی بیشتر و رضایت زناشویی کمتری دارند. آنها در پژوهش خود روی زوج‌های گروه بالینی، در مقایسه با مردان افسرده، سطوح بالاتری از نشانگان روان‌شناختی و سبک دلبستگی اجتنابی را گزارش کردند، ازدواج‌های بد روی بهداشت روانی و سلامت جسمی اثر منفی دارند؛ به گونه‌ای که پریشانی زناشویی با افسردگی در زنان و کاهش سلامت جسمی در مردان در ارتباط است [۵۵]. همچنین افسردگی، آشفتگی روانی و دلبستگی با رضایت زناشویی رابطه دارند به گونه‌ای که هر چه مردان از دلبستگی بیشتری برخوردار باشند، تعاملات منفی کمتری را با همسرانشان تجربه می‌کنند و افرادی که درگیر افسردگی و مشکلات روانی هستند بیشتر درگیر تعارضات زناشویی شده و در روابط همسری دچار مشکل می‌شوند.

ارتباط با کیفیت زناشویی در خانواده، از جهت رابطه آنها با فرزندان‌شان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در مجموع هولمن و بریج<sup>۱</sup>، معتقدند، ارزیابی کیفیت تجارب با منشأ خانوادگی پیش از ازدواج؛ کیفیت زناشویی فرزندان بزرگسال را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵۶]. همچنین، ماهیت الگوهای فرزندپروری همسر نیز می‌تواند در ثبات ازدواج و رضایت زناشویی نقشی برجسته داشته باشد.

این‌گونه می‌توان به تبیین این یافته‌ها پرداخت، رضایت زناشویی، ازدواج سالم و پایدار که مقوله هسته‌ای این پژوهش است، دارای فرایندی است. یکی از عوامل مهم در این فرایند، سبک‌های دلبستگی می‌باشد که در سال‌های اولیه کودکی شکل می‌گیرد و بر روابط او در بزرگسالی (زندگی زناشویی) مؤثر می‌باشد. زیرا سبک دلبستگی زیربنا و ساختار شخصیت هر فردی را تشکیل می‌دهد. بر شیوه‌های تربیتی و پرورشی افراد و در نهایت در شکل‌گیری شخصیت و بدنبال آن انتخاب همسرشان تأثیرگذار است. در نتیجه، ضرورت دارد که هر شخصی، برای گرفتن تصمیم درست ازدواج خود را بشناسد. همین تصمیم در آینده، زندگی خانواده بادوام و رضایتمند و یا کم‌دوام و نارضایت‌مندی را رقم می‌زند. هسته اصلی و زمینه‌ساز ازدواج پایدار، رضایت از خانواده و زندگی

معرفی خود و اعلام موضوع پژوهش از آنها به جهت همکاری در پژوهش دعوت به عمل می‌آورد. در صورت موافقت، با هماهنگی به صورت حضوری و یا مجازی (به دلیل شیوع کرونا) زمان و مکان مصاحبه تعیین می‌گردید و با اجازه شرکت‌کنندگان مصاحبه‌ها ضبط می‌شد.

### سیاسگزاری

از این طریق از تمامی مشاوران و روان‌شناسان که در این پژوهش با ما همکاری کرده بخصوص بزرگوارانی که در شرایط کرونا دعوت حضوری ما را پذیرفتند و در این امر ما را یاری فرمودند، کمال تشکر را داریم.

### منابع

- 1- Cheng SY, Lin P C, Chang Y. K., Lee P. H., & Chen S. R. Sleep quality mediates the relationship between work-family conflicts and the self-perceived health status among hospital nurses. *Journal of nursing management*. 2019; 27(2): 381-387. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073540>
- 2- Wisyaningrum S, Epifani I, & Ediat A. Surviving Marital Relationship During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review on Marital Conflict. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*. 2021; 530: 103-108. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210423.015>
- 3- Doel C, Schroder GR The impact of Various factors on the Personality. Job satisfaction and turnover intentions of professional accountants. *Journal of Managerial Auditing*. 2001; 16 (4): 234-245. <https://doi.org/10.1108/02686900110389188>
- 4- Roberts BW, wood D, Smith J L. Evaluating five factory theory and socid investment perspectives on personality trait development. *J Res Pers*. 2005; 39: 166-84. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.08.002>
- 5- Brithwaite SR, Mitchell, CM, Selby EA, & Fincham FD, "Trait forgiveness and enduring valerai lities: neuroticism and catas tvo phizing influens relationship saticfaction via less forgiven" personality and Individul Differences. 2016; 94: 237-246. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.045>
- 6- Carr D, Freedman VA, Corn man, J. C., & Schwarz. N. "Happy marriage happy life? Marital quality and subjective well-being in later life". *Journal of Marriage and Family*. 2014; 76: 930-948. <https://doi.org/10.1111/jomf.12133>

زوجین مرتبط است. به نظر می‌رسد اگرچه در زمینه‌های پژوهشی به ویژگی‌های شخصیتی به پنج عامل بزرگ شخصیتی و پیامدهای آن بر رضایت‌مندی زناشویی توجه شده است، اما اگر در حوزه مشاوره پیش از ازدواج این متغیرهای فردی که زیربنای ویژگی‌های شخصیتی می‌باشند هم مورد توجه قرار بگیرند به ازدواج سالم و پایدار دست خواهیم یافت. از طرفی بررسی بیشتر نظرات متخصصان شرکت‌کننده در پژوهش بیانگر آن است که شکل‌گیری شخصیت و تأثیر آن در بزرگسالی و بخصوص در زندگی زناشویی ریشه در کودکی افراد دارد. از جمله سبک دلبستگی و شیوه‌های تربیتی و فرهنگی هستند که از عوامل تعیین‌کننده شخصیت و در نهایت تأثیر آن بر زندگی همسران می‌باشند.

### محدودیت‌های پژوهش

یکی از محدودیت‌های این پژوهش برخی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی که عامل رضایت زناشویی می‌شود که در این پژوهش و یافته‌های آن اشاره نشده باشد. همچنین به دلیل کیفی بودن روش این پژوهش پیشنهاد می‌گردد؛ پژوهشگران این حوزه در پژوهش‌های خود برای ارزیابی و اعتبار کمی این پژوهش را روی تعدادی از زوجین اجرا کنند و نتایج را با توجه به یافته‌های پژوهش مورد مقایسه قرار دهند.

### پیشنهادها

پژوهش نشان داد، ویژگی‌های شخصیتی بر روابط زوجین اثرگذار است و رضایت‌زناشویی را افزایش داده و سبب استحکام خانواده می‌گردد. در همین رابطه پیشنهاد می‌گردد، پژوهشگران در موقعیت‌های مختلف مکانی کشورمان، پژوهشی در راستای اهداف پژوهش حاضر انجام داده و قابلیت تعمیم‌پذیری آن مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مراکز مشاوره در امر ازدواج به آگاه‌سازی جوانان پرداخته و با تمرکز بر ویژگی‌های شخصیتی به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده رضایت‌زناشویی، آن‌ها را به جهت انتخاب درست و ازدواجی موفق و پردوام هدایت کنند.

### ملاحظات اخلاقی

به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی قبل از شروع هر مصاحبه، پژوهشگر با تماس تلفنی با متخصصان بزرگوار با

- 16-Sharpe JP, Martin NR, & Roth KA. Optimism and the big five factors of personality: beyond neuroticism and extraversion. *Personality and Individual Differences*. 2011; 51(8): 946-951. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.07.033>
- 17-Gomez V, Krings F, Bangerter A, & Grob A, The influence of personality and life events on subjective well-being from a life span perspective. *Journal of research in personality*. 2009; 43(3): 345 - 354. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.014>
- 18-Christopher J. Boyce a b, Alex M. Wood a b, Eamonn Ferguso. For better or for worse: The moderating effects of personality on the marriage-life satisfaction link. . the marriage-life satisfaction link” Journal homepage: www.Elsevier. Com/ locate/ paid. Behavioural Science center, stirring Management school, university of stirling, Scotland, unite kingdom. *personality and Individual Differences* 97. 2016: 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.005>
- 19-Claxton A, ORourke N, Smith JZ, & Delonis A, personality traits and marital satisfaction within enduring relationship an intra-couple discrepancy approach. *Journal of social and personal Relationship*. 2012; 29(3): 375-396. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0265407511431183>
- 20-Doss B, Rhoades G, Stanley S, Mark man HJ. Johnson CA. Differential use premarital education in first and second marriages. *Journal of Family psychology*. 2009; 24: 268-273. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0014356>
- 21-Ahadi B Relation between personality and marital satisfaction. *Contemporary psychology*. 2006; 2 (2): 141 – 55. The relationship between personality traits and marital satisfaction: a systematic review and meta-analysis | BMC Psychology | Full Text
- 22-Kurdek LA, Predicting marital dissolution: A 5year prospective longitudinal study of newlywed couples. *Journal of personality and social psychology*. 1993; 64: 221-242. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.64.2.221>
- 23-Donnellan BM, Conger RD, & Bryant, C. M. The big five and enduring marriages. *Journal of Research in Personality*.2004; 38: 481-504. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.01.001>
- 7- Drin forthC, The big five personality traits and perception of touch to intimate and none intimate body regions. *Journal of Research in Personality*. 2011; 42: 1067- 1073. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.11.004>
- 8- Vollrath ME, Torgersen S, & Torgersen L, Association of children’s Big five personalities with eating behaviors. *BMC research notes*. (2018); 11 (7): 654. Associations of children’s Big Five personality with eating behaviors | BMC Research Notes | Full Text
- 9- Fitness J. editor. Emotional intelligence in personal relationships, Cognitive emotional and behavioral spect. Paper presented at the 2. Joint Conference of ISSPR and IPR: Frisbane, Australia; (2001).
- 10-Finch am FD, Beach Sk. Implications for working with couples. *Annual review of psychology*. 1999; 50: 47-77. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.47>
- 11-Pereira-Morales AJ, Adon A, Sandra Lopez-Leon S, Diego A, & -Forevo DA, “Personality traits and health- related quality of life: The mediator role of coping strategies and psychological distress”. *Ann Gen Psychiatry*. 2018; 17: 25. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0196-0>
- 12-Bachand L, & Caron S, Ties that bind: A qualitative study of happy long-term marriages. *Contemporary Therapy*. 2001; 23(1): 105 -121. Ties that Bind: A Qualitative Study of Happy Long-Term Marriages | Contemporary Family Therapy
- 13-Kepler A, Marital satisfaction: The Impact of premarital and couples counseling. A Master of Arts thesis in social work, St. Catherine university and the university of St. Thoms, Minnesota (2015).
- 14-Slather RB, & Schoebi D, Protective processes underlying the link between marital quality and physical health. *Current opinion in psychology*. 2017; 13: 148-152. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2016.09.002>
- 15-Claxton A, ORourke N, Smith JZ, & Delonis A, personality traits and marital satisfaction within enduring relationship an intra-couple discrepancy approach. *Journal of social and personal Relationship*. 2012; 29(3): 375-396. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0265407511431183>

- 33-Roesch AK, Warren A, & Hill E. The Relationship Between Menopause and Marital Satisfaction in Adult Women. *Journal of Graduate Education Research*. 2021; 2(1): 10. "Relationship Between Menopause and Marital Satisfaction" by Andrea K. Roesch, Amy Warren et al.
- 34-Olson DH, Olson-Sigg A, & Larson PJ. *The Couple checkup*. The United States of America: Thomas Nelson Inc (2008).
- 35-Ragoff L. *The Influence of Family Communication Patterns, Marital Typology and Level of Intimacy on Marital Satisfaction for Couples Living in the united states*. [Doctoral dissertation in clinical psychology], Walden university. 2013.
- 36-Oliya N, Fatehizadeh M, Bahrami F. Tasire amoozeshe ghani sazi zendegi zanashooee bar afzayesh samimiyat zojeyn The effect of marital life enrichment training on increasing couple intimacy. *Family Research*. 2006; 2(2):120-35.  
تأثیر آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش صمیمیت زوجین [In Persian].
- 37-Dehghan F, Piri Kamrani M, Goli R, Rahmani H. The impact Of life Skills training on marital satisfaction, marital dissatisfaction and mental health of veteran's wife. *Woman and Society*. 2017; 7(4): 1-12. *The Impact of Life Skills Training on Marital Satisfaction, Marital Dissatisfaction and Mental Health of Veteran's Wife* [In Persian]
- 38-Mousavi V, Khanzadeh A, Javadi Z, Golandam AK. Effect on marital satisfaction and life skills training in problem-solving styles housewives in Iran. *Sociosfera*. 2012; 10(1): 41-6. sociosfera\_2012\_n1\_52948.pdf [In Persian]
- 39-Story LB. & Bradbury TN, Understanding marriage and stress: Essential questions and challenges. *Clinical Psychology Review*. 2004; 23(8): 1139-1162.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.002>
- 40-Mahoney A, Pargament, K, Tarakeshwar N, & Swank, A. Religion in the home in the 1980s and 1990s: A meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and parent-ing. *Journal of Family Psychology*. 2001; 15: 559-596, 15: 4, 559.  
<https://doi.org/10.1037/0893-3200>
- 41-Sabey AK, Rauer AJ, & Jensen JF. Compassionate love as a Mechanism Linking Sacred Qualities of Marriage to Older Couples' Marital Satisfaction. *Journal of Family Psychology*. 2014; Vol. 28, No. 5: 594-603.  
<https://doi.org/10.1037/a0036991>
- 24-Shuquanchen, Tong chen, Georgy A Bonanno. Expressive flexibility: En han cement and suppression abilities differentially predict life satisfaction and psychopathology symptoms. *Journal homepage. Personality and individual Differences* 126. 2018; 78-84.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.010>
- 25-Engram JR, Money stories of successful long-term married couples. Pro Quest Dissertations and Theses. Texas woman's university, (2010).
- 26-Aaron Adibe Agbo, Christopher Ndubisi Ngwu "Aversion to happiness and the experience of happiness: The moderating roles of personality" Department of psychology, university of Nigeria, Nsukka, Enugu state, Nigeria. *personality and Individual Different* 111. 2017; 227-231.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.010>
- 27-Thomas ER, Tankha G. Big five personality and psychological capital among final year medical students. *International Journal of Advanced Research (IJAR)*. 2017; 91(1): 123-135.  
<https://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/2861>
- 28-Schaffhuser K, Allemand M, & Martin M, Personality traits and relationship satisfaction in intimate couples: three perspectives on personality, *European Journal of personality*. 2014; 28(2): 120-133.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/per.1948>
- 29-Mirgain S, Cordova JV. Emotion skills and marital health: The association between observed and self reported emotion skills, intimacy, and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2017; 26(3): 941-967.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/jscp.2007.26.9.983>
- 30-Patrick S, Sells JN, Giordano FG, Tollerud T R. Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The Family Journal*. 2017; 15(2): 359-367.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1066480707303754>
- 31-Smith TW, & Williams PG. Assessment of social traits in married couples: self-reports versus spouse ratings around the interpersonal circumflex. *Psychological assessment*. 2016; 28(6): 726-736.  
<https://doi.org/10.1037/pas0000226>
- 32-Kiecolt-Glaser, JK. and Newton TL. "Marriage and Health: His and Hers", *Psychological Bulletin*, forthcoming. 2001.

- 51-Isaei Nejad O, Ahmadi SA, Bahrami FBI, shoja Hedari M. Evaluating the effectiveness of enriching relationship training on promoting optimism and marriage happiness of couple. *New psychological research (psychology of Tabriz university)*. 2011; 6(21): 129-49. بررسی اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط بر ارتقای خوش‌بینی و شادمانی زناشویی زوجین [In Persian]
- 52-Keramat A, Masoomi SZ, Mousavi SA, Poorlajal J, Shobeiri F, Hazavhei SMM. Quality of life and its related factors in infertile couples. *J Res Health Sci*. 2014; 14(1): 57-63. [PMID]. Quality of life and its related factors in infertile couples - PubMed [In Persian]
- 53-Pourheydari S, Bagherian F, Doustkam M, Bahadorkhan J. The effects of life skills training on marital and sexual satisfaction of young couples. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2013; 14(1): 14-22. <https://doi.org/10.18502/avr.v27i4.122> [In Persian]
- 54-Ahmadi K, Nabipoor Afshari SM, Kimiaee SA, Afzali MH. Effect of family problem solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Sciences*. 2011; 10 (8): 682-7. (2010); 682.68. <https://dx.doi.org/10.3923/jas> [In Persian]
- 55-Lemmens GMD, Buysse A, Heene E, & Eisler I, Marital satisfaction, conflict communication, attachment style and psychological distress in couples with a hospitalized depressed patient. *Journal of Acts Neuropsychiatric a*. 2007; 19 (2): 109-117. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2006.00168.x>
- 56-Holman TB, & Birch PJ, Family-of-Origin Structures and Processes and Adult Children's Marital Quality. In T. B. Holman(Ed.) , Premarital prediction of marital quality or breakup: research, theory, and practice (pp79-104), New York: Kluwer Academic Plenum Publisher. (2002). Family-of-origin Structures and Processes and Adult Children's Marital Quality | SpringerLink
- 57-Charania, M. R. Personality Influence on Marital Satisfaction: An Examination of Actor, Partner, and Interaction Effects. University of Texas at Arrington. 2007; 14(2): 187-208. University of Texas at Arlington Dissertation Template
- 42-Walsh F. *Spiritual Resources in family Therapy*. New York: The Guilford Press. 2009.
- 43-Newman B, & Newman P. *Development through life: A psychological approach (11thEd)*, USA Thompson learning: International Student Edition. 2012.
- 44-Mobegi WO, Mokoro JM, & Kears JD, Pre-Marital Counselling and Marital Conflicts among Christian Couples in Sameta Sub County, Kisii County, Kenya. *International Journal of Recent Research in Social Sciences and Humanities (IJRSSH)*. 2016; Vol. 3, Issue 2, 91-99. <https://doi.org/10.1037/a0036991>
- 45-Burdette AM, Ellison CG, Sherkat DE, & Gore KA. Are There Religious Variations in Marital? *Journal of Family Issues*. 2007; 28; No. 12. P 1553-1581. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0192513X07304269>
- 46-Vaaler ML, Ellison CG, & Power DA. Religious Influences on the Risk of Marital Dissolution. *Journal of Marriage and Family*. 2009; 71: 917-934. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00644.x>
- 47-Perry SL. Perceived Spousal Religiosity and Marital Quality Across Racial and Ethnic Groups. *Family Relations*, 2016; 65: 327-341. Perceived Spousal Religiosity and Marital Quality Across Racial and Ethnic Groups on JSTOR
- 48-Rooney RM, Morrison D, Hassan S, Kane R, Roberts C, Mancini V. Prevention of internalizing disorders in nine-ten-year-old children: efficacy of the aussie positive thinking skills program at thirty-month follow-up. *Frontiers in psychology*. 2013; 4: 988. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3389/fpsyg.2013.00988>
- 49-Juny JY, oh YH, oh KS, Such Dw, shin YC, Kim HJ. Positive-thinking and life satisfaction amongst Koreans. *Yonsei medical journal*. 2007; 48(3): 371-8. <https://doi.org/10.3349/ymj.2007.48.3.371>
- 50-Eagle son C, Hayes S, Mathews. A, Perman G, Hirsch CR. The power of positive thinking: pathological worry is reduced by thought replacement in generalized anxiety disorder, *Behavior research and therapy*. 2019; 78: 13. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.017>

# نقش تنیدگی ادراک شده در دلزدگی زناشویی باتوجه به نقش میانجی استحکام من و ذهن آگاهی

نویسندگان

شیدا علی پور<sup>۱</sup>، لیلا حیدری نسب<sup>۲\*</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. sheida.alipoor29@gmail.com

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

چکیده

**مقدمه:** تعریف دلزدگی به عنوان یک حالت فرسودگی ذهنی، عاطفی و جسمی که ناشی از مواجهه طولانی مدت در شرایط طاقت فرسای هیجانی است. بررسی و شناسایی عوامل ایجادکننده دلزدگی زناشویی و تلاش در جهت پیشگیری از آن‌ها، می‌تواند نقش بسزایی در استحکام کانون خانواده و تداوم رابطه زناشویی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی «استحکام من» و ذهن آگاهی در رابطه بین تنیدگی ادراک شده و دلزدگی زناشویی صورت می‌گیرد.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری است که از نرم‌افزارهای Amos-23 و SPSS-23 برای تحلیل داده‌ها استفاده می‌شود. جامعه آماری پژوهش شامل؛ کلیه زنان کارمند متأهل دانشگاه‌های شاهد، علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی تهران است. نمونه‌ای به حجم ۳۶۹ نفر به روش در دسترس مبتنی بر هدف در نظر گرفته شده است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه‌های دلزدگی زناشویی پاییز، تنیدگی ادراک شده کوهن، نیرومندی من ماکستروم و همکاران و ذهن آگاهی پنج عاملی است.

**نتایج:** نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، رابطه دلزدگی زناشویی با تنیدگی ادراک شده در جهت مثبت معنادار است. رابطه دلزدگی زناشویی با «استحکام من» و ذهن آگاهی در جهت منفی و معکوس معنادار است. رابطه تنیدگی ادراک شده با «استحکام من» و ذهن آگاهی نیز در جهت منفی و معکوس معنادار است. همچنین در مجموع بر اساس یافته‌ها تنیدگی ادراک شده با میانجی‌گری استحکام من و ذهن آگاهی قادر است در قالب روابط ساختاری دلزدگی زناشویی را به گونه‌ای معنادار تبیین نماید.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت، تنیدگی‌ها و استرس‌های ادراک شده در زندگی زنان متأهل به واسطه استحکام و نیرومندی من در آنها و میزان ذهن آگاهی‌شان در زندگی می‌تواند دلزدگی زناشویی آن‌ها را در رابطه با همسرانشان به‌خوبی پیش‌بینی نماید.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۲/۲۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۶/۰۱



کلیدواژه‌ها

دلزدگی زناشویی، تنیدگی ادراک شده، استحکام من، ذهن آگاهی، زنان متأهل.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

ihnpsy@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

## مقدمه

ناسازگاری در فرد شود و مشکلات عدیده‌ای را از لحاظ جسمانی و روانی همچون نارضایتی از خود، احساس شکست، اضطراب، تنش شدید و ناکام، کیفیت زندگی نامطلوب برای فرد و زوجین ایجاد کند [۱]؛ بنابراین چگونگی مقابله و راهبردهای کنار آمدن با این تنیدگی از اهمیت زیادی برخوردار است. این راهبردها در افراد مختلف متفاوت است. ضمن اینکه رویدادهای تنیدگی راه‌انداز سایر اختلالات و مشکلات در زندگی خواهند بود.

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند، نخستین گستره بروز مشکلات ناشی از تنیدگی، کشمکش‌های زناشویی است و زنانی که تنیدگی بیشتری را ادراک می‌کنند، سازگاری زناشویی پایین‌تری دارند. هم‌چنین این زنان هنگام مواجهه با مسائل روزمره از جمله مشکلات خانوادگی بیشتر دچار تنیدگی می‌شوند، در حل و فصل مشکلات وجود کمتر مؤثر هستند، به احتمال بیشتری در مواجهه با این مشکلات احساس ضعف و ناتوانی جسمی و روان‌شناختی می‌کنند، از رابطه زناشویی خود احساس رضایت کمتری دارند و سازگاری آنها با شرایط و مشکلات خانوادگی و زناشویی پایین‌تر از زنانی است که احساس می‌کنند می‌توانند چالش‌ها و تنیدگی‌های موجود در خانواده و روابط زناشویی را مدیریت کرده و از پس آنها برآیند [۲، ۸۴].

بنابراین، توجه به ارتباط بین دلزدگی زناشویی در زنان و تنیدگی ادراک شده در آنها به شدت حائز اهمیت است. این یافته با نتایج پژوهش‌های نف و کارنی [۴، ۶۷]، رینا و میتی [۵، ۷۷] و راندال و بودنمان [۶، ۷۸] همسو است. بررسی‌ها نشان داد، بین رویدادهای تنیدگی‌زا و اختلالات روان‌شناختی و زناشویی عوامل واسطه‌ای نیز وجود دارند. در برخی مطالعات عواملی چون واکنش‌پذیری [۶۷]، اسناد زناشویی [۴۷] یا آموزش مدیریت تنیدگی‌های گذشته [۶۶] در رابطه بین تنیدگی ادراک شده و مقوله‌سازگاری زناشویی در زوجین مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

یکی از مؤلفه‌هایی که در ساختار روانی و انسجام آن نقش مهمی بر عهده دارد و ارتباط آن با مفهوم دلزدگی زناشویی محتمل به نظر می‌رسد، «استحکام من»<sup>۷</sup> است. که

پاینز<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) دلزدگی زناشویی<sup>۲</sup> را سرخوردگی پیش‌رونده‌ای در نظر می‌گیرد که شامل ۳ مرحله است. این مراحل عبارتند از: ۱. سرخوردگی و ناامیدی؛ ۲. خشم و تنفر؛ ۳. دلسردی و بی‌تفاوتی. وی همچنین مؤلفه‌های دلزدگی زناشویی را در سه بعد از افتادگی جسمانی، روانی و عاطفی مشخص کرده است [۱۶]. عامل اصلی و اولیه ایجاد این دلزدگی، این است که شخص در مدت طولانی تحت فشارهای روانی و عصبی شدید باشد [۱۵]. پژوهش‌ها حاکی از این است که زنان نسبت به تعاملات زناشویی و مسائل آن، حساسیت بیشتری از مردان دارند. آنها در خانواده مشارکت و مسئولیت بیشتری برعهده دارند که می‌توانند مسئولیت زیادی را بر آنها تحمیل کرده و به کاهش رضایت و افزایش تعارضات زناشویی آنها از جمله دلزدگی زناشویی و مشکلات مربوط به سلامت و آشفتگی‌های روان‌شناختی در آنها بیانجامد [۷۱].

پژوهش‌ها و مطالعات حوزه زناشویی توجه زیادی به تأثیر تنیدگی در کیفیت و ثبات ارتباط زوجین داشته‌اند و به بررسی ارتباط بین انواع تنیدگی و ارزیابی کیفیت روابط زناشویی پرداخته‌اند [۷۸، ۷۷]. آنچه که اهمیت دارد، چگونگی واکنش و مقابله با این تنیدگی‌ها است که می‌تواند موجب آسیب و بیماری گردد [۱۱]. تنیدگی<sup>۳</sup> حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند [۳۷، ۵۴] و زمانی به کار می‌آید که بخواهیم بدانیم موقعیت‌های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خودش تنیدگی‌زا هستند [۵۸].

افراد با سطوح بالای تنیدگی، احساس خستگی، درماندگی، اضطراب و آسیب‌پذیری خواهند نمود. آنها ممکن است آن‌قدر درگیر مشکلاتشان باشند که توانایی یا علاقه کمتری برای برقراری ارتباط با دیگران داشته باشند [۲۱]. امروزه اهمیت رویدادهای تنیدگی‌زا در بروز مشکلات فردی و اجتماعی برهمگان مبرهن است و تنیدگی بخش انکارناپذیر زندگی روزانه است که بر بهداشت جسم و روان اثرگذار است. تنیدگی در زندگی روزمره امری اجتناب‌ناپذیر است. استرس بالا، مداوم و طولانی می‌تواند سبب

4 . Neff, Karne  
5 . Raina, Maity.  
6 . Randall, Bodenmann.  
7 . Ego - Strength

1 . Pines.  
2 . Marital Burnout.  
3 . Stress.



به معنای ظرفیت فرد برای درک واقع‌بینانه شرایط مشکل‌زا و پاسخ‌دادن به آنها به شکل مؤثر است [۵۱، ۲۶]. مفهوم «استحکام من» از ساختارهای اساسی شخصیتی مهم برگرفته از تقسیم‌بندی سه‌گانه فروید<sup>۱</sup> از روان انسان و عنصر مهم در رشد شخصیت برای برقراری روابط صمیمی است [۴۸]. بر پایه نظریه رشد روانی - اجتماعی اریکسون<sup>۲</sup> (۱۹۶۵م)، ماکستروم<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۷م) هشت نیرومندی و استحکام من را برای حل موفقیت‌آمیز مراحل هشت‌گانه روانی-اجتماعی اریکسون مطرح کرده‌اند که عبارتند از: امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد [۶۲].

«استحکام من» نقش مهمی در پیش‌بینی سلامت دارد [۸۶، ۸۱، ۷۲، ۳۴، ۴]؛ افرادی که «استحکام من» پایینی دارند، بیشتر در معرض آسیب‌پذیری روانی قرار دارند. این افراد به دلیل داشتن رویکردی انعطاف‌پذیر به زندگی در مواجهه با تکالیف دشوار و استرس‌زا دچار آشفتگی و مشکلات هیجانی نمی‌شوند [۳۴] و با تاب‌آوری من بالا و عواطف مثبت بیشتر، سطوح بالاتری از اطمینان به خو و سازگاری روان‌شناختی را نسبت به سایرین تجربه می‌کنند [۶۰].

نتایج پژوهش ترزی<sup>۴</sup> (۲۰۱۳م) نشان داده است که تاب‌آوری و «استحکام من» منجر به توانایی تنظیم مؤثر پاسخ‌های هیجانی و عاطفی به وقایع بدشخصی و مشکلات سلامت می‌شود و از بهزیستی افراد محافظت می‌کند. داشتن این رویکرد باز در برابر چالش‌های غیرقابل پیش‌بینی زندگی منجر به سازگاری بالاتر افراد می‌شود؛ بنابراین استحکام من به افراد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا و دشوار همچون مشاجره‌های زناشویی، بتوانند ثبات هیجانی خود را حفظ نمایند و با انعطاف‌پذیری بهتری عمل کنند. از این روو اگر فردی از استحکام من به اندازه کافی برخوردار نباشد، گرفتار تعارضات درونی خود خواهد شد و آشفتگی‌های هیجانی را تجربه خواهد کرد. از این رو ضعف من از شاخص‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی در رویکرد روان‌پویایی است [۹۲].

بر اساس یافته‌های مؤلفان، استحکام من آثار تنیدگی بر سلامتی را تعدیل می‌کند [۳۴] و رابطه بین مفهوم استحکام من و رضایت زناشویی<sup>۵</sup> نیز تأیید شده است [۵۱]. افرادی که استحکام من بیشتری دارند توانایی آنها برای مقابله با تعارضات زناشویی بیشتر بوده و رضایت زناشویی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند. این افراد روابط صمیمی بیشتری با همسران خود دارند و در رابطه خود متعهدترند و مسئولیت بیشتری را نیز نسبت به همسر و فرزندان خود احساس می‌کنند. استحکام من بالا در این افراد سبب می‌شود، روابط جنسی بهتری با همسر خود داشته و در درک و فهم از طرف مقابل خود و ابراز عواطف و اشتراک‌گذاری عقاید بهتر عمل کنند. هم‌چنین سبب می‌شود آگاهی از خود نیز بالاتر باشد. در نتیجه افراد با استحکام من بالا، نیازهای خود را در رابطه با همسر مناسب‌تر بیان می‌کنند. این امر سبب می‌شود افراد در زندگی زناشویی و در ارتباط با همسر بهتر عمل کرده و احساسات خود را به راحتی بیان کنند. در نتیجه به ارزش‌های اجتماعی نیز بیشتر پایبند بود و تعهد و سازگاری زناشویی بیشتری در رابطه حاصل می‌شود.

هم‌چنین در پژوهش‌های پیشین «ذهن آگاهی» نیز از عوامل مرتبط با سلامت روان‌شناختی [۵۳] و بهبود کیفیت زندگی زناشویی [۵۰] شناخته شده است. ذهن آگاهی معمولاً به‌عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه که در زمان حال روی می‌دهد، تعریف می‌شود [۴۰]. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند، بین مؤلفه‌های ذهن آگاهی با رضایت زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۴۹] و ذهن آگاهی می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم از طریق اثرگذاری بر سازه‌هایی چون دلبستگی<sup>۶</sup> [۵۰] و پذیرش<sup>۷</sup> [۵۲] بر کیفیت زندگی زناشویی اثرگذار باشد و در طول یک تعامل استرس‌زا، اثرات رفتارهای منفی زوجین را کاهش دهد [۱۴، ۵۶].

افراد برخوردار از ذهن آگاهی، در زندگی زناشویی خود و در ارتباط با همسر نیز احساس رضایت می‌کنند و صمیمیت زناشویی بیشتری را تجربه می‌کنند. به عبارتی افراد ذهن آگاه چون از لحاظ هیجانی و روان‌شناختی در شرایط مطلوب‌تری قرار دارند، به تبع آن در زندگی زناشویی و در

5 . Marital satisfaction.

6 . Attachment.

7 . Acceptance.

1 . Freud.

2 . Erikson.

3 . Markstrom.

4 . Terzi.

به آنها آگاهانه واکنش نشان دهد و به گونه‌ای کارآمدتر بازندگی رابطه برقرار کند.

میان ذهن آگاهی با تنیدگی ادراک شده رابطه معنادار وجود دارد [۸۸،۸۳،۳۱،۲۹]. ذهن آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبت را در شادکامی و بهزیستی فردی ایجاد کند. همچنین تحقیقات گسترده انجام شده مفیدبودن ذهن آگاهی را در مدیریت تنیدگی به اثبات رسانده‌اند [۱۱]. ذهن آگاهی نقش مهمی بر تنیدگی افراد دارد و افراد ذهن آگاه، حقایق درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریک درک کرده و توانایی مقابله با حجم گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌های خوشایند و ناخوشایند را دارند. پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده‌اند که ذهن آگاهی تمایل افراد به برخورد مؤثر با احساسات ناخوشایند را افزایش داده و سطوح کمتری از تنیدگی را تجربه می‌شود و با تغییر ادراک افراد از حوادث تنیدگی‌زا و افزایش توانایی آنها در کنترل زندگی، اثرگذار است [۹۴،۴۳،۳۹،۳۸،۲۹،۲].

بنابراین، باتوجه به آنچه که ذکر شد، بین رویدادهای تنیدگی‌زا و آشفتگی‌های روان‌شناختی و زناشویی عوامل میانجی‌گری وجود دارد. بااین وجود در این پژوهش‌ها متغیرهای دیگری مطرح شده و نقش میانجی‌گر «استحکام من» و ذهن آگاهی به طور هم‌زمان تا به حال بررسی نشده است و در اکثر پژوهش‌ها مؤلفه تاب‌آوری و ارتباط آن با ذهن آگاهی بیش از خود مفهوم استحکام من مورد بررسی قرار گرفته است؛ لذا با در نظر گرفتن روابط احتمالی که بین متغیر تنیدگی و متغیرهای «استحکام من» و ذهن آگاهی به‌عنوان متغیرهای میانجی، با دلزدگی زناشویی ذکر شد و تأثیر منفی دلزدگی بر سلامت جسم و روان و کیفیت زندگی زوجین، و توجه به عواملی مانند «استحکام من» و ذهن آگاهی با در نظر گرفتن تمام مؤلفه‌های آنها که بتواند به فرد در مقابله با استرس‌ها کمک نماید، برای کاهش دلزدگی در زوجین حائز اهمیت است و بررسی این رابطه با متغیرهای میانجی جدیدی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با اتکا به محدودیت‌های پژوهش‌های قبلی و مدل‌های ارائه شده، و توجه به اینکه هیچ‌کدام از تحقیقات، عوامل مختلف اثرگذار بر دلزدگی زناشویی را در افراد غیربالینی و در شرایط به نسبت عادی و بدون وجود عامل تنیدگی‌زای مشخص چون طلاق، بیماری، ناباروری، مشاغل پر استرس

ارتباط با همسر نیز عملکرد مطلوب تری دارند، به نیازهای شریک زندگی توجه می‌کنند و صمیمیت زناشویی را تجربه می‌کنند. در واقع صمیمیت زناشویی در بستری از روابط ایمن و صلح‌آمیز رخ می‌دهد و نیازمند برخورداری افراد متأهل از بهزیستی ذهنی است. ذهن آگاهی چون موجب امنیت هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد، شرایط لازم برای تجربه روابط صمیمانه بین زوج‌ها را مهیا می‌کند [۱۴]. زوجین ذهن آگاه تر قادرند از مشکلات آگاهی داشته، راه‌حل‌های مناسبی پیدا کرده و به تعبیر بورپی و لانگر<sup>۱</sup> (۲۰۰۵م) به یک هماهنگی مفهومی دست یابند که آنها را قادر می‌سازد تا مشکلات موجود در زندگی مشترک خود را بارها ارزیابی کنند [۳۳].

قابل ذکر است که ذهن آگاهی از عوامل مرتبط با سلامت روان‌شناختی [۵۳]، بهبود کیفیت زندگی زناشویی [۵۰] شناخته شده است که سبب می‌شود افراد در زندگی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری برخوردار بوده و در حوزه‌های مختلف زندگی درون فردی و بین فردی عملکرد بهتری از خود بروز دهند [۱۴]؛ بنابراین افراد با ذهن آگاهی بالاتر در شاخص‌های بهزیستی و سلامت عمومی و رضایتمندی و سازگاری زناشویی نمرات بالاتری را گزارش می‌کنند [۵۰، ۵۳].

یافته‌ها نشان می‌دهند، مقوله ذهن آگاهی در افراد سبب کاهش فرسودگی و دلزدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن شامل خستگی جسمانی، روانی و هیجانی می‌گردد و همچنین از طریق فعال‌سازی و رشد ویژگی‌های مرتبط با رضایت زناشویی همچون امنیت و اثرات مثبت روانی سبب ارتقا رابطه و دلبستگی سالم به همسر می‌گردد [۴۵]. همچنین مطالعات نشان داده‌اند، زوجین با ذهن آگاهی بالا، آگاهی بیشتری از فشارها و استرس‌های زندگی داشته و از موقعیت‌های استرس‌زا ارزیابی هشیارانه‌تری دارند و از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور استفاده می‌کنند [۹۳، ۶۵]. مفهوم ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بپذیرند که اگرچه هیجان‌های منفی در زندگی همه وجود دارد، اما این هیجان‌ها بخش ثابتی از شخصیت و روند زندگی نیستند. پذیرش این مسئله فرد را قادر می‌سازد که به جای واکنش‌های غیرارادی به هیجان‌ها و رویدادهای برانگیزاننده

1. Burpee & Langer.

### ابزارهای پژوهش

به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد پژوهش از ۴ پرسش نامه استفاده شده است که در ذیل آمده است:

#### ۱. پرسش نامه دلزدگی زناشویی پاییز<sup>۱</sup> (CBM):

مقیاس دلزدگی زناشویی یک ابزار خود سنجی است که برای اندازه گیری درجه دلزدگی زناشویی در بین زوجین طراحی گردیده است. این مقیاس از یک ابزار خود سنجی دیگری که برای اندازه گیری دلزدگی به کار می رود، اقتباس شده است و توسط پاییز (۱۹۹۶م) ابداع گردید [۵۷]. این پرسش نامه حاوی ۲۱ ماده و ۳ جز اصلی خستگی جسمی، از پا افتادن عاطفی و از پا افتادن روانی است [۷۴]. تمام این موارد روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می شوند. طیف پاسخ گویی آن از نوع لیکرت بوده و حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین نمره ۲۱ خواهد بود.

ارزیابی ضریب اعتبار مقیاس دلزدگی زناشویی نشان داد، دارای یک همسانی درونی بین متغیرها در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ است. اعتبار به وسیله همبستگی های منفی با ویژگی های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است. [۷۵، ۵۷]. ضریب اطمینان آزمون باز آزمون ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای یک دوره چهارماهه بود. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی با ضریب ثابت آلفا سنجیده شد که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود [۷]. در ایران نیز نویدی [۱۸]، آلفا کرونباخ این پرسش نامه را در مورد نمونه ۲۴۰ نفری (۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم) ۰/۸۶ گزارش نموده است. در پژوهش پناهی و همکاران [۸]، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۸۳ و برای هر یک از خرده مقیاس های خستگی جسمی، از پا افتادن عاطفی و روانی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش نادری، افتخار و املازاده [۱۷] نیز برای به دست آوردن اعتبار CBM، این آزمون را با پرسش نامه رضایت زناشویی انریچ همبسته کردند و ضریب همبستگی بین این دو پرسش نامه ۰/۴۰- به دست آمد که در سطح  $P < 0/001$  معنادار است.

#### ۲. پرسش نامه تنیدگی ادراک شده کوهن<sup>۲</sup> (PSS-14):

این مقیاس توسط کوهن، کمارک و مرملستین<sup>۳</sup> (۱۹۸۳م)،

و... به طور هم زمان مورد بررسی قرار نداده اند و تنها متغیرهایی را در تدوین مدل خود به کار برده اند که همبستگی بالایی با وضعیت زناشویی دارند، پژوهش حاضر در نظر دارد مؤلفه های ذهن آگاهی و «استحکام من» را تحت عنوان متغیر میانجی در رابطه بین تنیدگی ادراک شده و دلزدگی زناشویی قرار دهد؛ بنابراین مسئله کنونی این تحقیق پاسخ به این پرسش است که آیا تنیدگی ادراک شده می تواند بر اساس «استحکام من» و ذهن آگاهی، دلزدگی زناشویی را در نمونه ای از زنان متأهل ایرانی پیش بینی نماید؟

### روش

#### نوع پژوهش

این پژوهش از نظر روش، نوعی پژوهش همبستگی و مبتنی بر روابط ساختاری است، تا امکان بررسی الگوی فرضی از ارتباطات مستقیم و غیر مستقیم در میان مجموعه متغیرهای مطرح شده در پژوهش فراهم آید.

#### آزمودنی

**جامعه آماری:** همه زنان کارمند متأهل دانشگاه های

شاهد، علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی تهران است. **نمونه پژوهش:** با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه لازم در مدل یابی معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر [۱۰، ۵۵] است، و با در نظر گرفتن تعداد ۱۵ مورد به ازای هر متغیر اندازه گیری شده در معادلات ساختاری [۲۰]؛ در پژوهش حاضر ۳۸۴ نفر از زنان متأهل انتخاب شدند که به واسطه ریزش داده ها و نداشتن ملاک های لازم برای پژوهش تعدادی از پاسخ ها کنار گذاشته شد و در نهایت ۳۶۹ داده باقی ماند (گروه نمونه در گستره سنی ۲۰-۴۰، گذشت حداقل ۳ سال از ازدواج و زندگی با همسر، حداقل مدرک دیپلم، وابستگی نداشتن به مواد، نگذراندن رخدادهای تنش زا همچون؛ مرگ عزیز و تولد فرزند معلول در ۳ ماه گذشته و مصرف نکردن دارو در ۳ ماه اخیر به علت مسائل روان شناختی). از این تعداد ۱۲۲ نفر از دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۴ نفر از دانشگاه علوم پزشکی ایران و ۱۱۳ نفر از دانشگاه شاهد هستند. روش نمونه گیری، در دسترس مبتنی بر هدف بوده و پرسش نامه ها به صورت آنلاین آماده شده و در اختیار افراد نمونه قرار گرفت.

1. Pines Marital Boredom Questionnaire.  
2. Cohen Perceived Stress Questionnaire.  
3. Cohen, Cemark, Mermelestin.

هستند را می‌سنجد. نسخه اولیه این پرسش‌نامه شامل ۱۲۸ ماده است و پس از بررسی پرسش‌نامه ۸ تا از ضعیف‌ترین ماده‌ها در هر زیر مقیاس حذف شدند و بنابراین، نسخه نهایی آن دارای ۶۴ پرسش و نسخه کوتاه آن نیز دارای ۳۲ پرسش است و در یک مقیاس لیکرت از ۵ (کاملاً موافقم) تا ۱ (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود.

مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷)، اعتبار صوری، محتوا و سازه این پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار دادند و همسانی درونی آن نیز در پژوهش‌های مختلف تأیید شده و اعتبار هم‌زمان آن نیز از طریق بررسی ارتباط با پیشرفت هویت، عزت‌نفس، هدف در زندگی، موضع کنترل درونی و نقش‌های جنسی نشان‌دهنده است. اعتبار افتراقی آن نیز با همبستگی منفی میان نیرومندی من با ناامیدی، اغتشاش هویت، هویت تأخیری و درماندگی مشخص شده است [۱۲]. در پژوهش مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷م)، آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌های هشت‌گانه عبارت‌اند از: امید، ۰/۸۳، اختیار ۰/۶۹، هدف، ۰/۵۲، شایستگی، ۰/۷۸، صداقت، ۰/۶۲، عشق، ۰/۶۴، مراقبت، ۰/۸۴ و فرزاندگی، ۰/۸، به غیر از آلفای کرونباخ زیر مقیاس هدف که ۰/۵۲ است سایر زیر مقیاس‌ها آلفای قابل قبولی دارند. آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳ به‌دست آمده است. همچنین بررسی‌ها نشان داده است که فرم ۳۲ پرسشی آن نیز از اعتبار و پایایی لازم برخوردار است و پایایی آن ۰/۹۱ گزارش شده است [۶۲]. در پژوهش الطافی [۲۴]، آلفای کرونباخ سیاهه را بر روی نمونه ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دونیمه‌سازی مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرد. در پژوهش سالاری [۱۲]، اعتبار صوری و محتوایی این پرسش‌نامه مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است و پایایی فرم ۳۲ پرسشی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۸۶ به‌دست آمد. در پژوهش غضنفری و ریاحی [۱۳]، پایایی کل پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد که رضایت‌بخش است و از بین مقیاس‌های فرعی، مقیاس مراقب بیشترین پایایی (۰/۷۳) و مقیاس عشق کمترین پایایی (۰/۲۹) را دارا هستند. اعتبار نیز از طریق همسانی درونی و تحلیل عوامل محاسبه شد که نشان داد این پرسش‌نامه همسانی درونی بالایی داشته و همبستگی متقابل بین ۶۴ ماده قوی و رضایت‌بخش بوده و از اعتبار سازه رضایت‌بخشی برخوردار است.

به‌منظور ارزشیابی شناختی افراد از محرک‌های تنش‌زا (تنیدگی زا) یعنی درجه‌ای که در آن افراد احساس می‌کنند رویدادهای زندگی‌شان «غیرقابل پیش‌بینی»، غیر قابل کنترل و پرفشار هستند ایجاد شده است. این مقیاس شامل ۱۴ ماده است و دو خرده مقیاس را می‌سنجد: الف. خرده مقیاس ادراک منفی از تنیدگی؛ ب. خرده مقیاس ادراک مثبت از تنیدگی. نحوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت است. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است.

کوهن و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس در سه گروه آزمودنی‌ها (دو گروه دانشجوی و یک گروه نامتجانس دیگر) بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ محاسبه کرده‌اند. آن‌ها برای محاسبه اعتبار ملاک این مقیاس ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشانه شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ محاسبه کرده‌اند. میمورا و گریفیث<sup>۱</sup> در پژوهش بر روی دانشجویان ژاپنی ضریب آلفای کرونباخ اصلی و مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به‌دست آوردند که این ضرایب به ضرایب پایایی نسخه اصلی خیلی نزدیک است. در مقیاس اصلی، دو عامل ۵۳/۲ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل نخست ۲۷/۳ درصد و عامل دوم ۲۵/۹ درصد. در صورتی که در مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی دو عامل ۴۹/۹ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل نخست ۲۸/۵ درصد واریانس و عامل دوم ۲۱/۴ درصد واریانس [۱]. ضریب همسانی گویه‌های این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی نیز توسط آگاه هریس و موسوی [۳] تأیید شده است و آلفای کرونباخ گویه‌ها برابر با ۰/۸۴ محاسبه شده است. همچنین تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی به استخراج دو عامل توانایی مقابله با استرس و احساس منفی از استرس انجامید که با هم ۴۸/۲٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند.

### ۳. پرسش‌نامه روان‌شناختی قدرت ایگو<sup>۲</sup> (PIES):

این پرسش‌نامه بر اساس تحلیل دقیق نوشته‌های اریکسون توسط مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷م) ساخته شده است. این پرسش‌نامه هشت نقطه قدرت ایگو که شامل امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد

۱. Mimora, Griffith.

۲. Psychological Inventory of Ego-strength.

#### ۴. پرسش‌نامه ذهن آگاهی پنج عاملی<sup>۱</sup> (FFMQ):

این پرسش‌نامه ابزار خود گزارشی است که توسط بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمایر و تونی<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) تنظیم شده است و از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسش‌نامه ذهن آگاهی فریبرگ<sup>۳</sup> [۹۰]، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه [۳۲]، مقیاس ذهن آگاهی کنتاکی<sup>۴</sup> [۲۷]، مقیاس تجدید نظر شده ذهن آگاهی شناختی و عاطفی [۴۳] و پرسش‌نامه ذهن آگاهی سوتامپتون<sup>۵</sup> [۳۶] با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. این پرسش‌نامه حاوی ۳۹ ماده و ۵ مؤلفه است که عبارتند از: مشاهده، توصیف، عمل با آگاهی، قضاوت‌نکردن در مورد تجارب درونی و واکنش‌نداشتن به تجارب درونی. نمره هر یک از زیر مقیاس‌ها برحسب مجموع ارزش گزینه‌های هر ماده (هرگز=۱، به‌ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴، همیشه=۵) محاسبه می‌شود. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ است.

بائر و همکاران در سال ۲۰۰۶م برای بررسی اعتبار سازه و همزمان پرسش‌نامه پنج‌وجهی ذهن آگاهی را با سازه‌هایی نظیر هوش هیجانی، گشودگی، برون‌گرایی، روان‌رنجور خویی، نشانه‌های روان‌شناختی، سرکوب فکر، اشکال در تنظیم هیجان، الکسی‌تایمی، اجتناب تجربی سنجیدند و نتایج بررسی‌ها همبستگی مثبت بین ذهن آگاهی، گشودگی و هوش هیجانی و همبستگی منفی بین ذهن آگاهی، الکسی‌تایمی، تجزیه، نشانه‌های روان‌شناختی، روان‌رنجور خویی و سرکوب فکر را نشان دادند. همچنین به بررسی اعتبار سازه پرسش‌نامه در دو گروه با تجربه مدیتیشن و بدون تجربه مدیتیشن پرداختند. همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا برای غیر واکنشی بودن ۰/۷۵، توصیف ۰/۹۱، مشاهده ۰/۸۳، عمل با هوشیاری ۰/۸۷ و غیر قضاوتی بودن ۰/۸۷ محاسبه گردید [۲۷]. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت [۲، ۶۸]. در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران انجام گرفت، در پژوهش احمدوند و همکاران [۲]، در نمونه غیربالینی، از دو روش همسانی درونی

و آزمون - بازآزمون برای بررسی پایایی و پرسش‌نامه‌های NEO-FFI، پرسش‌نامه هوش هیجانی شرینگ، بهزیستی روان‌شناختی و پرسش‌نامه SCL-25 برای واری اعتبار همزمان و تحلیل عاملی استفاده شد. براساس یافته‌ها، ضرایب همبستگی باز آزمون در نمونه ایرانی بین  $r=0/57$  (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و  $r=0/84$  (عامل مشاهده) مشاهده گردید و بیانگر پایایی مناسب با ضرایب آلفا بین ۰/۵۵ مربوط به عامل غیر واکنشی بودن تا ۰/۸۳ مربوط به عامل توصیف و نیز اعتبار مناسب این پرسش‌نامه در نمونه‌های غیر بالینی بوده است و بین ذهن آگاهی و پنج عامل شخصیت و نیز مؤلفه‌های بهزیستی روانی، نشانه‌های روان‌شناختی و هوش هیجانی در پاره‌ای از موارد همبستگی مثبت و در پاره‌ای دیگر همبستگی‌های منفی مشاهده شد [۲]. در پژوهش تمنایی فرو همکاران [۹] نیز باتوجه به تأکید ساختار پنج عاملی با روش تحلیل موازی، اعتبار سازه از طریق تحلیل عامل تأییدی با روش گروه بندی ماده‌ها تأیید شد. پایایی باز آزمایی در نمونه ۵۸ نفری (۳۰ مرد و ۲۸ زن) با میانگین سنی ۲۳/۵۷ و انحراف استاندارد ۴/۶ نشان داد، ضرایب همبستگی در مقیاس‌های FFMQ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ و پایایی باز آزمایی کل مقیاس ۰/۸۹ است؛ بنابراین پرسش‌نامه از پایایی خوبی برخوردار است.

#### شیوه انجام پژوهش

باتوجه به پاندمی ویروس COVID-19 در کشور و محدودیت‌هایی که برای جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت حضوری وجود دارد، پرسش‌نامه‌های پژوهش به‌صورت آنلاین و در سایت «پرس لاین» طراحی و لینک آنها در اختیار افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بوده و ملاک‌های ورود را دارا هستند، قرار گرفت. پیش از پاسخ‌گویی به پرسش‌ها، پژوهشگر شرایط پاسخ‌گویی و اصل محرمانه بودن اطلاعات را در قالب پیام متنی یا صوتی برای اعضای نمونه ارسال کرد. باتوجه به اینکه اعضای نمونه پژوهش ما زنان کارمند در دانشگاه‌های شهر تهران هستند، با مراجعه حضوری به دانشگاه‌های ذکر شده و همچنین دسترسی به گروه‌های اعضای نمونه در فضای مجازی واتساپ، با ارائه توضیحات پیرامون پژوهش حاضر، لینک پرسش‌نامه در صورت رضایت و هماهنگی این افراد برای آنها ارسال شد.

1. Five-Factor Mindfulness Questionnaire.
2. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney.
3. Freiberg.
4. Kentaki.
5. Southampton.

بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۴/۹۱ و میانگین مدت زمان ازدواج آنها بر حسب سال ۱۰/۳۸ بوده است. همچنین بیشترین درصد فراوانی به گروهی از اعضای نمونه با تحصیلات کارشناسی با ۵۳/۷ درصد بر می‌گردد. در متغیرهای دلزدگی زناشویی، تنیدگی ادراک شده، استحکام من و ذهن آگاهی به ترتیب بیشترین میانگین به مؤلفه‌های خستگی روانی، ادراک منفی، وفاداری و عمل با آگاهی بر می‌گردد.

در ادامه جهت بررسی معناداری همبستگی میان متغیرهای پژوهش و آزمون فرضیه‌های اصلی و فرعی پژوهش مبنی بر روابط میان متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه شده است.

پس از پاسخ دهی افراد نمونه، پرسش‌نامه‌ها توسط پژوهشگر نمره‌گذاری شده و در نهایت اقدامات لازم جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده صورت گرفت.

### شیوه تحلیل داده‌ها

از آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در بخش آمار توصیفی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف استاندارد) ارائه شده و در بخش آمار استنباطی فرضیه‌های اصلی و فرعی مورد بررسی قرار گرفت و مدل مفهومی پیشنهادی با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار Amos-23 و SPSS-23 تحلیل شده و برازش مدل مورد تجزیه و تحلیل واقع شد.

### نتایج

پژوهش حاضر بر روی ۳۶۹ نفر از زنان متأهل انجام شد.

جدول ۱. مقادیر ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای تنیدگی ادراک شده و دلزدگی زناشویی

|             | تنیدگی   | ادراک مثبت | ادراک منفی | دلزدگی   | خستگی جسمی | خستگی عاطفی | خستگی روانی |
|-------------|----------|------------|------------|----------|------------|-------------|-------------|
| تنیدگی      | ۱        |            |            |          |            |             |             |
| ادراک مثبت  | ۰/۸۲۵ ** | ۱          |            |          |            |             |             |
| ادراک منفی  | ۰/۸۰۴ ** | ۰/۳۲۹ **   | ۱          |          |            |             |             |
| دلزدگی      | ۰/۷۳ **  | ۰/۵۱ **    | ۰/۶۸۴ **   | ۱        |            |             |             |
| خستگی جسمی  | ۰/۶۲۱ ** | ۰/۳۵۲ **   | ۰/۶۶۹ **   | ۰/۹۲۶ ** | ۱          |             |             |
| خستگی عاطفی | ۰/۶۸۲ ** | ۰/۴۸۴ **   | ۰/۶۳۳ **   | ۰/۹۷۷ ** | ۰/۸۶۶ **   | ۱           |             |
| خستگی روانی | ۰/۷۷۶ ** | ۰/۶۰۱ **   | ۰/۶۶۵ **   | ۰/۹۶۴ ** | ۰/۸۱۸ **   | ۰/۹۳۲ **    | ۱           |

جدول ۲. مقادیر ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای استحکام من و دلزدگی زناشویی

| مراقبت | هدف      | وفاداری  | شایستگی  | امید     | خردمندی  | عشق      | اراده    | استحکام من | خستگی روانی | خستگی عاطفی | خستگی جسمی | دلزدگی    |
|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|
|        |          |          |          |          |          |          |          |            |             |             |            | ۱         |
|        |          |          |          |          |          |          |          |            |             |             | ۱          | ۰/۹۲۶ **  |
|        |          |          |          |          |          |          |          |            |             | ۱           | ۰/۸۶۶ **   | ۰/۹۷۷ **  |
|        |          |          |          |          |          |          |          |            | ۱           | ۰/۹۳۲ **    | ۰/۸۱۸ **   | ۰/۹۶۴ **  |
|        |          |          |          |          |          |          |          | ۱          | -۰/۷۰۵ **   | -۰/۶۰۳ **   | -۰/۵۰۵ **  | -۰/۶۳۹ ** |
|        |          |          |          |          |          |          | ۱        | ۰/۸۴۱ **   | -۰/۶۰۸ **   | -۰/۵۲۷ **   | -۰/۴۳۶ **  | -۰/۵۵۴ ** |
|        |          |          |          |          |          | ۱        | ۰/۰۵۵    | ۰/۲۲۹ **   | ۰/۰۴۹       | ۰/۰۸۹       | ۰/۰۶۴      | ۰/۰۷۰     |
|        |          |          |          |          | ۱        | ۰/۰۷۱    | ۰/۷۶۱ ** | ۰/۸۷۶ **   | -۰/۶۹۳ **   | -۰/۶۰۷ **   | -۰/۵۶۲ **  | -۰/۶۵۳ ** |
|        |          |          |          | ۱        | ۰/۷۷۸ ** | ۰/۰۷۲    | ۰/۷۷۰ ** | ۰/۸۸۵ **   | -۰/۶۷۸ **   | -۰/۵۹۸ **   | -۰/۵۳۵ **  | -۰/۶۳۶ ** |
|        |          |          | ۱        | ۰/۸۲۰ ** | ۰/۸۲۴ ** | ۰/۱۱۷ ** | ۰/۷۹۰ ** | ۰/۹۱۳ **   | -۰/۶۹۲ **   | -۰/۶۰۳ **   | -۰/۴۷۱ **  | -۰/۶۳۲ ** |
|        |          | ۱        | ۰/۶۸۸ ** | ۰/۶۰۸ ** | ۰/۵۷۲ ** | ۰/۰۴۷    | ۰/۵۴۲ ** | ۰/۷۵۴ **   | -۰/۵۸۱ **   | -۰/۵۰۲ **   | -۰/۳۶۱ **  | -۰/۵۱۱ ** |
|        | ۱        | ۰/۶۱۰ ** | ۰/۷۷۰ ** | ۰/۷۷۲ ** | ۰/۷۷۰ ** | ۰/۰۹۱    | ۰/۷۸۳ ** | ۰/۸۶۷ **   | -۰/۶۰۵ **   | -۰/۵۱۶ **   | -۰/۴۴۹ **  | -۰/۵۵۳ ** |
| ۱      | ۰/۳۲۵ ** | ۰/۴۷۱ ** | ۰/۳۴۲ ** | ۰/۳۸۷ ** | ۰/۳۵۳ ** | ۰/۱۵۵ ** | ۰/۲۵۰ ** | ۰/۵۱۶ **   | -۰/۲۳۷ **   | -۰/۱۲۷ **   | -۰/۰۳۶     | -۰/۱۴۷ ** |

جدول ۳. مقادیر ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای ذهن آگاهی و دلزدگی زناشویی

| عمل با آگاهی | توصیف   | مشاهده  | قضاوت نکردن | واکنش نداشتن | ذهن آگاهی | خستگی روانی | خستگی عاطفی | خستگی جسمی | دلزدگی   |              |
|--------------|---------|---------|-------------|--------------|-----------|-------------|-------------|------------|----------|--------------|
|              |         |         |             |              |           |             |             |            | ۱        | دلزدگی       |
|              |         |         |             |              |           |             |             | ۱          | ۰/۹۲۶**  | خستگی جسمی   |
|              |         |         |             |              |           |             | ۱           | ۰/۸۶۶**    | ۰/۹۷۷**  | خستگی عاطفی  |
|              |         |         |             |              |           | ۱           | ۰/۹۳۲**     | ۰/۸۱۸**    | ۰/۹۶۴**  | خستگی روانی  |
|              |         |         |             |              | ۱         | -۰/۶۰۳**    | -۰/۵۸۱**    | -۰/۴۳۸**   | -۰/۵۷۱** | ذهن آگاهی    |
|              |         |         |             | ۱            | ۰/۴۸۳**   | -۰/۲۷۶**    | -۰/۲۶۳**    | -۰/۲۵**    | -۰/۲۷۶** | واکنش نداشتن |
|              |         |         | ۱           | ۰/۲۰۱**      | ۰/۶۰۶**   | -۰/۴۵۴**    | -۰/۴۸**     | -۰/۴۸۴**   | -۰/۴۹۳** | قضاوت نکردن  |
|              |         | ۱       | ۰/۰۶۷       | ۰/۳۰۱**      | ۰/۶۸۶**   | -۰/۲۹۳**    | -۰/۲۹۲**    | -۰/۰۷۴**   | -۰/۲۳۹** | مشاهده       |
|              | ۱       | ۰/۵۴۳** | ۰/۵۱۲**     | ۰/۳۲۶**      | ۰/۸۷۲**   | -۰/۵۱۱**    | -۰/۴۶۳**    | -۰/۳۳۹**   | -۰/۴۶۴** | توصیف        |
| ۱            | ۰/۶۳۷** | ۰/۴۰۷** | ۰/۴۱۵**     | ۰/۱۱۸*       | ۰/۸۰۲**   | -۰/۵۴۳**    | -۰/۵۰۸**    | -۰/۴**     | -۰/۵۱۱** | عمل با آگاهی |

جدول ۴. مقادیر ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای تنیدگی ادراک شده و استحکام من

| مراقبت | هدف     | وفاداری | شایستگی | امید    | خردمندی | عشق     | اراده   | استحکام من | ادراک منفی | ادراک مثبت | تنیدگی   |          |            |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|------------|------------|----------|----------|------------|
|        |         |         |         |         |         |         |         |            |            |            | ۱        | تنیدگی   |            |
|        |         |         |         |         |         |         |         |            |            |            | ۱        | ۰/۸۲۵**  | ادراک مثبت |
|        |         |         |         |         |         |         |         |            | ۱          | ۰/۳۲۹**    | ۰/۸۰۴**  | ۰/۸۰۴**  | ادراک منفی |
|        |         |         |         |         |         |         |         | ۱          | -۰/۶۳۹**   | -۰/۶۴۵**   | -۰/۷۸۸** | -۰/۷۸۸** | استحکام من |
|        |         |         |         |         |         |         | ۱       | ۰/۸۴۱**    | -۰/۵۹۲**   | -۰/۶۲۱**   | -۰/۷۴۵** | -۰/۷۴۵** | اراده      |
|        |         |         |         |         |         | ۱       | ۰/۰۵۵   | ۰/۲۲۹**    | -۰/۰۱۹     | ۰/۰۱۱      | -۰/۰۰۵   | -۰/۰۰۵   | عشق        |
|        |         |         |         |         | ۱       | ۰/۰۷۱   | ۰/۷۶۱** | ۰/۸۷۶**    | -۰/۶۴۶**   | -۰/۵۸۸**   | -۰/۷۵۷** | -۰/۷۵۷** | خردمندی    |
|        |         |         |         | ۱       | ۰/۷۷۸** | ۰/۰۷۲   | ۰/۷۷**  | ۰/۸۸۵**    | -۰/۶۵۱**   | -۰/۶۳۲**   | -۰/۷۸۷** | -۰/۷۸۷** | امید       |
|        |         |         | ۱       | ۰/۸۲**  | ۰/۸۲۴** | ۰/۱۱۷** | ۰/۷۹**  | ۰/۹۱۳**    | -۰/۵۷۷**   | -۰/۶۵۱**   | -۰/۷۵۴** | -۰/۷۵۴** | شایستگی    |
|        |         | ۱       | ۰/۶۸۸** | ۰/۶۰۸** | ۰/۵۷۲** | ۰/۰۴۷   | ۰/۵۴۲** | ۰/۷۵۴**    | -۰/۵۰۵**   | -۰/۴۴۲**   | -۰/۵۸**  | -۰/۵۸**  | وفاداری    |
|        | ۱       | ۰/۶۱**  | ۰/۷۷**  | ۰/۷۷۲** | ۰/۷۷**  | ۰/۰۹۱   | ۰/۷۸۳** | ۰/۸۶۷**    | -۰/۵۹۲**   | -۰/۵۹۸**   | -۰/۷۳**  | -۰/۷۳**  | هدف        |
| ۱      | ۰/۳۲۵** | ۰/۴۷۱** | ۰/۳۴۲** | ۰/۳۸۷** | ۰/۳۵۳** | ۰/۱۵۵** | ۰/۲۵**  | ۰/۵۱۶**    | -۰/۲۰۸**   | -۰/۲۶۶**   | -۰/۲۹۲** | -۰/۲۹۲** | مراقبت     |

جدول ۵. مقادیر ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای تنیدگی ادراک شده و ذهن آگاهی

| عمل با آگاهی | توصیف   | مشاهده  | قضاوت نکردن | واکنش نداشتن | ذهن آگاهی | ادراک منفی | ادراک مثبت | تنیدگی   |              |
|--------------|---------|---------|-------------|--------------|-----------|------------|------------|----------|--------------|
|              |         |         |             |              |           |            |            | ۱        | تنیدگی       |
|              |         |         |             |              |           |            | ۱          | ۰/۸۲۵**  | ادراک مثبت   |
|              |         |         |             |              |           | ۱          | ۰/۳۲۹**    | ۰/۸۰۴**  | ادراک منفی   |
|              |         |         |             |              | ۱         | -۰/۴۷۳**   | -۰/۶۱۴**   | -۰/۶۶۹** | ذهن آگاهی    |
|              |         |         |             | ۱            | ۰/۴۸۳**   | -۰/۲۶۱**   | -۰/۲۸۸**   | -۰/۳۳۷** | واکنش نداشتن |
|              |         |         | ۱           | ۰/۲۰۱**      | ۰/۶۰۶**   | -۰/۵۱۳**   | -۰/۲۲۷**   | -۰/۴۵**  | قضاوت نداشتن |
|              |         | ۱       | ۰/۰۶۷       | ۰/۳۰۱**      | ۰/۶۸۶**   | ۰/۰۰۴      | -۰/۴۹۶**   | -۰/۳۱**  | مشاهده       |
|              | ۱       | ۰/۵۴۳** | ۰/۵۱۲**     | ۰/۳۲۶**      | ۰/۸۷۲**   | -۰/۴۱۶**   | -۰/۵۱۶**   | -۰/۵۷۳** | توصیف        |
| ۱            | ۰/۶۳۷** | ۰/۴۰۷** | ۰/۴۱۵**     | ۰/۱۱۸*       | ۰/۸۰۲**   | -۰/۴۷۸**   | -۰/۵۴۴**   | -۰/۶۲۸** | عمل با آگاهی |

می‌دهد، همبستگی میان تنیدگی ادراک شده و «استحکام من» در محدوده متوسط رو به بالا بوده و میان دو متغیر رابطه منفی و معکوس برقرار است ( $P < 0/05$ ). یافته‌های جدول ۵ نشانگر این است که همبستگی میان دو متغیر تنیدگی ادراک شده و ذهن آگاهی محدوده متوسط رو به بالا است و رابطه منفی میان این دو متغیر برقرار است ( $P < 0/05$ ). در ادامه نیز با استفاده از برون داده‌های مدل، فرضیه اصلی مطرح شده در پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نیز در جدول ۶ ارائه شده است. همچنین در جدول ۷ نتایج ضرایب ساختاری مدل ارائه شد.

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، همبستگی به دست آمده میان تنیدگی ادراک شده و دلزدگی زناشویی در حد متوسط رو به بالایی برقرار بوده و رابطه میان این دو متغیر مثبت و معنادار است ( $P < 0/05$ ). جدول ۲ نشان می‌دهد، همبستگی به دست آمده میان «استحکام من» و دلزدگی زناشویی در محدوده متوسط رو به بالا است و رابطه این دو متغیر معکوس و معنادار است ( $P < 0/05$ ). جدول ۳ نیز نشان می‌دهد، همبستگی میان متغیرهای ذهن آگاهی و دلزدگی زناشویی در محدوده متوسط قرار دارد و رابطه این دو متغیر نیز معکوس و معنادار است ( $P < 0/05$ ). نتایج جدول ۴ نشان

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل

| مقدار  | شاخص   | مقدار | شاخص    | مقدار  | شاخص | مقدار  | شاخص   |
|--------|--------|-------|---------|--------|------|--------|--------|
| ۰/۰۰۱  | P      | ۳/۷۸  | CMIN/DF | ۱۱۰    | DF   | ۴۱۶/۱۶ | CMIN   |
| ۰/۹۱   | IFI    | ۲/۴   | MECVI   | ۰/۹۱   | CFI  | ۷۹     | NPAR   |
| ۳۰۶/۱۶ | NCP    | ۰/۶۵  | PCFI    | ۰/۶۳   | PNFI | ۰/۷۱   | PRATIO |
| ۰/۰۰۱  | PCLOSE | ۰/۱   | RMSEA   | ۱/۲۵   | F0   | ۱/۷    | FMIN   |
|        |        | ۲/۳۵  | ECVI    | ۵۸۷/۵۱ | BCC  | ۵۷۴/۱۶ | AIC    |



جدول ۷. رگرسیون وزنی مدل ساختاری

| خطای معیار<br>S.E | نسبت بحرانی<br>C.R | سطح معناداری<br>P | ضرایب ساختاری<br>(تخمین) |                                      |
|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| ۰/۰۵              | -۱۱/۹۳             | ***               | -۰/۶۸                    | تنیدگی ادراک شده <---> استحکام من    |
| ۰/۱۴              | -۱۱/۰۶             | ***               | -۱/۵۸                    | تنیدگی ادراک شده <---> ذهن آگاهی     |
| ۴/۵۵              | ۱/۶۱               | ۰/۱۰۷             | ۷/۳۳                     | تنیدگی ادراک شده <---> دزدگی زناشویی |
| ۶/۱۶              | ۱/۱۲               | ۰/۰۰۹             | ۰/۹۶                     | استحکام من <---> دزدگی زناشویی       |
| ۰/۲               | ۲/۹۵               | ۰/۰۰۳             | ۰/۵۹                     | ذهن آگاهی <---> دزدگی زناشویی        |

جهانیان و سپهری شاملو [۴۹]، کچویی و فتحی آشتیانی [۵۱] و قایدی [۱۵] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به اهمیت بررسی ارتباط میان انواع تنیدگی‌ها و استرس‌ها و کیفیت روابط زناشویی اشاره کرد [۷۷]. دزدگی زناشویی بیانگر رابطه زناشویی است که رو به زوال می‌رود؛ یعنی زن و شوهر صمیمی بودن را از یک دیگر دریغ می‌دانند و روی از هم بر می‌تابند که در نهایت به جدایی می‌انجامد. دزدگی زناشویی پاسخی طولانی مدت به استرس‌های خانوادگی است [۲۳]. لئوپولد و کالمیجین<sup>۳</sup> [۵۹] بیان کردند؛ آشفتگی‌ها و پریشانی‌های هیجانی منجر به ناتوانی زوجین در مدیریت رابطه خود و دزدگی می‌گردد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند، استحکام من بالا، تحمل و ظرفیت افراد را در مقابل استرس و اضطراب ناشی از مطالبات نهاد و فرامن افزایش می‌دهد و سبب می‌گردد در مواقع استرس‌زا همچون مشاجرات زناشویی بهتر عمل کنند [۳۴]. ذهن آگاهی نیز منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی می‌شود و سبب می‌گردد، فرد هشیاری و آگاهی فزاینده‌ای در فعالیت‌های روزانه خود به‌دست آورد و این آگاهی از افکار و احساسات منجر به تغییر ارتباط فرد با آن افکار و احساسات می‌شود و این امر می‌تواند در کاهش دزدگی زناشویی مؤثر باشد [۵].

ب. بررسی فرضیه روابط معکوس معنادار دزدگی زناشویی با دو متغیر میانجی استحکام من و ذهن آگاهی: همچنین نتایج نشان داد، دزدگی زناشویی با استحکام من و ذهن آگاهی رابطه معناداری دارد. این نتایج با پژوهش‌های نیکیتا و لری<sup>۴</sup> [۶۹]، لارنت<sup>۵</sup> و همکاران [۵۶] و قاسمی

نتایج نشان داد، مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری پژوهش دارای برازش مطلوب است. تنیدگی ادراک شده قادر است با ضرایب ساختاری  $-۰/۶۸$  و  $-۱/۵۸$  تغییرات استحکام من و ذهن آگاهی را به‌صورت معناداری تبیین کند ( $P=***$ ). استحکام من و ذهن آگاهی نیز قادر اند با ضرایب ساختاری  $۰/۹۶$  و  $۰/۵۹$  تغییرات دزدگی زناشویی را به صورت مثبت و معناداری تبیین کنند ( $P=0/009$ ) ( $P=0/003$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

الف. بررسی فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر برازش مطلوب مدل تأثیر تنیدگی ادراک شده بر دزدگی زناشویی با میانجی‌گری «استحکام من» و ذهن آگاهی: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی دزدگی زناشویی بر اساس تنیدگی ادراک شده با میانجی‌گری «استحکام من» و ذهن آگاهی در زنان متأهل انجام شده است. مهم‌ترین یافته تحقیق حاضر اثر پیش‌بینی کننده تنیدگی ادراک شده بر دزدگی زناشویی از طریق «استحکام من» و ذهن آگاهی در زنان متأهل است و تنیدگی ادراک شده به‌واسطه استحکام من و ذهن آگاهی قادر است در قالب روابط ساختاری دزدگی زناشویی را به‌طور معناداری تبیین کند. بر اساس یافته‌ها تنیدگی ادراک شده به تنهایی قادر به پیش‌بینی دزدگی زناشویی به‌گونه‌ای معنادار در گروه نمونه نیست ولی میانجی‌گری دو متغیر استحکام من و ذهن آگاهی این امر را میسر می‌سازد. این یافته با پژوهش‌های رینا و میتی [۷۷]، وی، جی، لی و ژانگ<sup>۱</sup> [۹۱]، کاپن<sup>۲</sup> و همکاران [۵۲]،

3 . Leopold, Kalmijn.

4 . Nikita, & Lori.

5 . Laurent.

1 . Wei, Ji, & Zhang.

2 . Kappen.

را کاهش می‌دهد [۳۰]. ذهن‌آگاهی با تسهیل ارزیابی مثبت موجب کاهش نتایج زیان بار ناشی از شرایط تنیدگی‌زا می‌شود و از طریق استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب سبب کاهش مشکلات مربوط به شرایط تنیدگی‌زا می‌گردد [۲۹].  
د. بررسی فرضیه روابط معنادار میان دو متغیر میانجی استحکام من و ذهن‌آگاهی:

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش میان استحکام من و ذهن‌آگاهی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های استاکر<sup>۸</sup> [۸۲]، روسینی<sup>۹</sup> [۷۹]، باجاج<sup>۱۰</sup> [۲۸]، مهدی‌پور و کرد [۶۱] و نیرومندی [۱۹] همسو است. بر اساس مطالعات ذهن‌آگاهی سبب افزایش توانایی عمیق خودآگاهی و پذیرش خود [۸۰]، تاب‌آوری و استحکام من [۴۲] و ارتقا کیفیت زندگی می‌گردد [۴۶] و با افزایش هوشیاری، تمرکز پایا و گشودگی ذهن و کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی، تاب‌آوری و استحکام من را افزایش می‌دهد [۶۱].

باجاج [۲۸] نیز در پژوهش خود نشان داد، تاب‌آوری و استحکام من در رابطه بین ذهن‌آگاهی و عواطف مثبت و منفی بهزیستی ذهنی به‌عنوان میانجی عمل می‌کند؛ بنابراین می‌توان گفت، ذهن‌آگاهی منبعی اساسی برای استحکام من و تاب‌آوری بوده و افرادی که از ذهن‌آگاهی بالایی برخوردارند، مهارت‌هایی همچون حل مسئله، تصمیم‌گیری و ابراز وجود را گسترش می‌دهند. این امر منجر به افزایش استحکام و نیرومندی من در آنان شده و در نهایت رضایت خاطر بیشتری را برای این افراد فراهم می‌آورد.

### محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر بر روی زنان متأهل کارمند در سه دانشگاه ذکر شده در تهران انجام گرفت و باتوجه به اینکه به دلیل شرایط و محدودیت‌های حاصل از کرونا، تعطیلی دانشگاه‌ها و حضوری شیفتی کارکنان امکان بررسی تعداد بیشتر و نمونه جامع‌تر فراهم نبود؛ لذا تعمیم نتایج و یافته‌های پژوهش به سایر جوامع آماری باید با احتیاط صورت پذیرد. جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت آنلاین و نداشتن دسترسی حضوری به همه اعضای نمونه در شرایط کرونا و وجود

جوبنه و موسوی [۱۴] همسو است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند؛ زنانی که تنیدگی بیشتری ادراک می‌کنند سازگاری زناشویی پایین‌تری دارند. این زنان هنگام مواجهه با مسائل روزمره از جمله مشکلات خانوادگی بیشتر دچار تنیدگی شده و در حل و فصل آنها کمتر مؤثر هستند و از رابطه زناشویی خود احساس رضایت کمتری دارند [۷۸، ۷۷، ۶۷]. براساس پژوهش‌ها در شرایط تنیدگی و مشکلات، تاب‌آوری و استحکام من به افراد کمک می‌کند که با مشکلات کنار آمده و در نتیجه میزان استرس کمتری را در زندگی احساس کنند. از آنجایی که دلزدگی به نوعی با استرس‌های انباشته شده در زندگی ارتباط دارد، احتمالاً افرادی که استحکام من بالاتری دارند کمتر احتمال دارد که دچار دلزدگی زناشویی شوند [۲۵]. ون وریسویچک<sup>۱</sup> و همکاران [۸۷]، بورب و لانگر<sup>۲</sup> [۳۳] و واچزو و کردوا<sup>۳</sup> [۸۹] نیز در مطالعات خود نشان دادند، توانایی حضور فرد در لحظه به صورت آگاهی و توصیف هیجانات، ایجاد تمایز بین موقعیت‌های عاطفی، هوشیار شدن نسبت به دیدگاه‌های دیگری در رابطه به ارتقای هوش هیجانی و تنظیم مهارت‌های ارتباطی و در نهایت افزایش رضایت از رابطه زوج می‌انجامد [۶۴].

ج. بررسی فرضیه روابط معکوس معنادار تنیدگی ادراک شده با دو متغیر میانجی «استحکام من» و ذهن‌آگاهی:  
همچنین بر اساس نتایج، تنیدگی ادراک شده با استحکام من رابطه منفی و معناداری دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های لی، لی و پارک<sup>۴</sup> [۵۸]، نوردالی، کامینگ و تامپسون<sup>۵</sup> [۷۰]، کارمندی، رید، کریستفر و مریام<sup>۶</sup> [۳۵] و بادان فیروز، رحیمیان بوگر، ناجی<sup>۷</sup> و همکاران [۲۶] همسو است. براساس مطالعات «استحکام من» نقش مهمی در پیش‌بینی سلامت دارد [۴، ۳۴، ۸۱]. افرادی که استحکام من پایینی دارند در مواجهه با مشکلات به شیوه‌ای تکراری پاسخ داده و عدم انعطاف‌پذیری آنها مانع از حل مسئله درست می‌شود. در نتیجه استرس را افزایش و سازگاری

1. Van Vreeswijk.
2. Burpee, & Langer.
3. Wachs, Cordova.
4. Lee, Lee, Park.
5. Noordali, Cumming, Thompson.
6. Carmody, Reed, Kristeller, & Merriam.
7. Badanfirooz, Rahimian, Naji.

8. Stocker.  
9. Rosini.  
10. Bajaj.

محدودیت‌های ابزاری در جمع آوری داده‌ها که شاید این امر می‌توانست در نتایج تغییراتی را حاصل کند.

### پیشنهاد‌های پژوهش

باتوجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی زنان متأهل کارمند در دانشگاه انجام گرفته است، برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود؛ این پژوهش بر روی مردان نیز انجام شود تا امکان مقایسه دو جنس فراهم گردد. از آنجایی که این پژوهش در فضای دانشگاهی و در دانشگاه‌های سراسری تهران انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود؛ در ادارات و مشاغل دیگر و بر روی کارمندان آنها نیز انجام شود. همچنین باتوجه به شرایط کرونا و جمع آوری داده‌ها به صورت آنلاین و غیرحضوری پیشنهاد می‌شود؛ جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر پژوهش در شرایط دیگری نیز پژوهش انجام شود. باتوجه به اینکه نتایج نشان داد ذهن آگاهی می‌تواند دلزدگی زناشویی را در زنان متأهل نمونه پژوهش پیش بینی نماید، توصیه می‌شود که مراکز مشاوره، بهزیستی و خانواده درمانگران کارگاه‌ها و شرایطی را جهت آموزش و ارتقای ذهن آگاهی و مهارت‌های آن فراهم آورند و زمینه‌های لازم برای کاهش دلزدگی زناشویی مهیا گردد.

### منابع

- ۱- ابوالقاسمی ع، نریمانی م. *آزمون‌های روان‌شناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان؛ ۱۳۸۵.
- ۲- احمدوند ز، حیدری نسب ل، شعیری م. *تبیین بهزیستی روان‌شناختی براساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی*. *روانشناسی سلامت*. ۱۳۹۱؛ ۲(۲): ۶۰-۶۹  
<https://dori.net/dor/20.1001.1.23221283.1391.1.2.6.5>
- ۳- آگاه هریس م، موسوی ا. *مقایسه تیپ‌های شخصیتی در سطوح مختلف استرس ادراک شده*. *مجله علوم رفتاری*. ۱۳۹۲.
- ۴- بشارت م ع، منصوری ج، غریبی ح ر. *پیش‌بینی سطوح هوشیاری بر اساس استحکام من*. *روانشناسی*. ۱۳۹۸؛ ۸، ۴۵: (۳۹) - ۵۰. *پیش‌بینی سطوح بهوشیاری بر اساس استحکام من*

۵- بهابوند چگینی اح، ذاکری م. *اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و دلزدگی زناشویی مردان وابسته به موادمخدر*. *رویش روانشناسی*. ۱۳۹۹؛ ۹(۲): شماره پیاپی ۴۷.  
<http://noo.rs/go3kE>

۶- پاینز آ. *دلزدگی از روابط زناشویی*. ترجمه گوهری‌راد. افشار. تهران: انتشارات رادمهر؛ ۲۰۱۵.

۷- پاینز آ (۱۹۹۶). *چه کنیم تا عشق رویایی به دلزدگی نیجامد*. ترجمه فاطمه شاداب. تهران: انتشارات ققنوس؛ ۱۳۹۴.

۸- پناهی م، کاظمی جمارانی ش، عنایت‌پور شهر بابکی م، رستمی م. *اثربخشی زوج درمانی رفتاری-تلفیقی بر کاهش دلزدگی زناشویی و ترس از صمیمیت زوج‌ها*. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*. ۱۳۹۶؛ ۱۱(۴)، ۳۷۳-۳۹۲.  
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20084331.1396.1.1.4.4.7>

۹- تمنایی فر ش، اصغرنژاد فرید ع، امیرزایی م، سلیمانی م. *ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی*. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*. ۱۳۹۵؛ ۴۷(۱۲): ۳۲۱-۳۲۹.  
<https://civilica.com/doc/877433/>

۱۰- حبیبی آ، عدنور م. *مدل یابی معادلات ساختاری و تحلیل عاملی (آموزش کاربردی نرم افزار Lisrel)*. تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی؛ ۱۳۹۶.

۱۱- حیدری م، مروتی ذ، خانابایی ر. *رابطه علی بین ذهن آگاهی با تنیدگی ادراک شده در دانشجویان: نقش میانجی‌گری خودکارآمدی و هوش هیجانی*. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۳۹۷؛ ۱۶(۲) پیاپی ۳۱: ۸۶-۷۵.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2859>

۱۲- سالاری اح. *بررسی رابطه نیرومندی من و الگوهای ارتباطی زوجین با تعهد زوجین در شهر کرمان*. [آپایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره گرایش خانواده]. دانشگاه شهید باهنر کرمان. ۱۳۹۵.

۱۳- علی اکبری دهکردی م، حیدری نسب ل، کیقبادی ش. *رابطه عملکرد جنسی با سازگاری زناشویی در زنان متأهل*. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۳۹۲؛ ۸(۲۰): ۸.  
<https://dori.net/dor/20.1001.1.23452188.1392.11.1.8.4>

- 23- Alsawalqa RO. Marriage burnout: when the emotions exhausted quietly Quantitative Research. *Iranian Journal of Psychiatry and behavioral sciences*. 2019; 13(2).  
<http://dx.doi.org/10.5812/ijpbs.68833>
- 24- Altafi SH. Study and comparison of ego-strength and personality characteristics of Substance-Dependent Individuals. Dissertation. Tehran: Shahed University. 2010.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2944>  
[In Persian]
- 25- Azadi S, Azad H. The correlation of social support, tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in university of IAM. *Journal of Tebe-e-Janbaz*. 2011; 3(12): 48-58. <http://dx.doi.org/10.19082/5212>  
[In Persian]
- 26- BadanfiroozbA, Rahimian E, Naji AA, Sheikhi M. Cognitive emotion regulation in students: The predictive role of ego-power and personality organization. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2017; 11(8): 37- 45. article-1-979-fa.pdf [In Persian]
- 27- Baer RA, Smith GT, Allen K B. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of mindfulness Skills. Assessment. 2004; 11: 191-206. 10.1177/1073191104268029
- 28- Bajaj B. Mediating role of self-esteem in the relationship of mindfulness to resilience and stress. *J Emerg -Ment*. 2017; 19(4): 1-6. 10.4172/1522-4821.1000372
- 29- Bamber MD, Schneider J K. Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Educational Research Review*. 2016; 18: 1-32.  
<https://doi.org/10.1016/j.edurev.2015.12.004>
- 30- Bauer JJ, Schwab JR, McAdams D P. Self-actualizing: Where ego development finally feels good? *The Humanistic Psychologist*. 2011; 39: 1-15.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/08873267.2011.564978>
- 31- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulnessbased stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal Psychology Research*. 2010; (68): 539-544.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>
- ۱۴- قاسمی‌جوینه ر، موسوی س و، حسینی صدیق م. نقش میانجی نارسایی شناختی در ارتباط بین‌ذهن‌آگاهی و صمیمیت زناشویی سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*. ۱۳۹۸؛ ۵(۳): ۲۵۱-۲۶۱.  
<http://noo.rs/nGhLc>
- ۱۵- قایدی ن. پیش‌بینی دلزدگی زناشویی بر اساس مهارت‌های حل مسئله و کیفیت روابط جنسی، [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز. ۱۳۹۵.
- ۱۶- کمالیان ته، میرزاحسینی ح، منیرپور ن. مقایسه اثربخشی روش طرح‌واره‌های هیجانی با روش تمایز‌یافتگی خود بر دلزدگی زناشویی زنان. *فصلنامه علمی روانشناسی کاربردی*. ۱۳۹۹؛ ۱(۵۳): ۹-۳۳.  
<https://doi.org/10.52547/apsy.14.1.9>
- ۱۷- نادری ف، افتخار ز، املازاده ص. رابطه ویژگی‌های شخصیت و روابط صمیمی همسر با دلزدگی زناشویی در همسران معتادان مرد اهواز. *نشریه یافته‌های نو در روانشناسی (روانشناسی اجتماعی)*. ۱۳۸۹؛ ۴(۱۱): ۶۱-۷۸.  
<https://doi.org/10.30465/ws.2021.5694>
- ۱۸- نویدی ف. بررسی و مقایسه رابطه دلزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته مشاوره]. دانشگاه شهید بهشتی. ۱۳۸۴.
- ۱۹- نیرومندی ر، اکبری م، احمدیان ح، بخشی‌پور رودسری ع. نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین‌ذهن‌آگاهی و بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی شهرستان بناب در سال ۱۳۹۷: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۳۹۹؛ ۱۹(۸): ۷۷۳-۷۹۰.  
<https://civilica.com/doc/1586475/>
- ۲۰- هومن ح ع. مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل. تهران. انتشارات سمت؛ ۱۳۸۴.
- ۲۱- هافمن و.ج. پرستاری در سالمندان. ترجمه حیدرعلی عابدی وهمکاران. اصفهان: عروج؛ ۱۳۸۲ (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۷۶).
- 22- Alsam N, Imran R, Anwar M, Hameed Z, Atif Kafayat A. The Impact of Work Family Conflict on Turnover Intentions: An Empirical Evidence from Pakistan. *World Appl Sci J*. 2013; 24(5): 628-33.  
<http://dx.doi.org/10.5829/idosi.wasj.2013.24.05.13227>

- 41-Erikson E H. Youth: Fidelity and diversity. In E.H.Erikson.(Ed), The challenge of youth (pp.1-28). Garden City ,NY:Anchor Books.1965.
- 42-Esmaeilian N, Dehghani M, Dehghani Z, Lee J. Mindfulness -Based Cognitive Therapy Enhances Emotional Resiliency in Children with Divorced Parents. *J Mindfulness* 2018; 9(4): 1052 -1062. <https://doi.org/10.1016/J.JBTEP.2021.101636> [In Persion]
- 43-Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau Jp. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMSR). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2007; 29(3): 177-190. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- 44-Frued S. The ego and the id. In J. Strachey(Ed. and Trans.). The complete psychological works(Vol.19). New York: Norton, 1976.1923.
- 45-Ghasemi Jobaneh R, Nazari, A, Sanai Zaker, B. The effect of mindfulness training on reducing couple burnout of addict's wife. *Journal of Research & Health*. 2018; (6): 506- 512. <http://dx.doi.org/10.29252/jrh.8.6.506> [In Persion]
- 46-Ghashgaie S, Naziri G, Farnam R. The effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy on the quality of life of type 2 diabetic patients. *J Diab -Met* 2014; 13(4): 319 -30. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1> [In Persion]
- 47-Graham JM, Conoley CW. The role of marital attributions in the relationship between life stressors and marital quality. *Pers Relat*. 2006; 13(2): 231-41. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00115.x>
- 48-Hagger M S, Wood C, Stiff C, Chatzisarantis N L. Ego depletion and the strength model of self-control : a meta-analysi . *psychological bulletin*. 2010; 136: 495-525. <https://doi.org/10.1037/a0019486>
- 49-Jahanian M, Sepehri Shamloo Z. The Effect of Mindfulness on Marital Satisfaction: Emotional Intelligence as a Mediation. *Iranina J Psychiatric Nurs*. 2017; 5(3): 1-6. <http://dx.doi.org/10.21859/ijpn-05031> [In Persion]
- 32-Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psycho*. 2003; 84: 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- 33-Burpee LC, Langer E J. Mindfulness and Marital Satisfaction. *Journal of Adult Development*. 2005; 12(1): 1- 8. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10804-005-1281-6>
- 34-Caldwell JG, Shaver P. R. Exploring the cognitive-emotional pathways between adult attachment and ego-resiliency. *Individual Differences Research*. 2012; 10: 141-152. Microsoft Word - caldwell\_shaver\_2011.0922-1
- 35-Carmody J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of psychosomatic research*. 2014; 64 (4): 393-403. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.015>
- 36-Chadwick P, Hember M, Symes J, Peters E, Kuipers E, Dagnan D. Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British J Clin Psychol*. 2008; 47(4): 451-5. <https://doi.org/10.1348/014466508x314891>
- 37-Chen CM, Du BF, Ho CL, Ou WJ, Chang YC, Chen WC. Perceived stress, parent-adolescent/young adult communication, and family resilience among adolescents/young adults who have a parent with Cancer in Taiwan: A Longitudinal study.*Cancer nurs*. 2018; 41(2): 100-8. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000488>
- 38-Davoudi A, Nasimifar N. The effect of mindfulness based stress reduction on chronic pain and coping strategies among women with chronic musculoskeletal pain. *J Soci Psychol*. 2012; 7(22): 45-62. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.180> [In Persion]
- 39-Duan, W. Mediation role of individual strengths in dispositional mindfulness and mental health. *Personality and Individual Differences*, 2016; 99: 7-10. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.078>
- 40-Elliot AJ, Gallegos AM, Moynihan JA, Chapman BP. Associations of mindfulness with depressive symptoms and well-being in older adults: The moderating role of neuroticism. *Aging & Mental Health*. 2018; 1-6. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423027>

- 59-Leopold T, Kalmijn M. Is divorce more painful when couples have children? Evidence from long-term panel data on multiple domains of well-being. *Demography*. 2016; 53(6): 1717-1742. <https://doi.org/10.1007/s13524-016-0518-2>
- 60-Letzring TD, Block J, Funder D. Ego-control and ego-resiliency: generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*. 2004; 39: 395-422. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.06.003>
- 61-Mahdiapour H, Kurd B. The relationship between perceived mindfulness and self-efficacy with subjective well-being among cancer patients in Tabriz city hospitals. *J Nurs – Research*. 2017; 12(1): 11 -16. The relationship between mindfulness and perceived self-efficacy with subjective well-being among cancer patients in Tabriz hospitals - *Iranian Journal of Nursing Research* - [In Persian] *مجله پژوهش پرستاری ایران*
- 62-Markstrom CA, Marshal SK. The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of Adolescence*. 2007; 30: 63-79. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.11.003>
- 63-Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman R C. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of Youth and Adolescence*. 1997; 26(6): 732-705. The Psychosocial Inventory of Ego Strengths: Development and Validation of a New Eriksonian Measure | *Journal of Youth and Adolescence*
- 64-McGill J, Adler-Baeder F, Rodriguez P. Mindfully in love: A meta-analysis of the association between mindfulness and relationship satisfaction. *J Hum Sci Extension*. 2016; 4(1): 89-101. [ed5d65c5f968dcd902b7e631ed088306f535.pdf](https://doi.org/10.1016/j.jhse.2016.01.005)
- 65-Narimani M, Golpour R, Zahed A. The relationship of mindfulness coping styles and emotional intelligence with mental health among the students in Payame-Noor university in Mazandaran. *J Educ Sci*. 2012; 5(19): 91-105. <https://doi.org/10.22037/sdh.v3i4.20891> [In Persian]
- 66-Neff LA, Broady EF. Stress resilience in early marriage: can practice make perfect? *J Pers Soc Psychol*. 2011; 101(5): 1050-67. <https://doi.org/10.1037/a0023809>
- 50-Jones K, Welton S, Oliver T, Thoburn J. Mindfulness, Spousal Attachment, and Marital Satisfaction: A Mediated Model. *The Family Journal*. 2011; 19(4): 1-5. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1066480711417234>
- 51-Kachoei M, Fathi-Ashtiani A. The Role of Job Satisfaction and Ago Strengths in Marital Satisfaction in Military Staff in Tehran. *Journal Mil Med*. 2013 Apr 15; 15(1): 17-24. [https://www.researchgate.net/publication/287710170\\_The\\_role\\_of\\_job\\_satisfaction\\_and\\_ego\\_strengths\\_in\\_marital\\_satisfaction\\_in\\_military\\_staff\\_in\\_Tehran](https://www.researchgate.net/publication/287710170_The_role_of_job_satisfaction_and_ego_strengths_in_marital_satisfaction_in_military_staff_in_Tehran) [In Persian]
- 52-Kappen G , Karremans J, Burk W, Buyukcan-Tetik A. On the Association Between Mindfulness and Romantic Relationship Satisfaction: the Role of Partner Acceptance. *Mindfulness (NY)*. 2018; 9(5): 1543–1556. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0902-7>
- 53-Keng S, Smoski M, Robins C. Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31(6): 1041–1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- 54-Klatzkin RR, Baldassarro A, Rashid S. Psychological responses to acute stress and the drive to eat: the impact of perceived life stress. *Journal Appetue*. 2019; 133(1): 393-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.11.019>
- 55-Kline P. An easy guide to factor analysis. New York, NY:Routledge.2011.
- 56-Laurent K L, Hertz R, Nelson B Laurent S N. Mindfulness during romantic conflict moderates the impact of negative partner behaviors on cortisol responses. *Hormones and Behavior*. 2016; 79: 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.01.005>
- 57-Leas Timo, Leas Tuula. Career burnout & its relationship to couple burnout in finland 2009. <http://www.eric.ed.gov>
- 58-Lee A, Lee KS, Park H. Association of the Use of a Heated Tobacco Product with Perceived Stress, physical activity, and internet Use in Korean adolescents: A 2018 national survey. *Int J Environ Res public health*. 2019; 16(6): 965. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060965>

- 78-Randall AK, Bodenmann G. The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29(2) :105-15.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.004>
- 79-Rosini RJ, Nelson A, Sledjeski E, Dinzeo T. Relationships between Levels of Mindfulness and Subjective Well -Being in Undergraduate Students. *J MPS* 2017; 23(1): 1 -23.  
<https://doi.org/10.1186/s41155-018-0099-7>
- 80-Segal ZV, Williams M, Teasdale J. Mindfulness - based cognitive therapy for depression. Third Ed, New York, Guilford 2018; 450 -12.
- 81-Settineri S, Mento C, Santoro D, Mallamace A, Bellinghieri G, Savica V, Ricciardi B. Ego strength and health: An empiric study in hemodialysis patients. *Health.* 2012; 4: 1328-1333.  
<http://dx.doi.org/10.4236/health.2012.412194>
- 82-Stocker EA. Preliminary study on the effects of a mindfulness intervention on the temporary availability of self-control strength. In producing and sharing knowledge in the world of sport. Copenhagen. 2015; 2(6):11. BORIS
- 83-Tanay G, Lotan G, Bernstein A. Salutary Proximal Processes and Distal Mood and Anxiety Vulnerability Outcomes of Mindfulness Training: A Pilot Preventive Journal of Intervention. *Behavior Therapy.* 2012; 43(3): 492-505.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.06.003>
- 84-Ten Brummelhuis LL, Bakker AB, Euwema MC. Is family-to-work interference related to co-workers' work outcomes? *J Vocat Behav.* 2010; 77(3): 461-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.06.001>
- 85-Terzi S. Secure attachment style, coping with stress and resilience among university students. *The Journal of Happiness & Well- Being.* 2013; 1: 463-479.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.06.014>
- 86-Tugade MM, Fredrickson BL. Regulation of positive emotions: *Emotion regulation strategies that promote resilience* *Journal of Happiness Studies.* 2007; 8: 311-333.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10902-006-9015-4>
- 67-Neff LA, Karney BR. Stress and reactivity to daily relationship experiences: How stress hinders adaptive processes in marriage. *J Pers Soc Psychol.* 2009; 97(3): 435-50.  
<https://doi.org/10.1037/a0015663>
- 68-Neuser NJ. Examining the factors of mindfulness: A confirmatory. 2010.
- 69-Nikita, Lori AB. How does paying attention improve sexual functioning in women. *International society for sexual medicine.* 2017; 31: 1-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.01.005>
- 70-Noordali F, Cumming J, Thompson JL. Effectiveness of mindfulness-based interventions on physiological and psychological complications in adults with diabetes: A systematic review. *J Health psychol.* 2017; 22(8): 965-83.  
<https://doi.org/10.1177/1359105315620293>
- 71-Noy A, Taubman-Ben-Ari O, Kuint J . Well-being and distress in mothers of two-year-old singletons and twins. *Women Health.* 2014; 54(4): 317-35.  
<https://doi.org/10.1080/03630242.2014.896441>
- 72-Pellitteri J. Emotional Processes in Music Therapy. New Hampshire: Barcelona Publishers. 2009.
- 73-Pines AM, Aronson E. Career burnout: causes and cures. New York: Free Press. 2007.
- 74-Pines AM, Neal M B, Hammer L B, Icekson T. Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly.* 2011; 74 (4): 361-386.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0190272511422452>
- 75-Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling.* 2003; 40( 2): 50-64.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/j.2161-1920.2003.tb00856.x>
- 76-Platsidou M, Daniilidou A. Three scales to measure burnout of primary school teachers: empirical evidence on their adequacy. *Int J Edu Psychol.* 2016; 5(2) :164–86. Template Journals Hipatia Press
- 77-Raina P, Maity T. An Empirical Study on Marital Satisfaction between Arranged and Self Marriage Couples in Bangalore. *Int J Indian Psychol.* 2018; 6(1): 101-8. <http://doi.org/10.25215/0601.033>

- 90-Walach H, Buchheld N, Grossman P, Buittenmuller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for meditation research*. 2006; 1(1): 11-34.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- 91-Wei R, Ji H, Li J, Zhang L. Active intervention can decrease burnout in Ed nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 2017; 43(2):145-149.  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.07.011>
- 92-Weiner IB, Tennen HA, Suls J M. Handbook of Psychology, *Personality and Social Psychology* (Vol. 5). New Jersey: Wiley. 2012.
- 93-Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *J Res Pers*. 2009; 43(3): 374-85.  
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.008>
- 94-Xueming B, Song X Feng K. Dispositional Mindfulness and Perceived Stress: The role of Emotional Intelligence. *personality and individual differences*. 2015; 78: 48- 52.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.007>
- 87-van Vreeswijk MF, Spinhoven P, Eurelings-Bontekoe EH, Broersen J. Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: a naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clin Psychol Psychother*. 2014; 21(1): 29-38.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.1813>
- 88-Vollestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Research and Therapy*. 2011; 49(4): 281-288.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.007>
- 89-Wachs K, Cordova JV. Mindful relating: exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships, *J Marital Fam Ther*. 2007; 33(4): 464-81. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00032.x>



# مقایسه رگه‌های تاریک شخصیت، احساس بیگانگی و بهزیستی معنوی در افراد با و بدون گرایش به وندالیسم

نویسندگان

عباس ابوالقاسمی<sup>۱\*</sup>، سیده زهرا سید نوری<sup>۲</sup>، مرتضی ذاکری<sup>۳</sup>، رضا قربانی<sup>۴</sup>

۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. zsn.psy@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز آموزش و پژوهش منطقه ۱۰ سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، رشت، ایران. m\_zakeri94@yahoo.com

۴. دکتری تخصصی جامعه‌شناسی گروه‌های اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران. gisom108@yahoo.com

چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش مقایسه رگه‌های تاریک شخصیت، احساس بیگانگی و بهزیستی معنوی در افراد با و بدون گرایش به وندالیسم بود.

**روش:** این پژوهش پیمایشی، با طرح علی مقایسه‌ای انجام شد. جامعه پژوهش حاضر، شامل تمامی افراد ساکن در زندان‌های استان گیلان در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش حاضر ۳۸۰ زندانی با و بدون وندالیسم (۱۸۰ نفر با وندالیسم و ۲۰۰ نفر بدون وندالیسم) بود که از میان زندانیان ساکن در زندان‌های استان گیلان شناسایی و انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه صفات تاریک شخصیت (جنیسون و بیستر، ۲۰۱۰م)، مقیاس بیگانگی (دین، ۱۹۶۱م) و مقیاس بهزیستی معنوی (گل‌پرور و همکاران، ۱۳۹۳) استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش‌های آماری تحلیل واریانس و آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج نشان داد که صفات تاریک شخصیت و احساس بیگانگی در زندانیان با وندالیسم بیشتر و بهزیستی معنوی در زندانیان با وندالیسم نسبت به زندانیان بدون وندالیسم کمتر است ( $P < 0.01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها تلویحات ضمنی برای آسیب‌شناسی، پیشگیری و کاربرد آموزش‌های روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی برای مقابله با وندالیسم در زندانیان و تعدیل عوامل آن دارد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۰۸/۳۰

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۲/۱۶



کلیدواژه‌ها

رگه‌های تاریک شخصیت، احساس بیگانگی، بهزیستی معنوی، وندالیسم.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

abolghasemi1344@guilan.ac.ir

این مقاله از طرح پژوهشی مصوب در سازمان‌های زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان گیلان استخراج شده است.

## مقدمه

[۹،۱۰]. رگه‌های تاریک شخصیت نشان‌دهنده ویژگی‌های شخصیتی نفرت‌انگیز (یعنی سایکوپاتی، خودشیفتگی و ماکیاولیسم) است که هسته تاریک مشترکی دارند و شامل سازگاری کم و رفتار ضداجتماعی می‌شوند [۱۱]. ماکیاولیسم با تمایل به دست‌کاری افراد دیگر برای دستیابی به اهداف شخصی، سایکوپاتی با سردی عاطفی، تکانشگری و پرخاشگری و خودشیفتگی با نگاه بزرگ به خود و کم‌توجهی به خواسته‌های دیگران ارتباط دارد [۱۲]. پژوهش‌های قبلی نشان دادند، این ویژگی‌ها با مشکلات فردی و اجتماعی مختلف مرتبط است [۱۳،۱۴].

باوجوداینکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین وندالیسم و رگه‌های تاریک شخصیت ارتباط وجود دارد؛ اما در مورد اینکه کدام‌یک از صفات تاریک شخصیت بیشترین نقش را در رفتارهای انحرافی دارد، در پژوهش‌ها تفاوت وجود دارد. برای مثال: در پژوهشی که توسط میکائیلی منیع و همکاران [۱۵]، بر روی ۸۵ زندانی مرد و ۸۵ غیرمجرم انجام شد مشخص شد، در گروه مجرم (زندانیان) سطح صفات آزارنده اجتماعی (سایکوپاتی، خودشیفتگی و ماکیاولیسم) بالاتر از گروه غیرمجرم بود و بیشترین تفاوت مربوط به ویژگی خودشیفتگی بود. در پژوهش اسزابو و همکاران [۱۶]، تنها ماکیاولیسم پیش‌بینی‌کننده قابل‌توجهی برای افکار خلاق بدخواهان در قالب آسیب‌رساندن به مردم بود. این در حالی بود که نتیجه پژوهش پچرو و همکاران [۱۷]، نشان داد، عامل سایکوپاتی صفات سه‌گانه تاریک قوی‌ترین پیوندهای علی فرضی مهم را با پیامدهای ضداجتماعی/جنایی و به دنبال آن خودکنترلی ارائه می‌کند. این نشان می‌دهد، بازداری رفتاری، یا یک ناتوانی اصلی در تنظیم رفتار، برای درک بزهکاری و آسیب‌شناسی روانی بیرونی نقش اساسی دارد. در مقایسه، مؤلفه بین فردی ویژگی‌های شخصیت تاریک، مانند ماکیاولیسم و خودشیفتگی، برای درک جرم در درجه دوم اهمیت قرار دارند.

یکی دیگر از متغیرهایی که با رفتارهای وندالیستی ارتباط دارد، احساس بیگانگی است [۱۸]. مشکل بیگانگی که منجر به رفتارهای ضد اجتماعی و بزهکارانه می‌شود، علیرغم تلاش‌های روزافزون برای انجام آن، از بین نرفته و یا به طور قابل‌ملاحظه‌ای کاهش نیافته است. این موضوع همچنان موضوعی است که نه تنها بر بعد اجتماعی افراد، بلکه بر سلامت جسمی و روانی آنها نیز تأثیر می‌گذارد

زندانیان طیف وسیعی از رفتارهای پرخاشگرانه همچون خشونت نسبت به دیگران، خودکشی یا تلاش برای انجام آن، آسیب عمدی به خود، مصرف مواد و رفتار جنسی پرخطر انجام می‌دهند که می‌تواند پیامدهای منفی‌ای برای آنها و دیگران به همراه داشته باشد؛ بااین‌حال تعداد کمی از مجرمان که به طور مستمر به انجام رفتارهای خشونت‌آمیز می‌پردازند مسئول اکثر خشونت‌های زندان هستند و تمایل به رفتار خشونت‌آمیز به میزان نامتناسبی دارند، یکی از این رفتارهای ناپه‌نجان در میان زندانیان، رفتارهای وندالیسمی است [۱،۲،۳].

وندالیسم تخریب عمدی اموالی است که با شرارت انجام و موجب ضرر و زیان می‌شود. وندالیسم تخریب اموال عمومی است. فرهنگ لغت، وندالیسم را به‌عنوان اعمالی باهدف آسیب‌رساندن و تخریب آثار هنری و سایر اقلام ارزشمند (آسیب به طبیعت و غیره) یا خسارت و تخریب به روشی خشن و شرورانه تعریف می‌کند [۴]. وندالیسم یا تخریب اموال عمومی یک بیماری جهانی خرابکاری در سده حاضر و رفتاری عمدی و آگاهانه است که بیشتر معطوف به اشیاء عمومی و بی‌جان و نوعی تهاجم غیرمستقیم فیزیکی و مسکونی برای کاهش احساسات است. وندالیسم، احساس شکست یا راهی برای رسیدن به آرزوها است که به‌نوبه خود آسایش عمومی را نقض می‌کند [۵]. رفتارهای وندالیسمی شامل آسیب مجرمانه، بدشکل کردن، انجام نقاشی زشت و بدنما است [۶]. خودنمایی، تربیت خانوادگی، هیجانات روحی و روانی، بافت محل سکونت و گروه همسالان از عوامل مؤثر بر گرایش به وندالیسم هستند [۷]. وندال، بدون هدف مادی فقط خشم خود را با آسیب رساندن به اموال عمومی ابراز می‌کند و هزینه‌های سنگینی را بر جامعه، مالیات‌دهندگان، مدیریت شهری و سایر متولیان امر برای تعمیر یا تعویض ظروف، ابزار و وسایل آسیب‌دیده تحمیل می‌کند. درواقع با چنین رفتارهای انحرافی و مخرب نه تنها به جامعه بلکه به خودشان هم آسیب می‌رسانند [۵].

ویژگی‌های شخصیتی یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای وندالیستی است [۸]. در این میان رگه‌های تاریک شخصیت از جمله متغیرهایی است که با انحرافات اجتماعی و رفتارهای بزهکارانه (وندالیستی) ارتباط دارد

برخوردارند، پژوهش محمد و بنس [۳۱]، نشان داد که دین‌داری مسلمانان به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر بزهکاری عمل می‌کند. حسن و همکاران [۳۲]، پیشنهاد کردند که باهدف قراردادن رشد معنویت و راهبردهای مقابله مؤثر به‌عنوان عوامل محافظ در برابر استرس می‌توان به کاهش مشکلات سلامت روان و مشکلات رفتاری افراد جامعه کمک کرد. پژوهش صفائی‌راد و همکاران [۳۳]، هم نشان داد که بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد و بهزیستی مذهبی می‌تواند سلامت روانی را پیش‌بینی کند. ماهی و همکاران [۳۴]، در پژوهشی نتیجه نگرفتند هرچه سلامت روان در افراد بالاتر باشد بهزیستی اجتماعی هم بیشتر خواهد بود. در پژوهش جعفری و همکاران [۳۵]، هم مشخص شد که بین بهزیستی معنوی و شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد.

در مجموع وندالیسم یا تخریب عمدی متعلقات و اموال عمومی یکی از مخاطرات اجتماعی است که آسیب جدی به منابع و امکانات عمومی وارد می‌کند. هزینه جبران چنین آسیبی نه‌تنها شامل هزینه‌های مالی؛ بلکه شامل هزینه‌های اجتماعی و روانی هم می‌شود. حضور در محیطی با دیوارهای خط‌خطی و زخمی و با نوشته‌های مختلف، تأثیر بسیار منفی‌ای بر روح، روان و روحیه افراد دارد. هزینه مالی بهبود خسارت‌های ناشی از وندالیسم و همچنین هزینه‌های انسانی مربوط به ناراحتی و مزاحمت‌های ناشی از آن کافی است تا [۳۶، ۶، ۷] اهمیت توجه به این موضوع و پیامدهایش جدی گرفته شود و برای رفع آن تلاش شود. با توجه به اینکه بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده به بررسی رفتارهای وندالیستی در نوجوانان و دانش‌آموزان پرداخته‌اند و پژوهش‌هایی که در رابطه با زندانیان انجام‌شده بیشتر به بررسی رفتارهای پرخاشگرانه پرداخته‌اند. علاوه بر این پژوهشی که به مقایسه این سه متغیر بر زندانیان بپردازد یافت نشد و متغیرها به طور غیر مستقیم در بیشتر پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفتند، همچنین با توجه به جدید بودن این حیطه در روان‌شناسی شخصیت؛ پژوهش حاضر باهدف مقایسه رگه‌های تاریک شخصیت، احساس بیگانگی و بهزیستی معنوی در افراد با و بدون گرایش به وندالیسم انجام شد.

[۱۹]. فرهنگ اصطلاحات روانشناسی انجمن روان‌پزشکی آمریکا [۲۰]، بیگانگی از خود را به‌عنوان فاصله‌گذاری عاطفی قابل‌توجه نسبت به خود می‌داند. فرد از خود بیگانه غالباً از توصیف فرآیندهای درون روانی خود بی‌اطلاع است یا تا حد زیادی قادر به توصیف آن نیست. درواقع، احساس بیگانگی از خود به طور خاص منعکس‌کننده احساس دل‌سرد شدن از خود و قطع ارتباط با دنیایی است که فرد در آن زندگی می‌کند [۲۱]. بر اساس پژوهش نبوی و همکاران [۲۲]، بیانگی از خود می‌تواند با بروز رفتارهای وندالیستی مرتبط باشد. ادونل و همکاران [۲۳]، دریافتند انزوای خود بیگانگی تا حدی واسطه رابطه بین قرار گرفتن در معرض خشونت و ناسازگاری روانی - هیجانی است. در پژوهش میرزایی و افشاریان [۲۴]، هم مشخص شد که از میان ابعاد از خود بیگانگی روانی تنها متغیر احساس انزوای اجتماعی می‌تواند رفتارهای جامعه‌ستیزانه نوجوانان را پیش‌بینی کنند.

از دیگر متغیرهایی که با رفتارهای وندالیستی ارتباط دارد، بهزیستی معنوی است [۲۵]. بهزیستی معنوی یک فرد احساس رضایت فرد است که از درونش نشأت می‌گیرد و مستقیماً باکیفیت زندگی او مرتبط است [۲۶]. بهزیستی معنوی به‌عنوان حالتی پویا است که به فرد کمک می‌کند تا به رشد و ایجاد زندگی خوب همراه با شادی درونی دست یابد و با شناخت زندگی مرتبط با امر مطلق شامل بهشت و پیشینیان، به ایجاد یک رابطه هماهنگ با دیگران و غلبه بر موانع زندگی، به معنا و هدف زندگی دست یابد [۲۷]. بهزیستی معنوی شامل بعد دینی (ارتباط انسان با خدا)، بعد فردگرا (ارتباط انسانی با خودش)، و بعد جهان‌مداری مادی (ارتباط انسان با دیگران و طبیعت) است که بعد ارتباط انسان با خدا مهمترین بخش تعریف سلامت معنوی و مهمترین مؤلفه و شاخص سلامت معنوی است. ارتباط انسان با خود، دیگران و طبیعت، مختص سلامت معنوی نیست، زیرا این مؤلفه‌های سلامت معنوی در سلامت روانی و اجتماعی نیز وجود دارد [۲۸]. در پژوهش مظفری و حجازی [۲۹]، مشخص شد که بهزیستی معنوی و مذهبی می‌تواند در کاهش رفتارهای پرخطر جوانان زندانی مؤثر باشند. نتیجه پژوهش قدم‌پور و همکاران [۳۰]، حاکی از آن بود که نوجوانان بزهکار از هوش معنوی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی کمتری نسبت به نوجوانان عادی

## روش

این پژوهش پیمایشی، با طرح علی مقایسه‌ای انجام شد. زندانیان با و بدون وندالیسم در متغیرهای مورد مطالعه مقایسه شدند. در این پژوهش زندانیان با و بدون وندالیسم به‌عنوان متغیر مستقل و رگه‌های تاریک شخصیت، احساس بیگانگی و بهزیستی معنوی به‌عنوان متغیرهای وابسته هستند.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افراد ساکن در زندان‌های استان گیلان در سال ۱۳۹۹ بود. تعداد زندانیان استان گیلان طبق آخرین آمار سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۹ توسط سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی گیلان، ۷۷۰۰ نفر است.

نمونه پژوهش حاضر ۳۸۰ زندانی با و بدون وندالیسم (۱۸۰ نفر با وندالیسم و ۲۰۰ نفر بدون وندالیسم) بود که به‌صورت در دسترس از میان زندان‌های استان گیلان شناسایی و انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه از برنامه نرم‌افزاری Power G استفاده شد [۳۷]. با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و سطح قابل قبول توان آزمون برابر با ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۵۰، حجم نمونه معادل ۲۴۰ نفر (هر گروه ۱۲۰ نفر) به دست آمد. اما به‌منظور افزایش اعتبار بیرونی برای گروه وندالیسم ۱۸۰ نفر و گروه بدون وندالیسم ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود در پژوهش عبارت بود از: الف. رضایت مددجو برای شرکت در پژوهش، سکونت در زندان حداقل ۳ ماه. ملاک‌های خروج: فقدان بیمارهای روانی و جسمی مزمن (با پرسش از شرکت‌کننده‌ها). نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها است.

### ۳-۴ ابزارها

#### ۱. مقیاس بیگانگی از خود

مقیاس بیگانگی<sup>۱</sup> توسط دین<sup>۲</sup> در سال ۱۹۶۱ م ساخته شده است. این مقیاس ۲۴ آیتم دارد و هر آزمودنی به این آیتم‌ها به‌صورت کاملاً موافق (۵)؛ موافق (۴)؛ نظری ندارم (۳)؛ مخالفم (۲) و کاملاً مخالف (۱) پاسخ می‌گویند. بر اساس این شیوه نمره‌گذاری، کسب نمره بالاتر در این مقیاس نشانگر میزان بیشتری از احساس بیگانگی در

آزمودنی است. مقیاس بیگانگی از سه خرده مقیاس تشکیل شده است: الف. بی‌هنجاری (۶ پرسش)، ب. احساس ناتوانی (۹ پرسش)، و ج. احساس انزوا (۹ پرسش). در مطالعه دین [۳۸]، ضریب پایایی دونیم سازی کل مقیاس ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش شفیع‌آبادی و ولی نوری [به نقل از ۳۹]، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس بیگانگی دین ۰/۸۱ و ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس خود پنداره راجرز ۰/۴۰ به دست آمد ( $P < 0/01$ ). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

#### ۲. پرسش‌نامه صفات تاریک شخصیت

این پرسش‌نامه توسط جنیسون و وبستر<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) به‌منظور تهیه نسخه کوتاهی برای سنجش صفات تاریک شخصیتی ساخته شد که دارای ۱۲ گویه است و به‌صورت ۷ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم=۱، تا حدی مخالفم=۲، کمی مخالفم=۳، نظری ندارم=۴، کمی موافقم=۵، تاحدی موافقم=۶ و کاملاً موافقم=۷) درجه‌بندی می‌شوند. نتایج چهار مطالعه سازندگان مقیاس جنیسون و وبستر نشان داد این مقیاس روانی و اعتبار زیاد و قابل قبولی دارد. سازندگان اصلی ضریب پایایی باز آزمایشی را برای کل مقیاس و همچنین زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ به دست آوردند. در ایران یوسفی و پیری [۴۰]، ضریب باز آزمایشی پرسش‌نامه برای کل مقیاس در دامنه بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و ضریب همسانی درونی در دامنه‌ای از ۰/۶۸ تا ۰/۷۷ به‌دست آمده است. همچنین ضرایب همبستگی نمره کل صفات تاریک شخصیت با خودشیفتگی، ۰/۵۷؛ با جامعه‌ستیزی، ۰/۴۲ و با ماکیاولیسم، ۰/۵۵ بود. همچنین همبستگی بین این پرسش‌نامه و مقیاس اعتیادهای رفتاری به‌عنوان اعتبار پیش‌بین معنی‌دار به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش بشرپور و همکاران [۴۱]، مقدار پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و پایایی مرکب برای کل مقیاس صفات تاریک شخصیت به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۴ به دست آمد.

#### ۳. مقیاس بهزیستی معنوی

مقیاس بهزیستی معنوی توسط گل پرور و همکاران

1. Alienation Scale.

2. Dean.

3. Jonason & webster.

گیلان مراجعه و پرونده زندانی‌ها مورد مطالعه گرفت. ابتدا افراد با و بدون وندالیسم توسط مددکاران اجتماعی زندان‌ها معرفی شدند. معیارهای مددکاران برای شناسایی وندال‌ها بر اساس وجود گزارش و شواهد مکرر رفتارهای مخرب آگاهانه مانند خراب کردن وسایل داخل بندها، دیوارها، و محیط و فضای عمومی زندان مانند سرویس‌های بهداشتی و غیره به مددکاران بود. سپس با مراجعه به مددجویان، ابزار تحقیق در اختیار زندانیان قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به‌دقت پرسش‌ها را مورد مطالعه قرار داده و پاسخ متناسب با وضعیت خود را مشخص نمایند. سرانجام داده‌های جمع‌آوری تجزیه و تحلیل شدند. لازم به ذکر است از میان ۵۰۰ پرسش‌نامه داده شده، ۴۴۰ عدد آن برگشت داده شد و ۶۰ پرسش‌نامه به علت نقص در تکمیل کنار گذاشته شدند و در نهایت ۳۸۰ پرسش‌نامه در تحلیل نهایی بررسی گردیدند. داده‌های جمع‌آوری شده با تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا)، و آزمون تی مستقل تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

[۴۲] تدوین شده است. این مقیاس ۱۰ پرسش دارد که به صورت مقیاس لیکرت (از خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵) نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی بر روی کارکنان یک مجموعه کاری در تهران ساخته شد و یک عامل کلی استخراج شد که در مجموع ۵۷/۵ درصد کل مقیاس تبیین گردید. ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ و ضریب پایایی باز آزمایی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۰ گزارش شده است. همبستگی بین مقیاس بهزیستی معنوی و سرمایه معنوی ۰/۵۰ به دست آمد ( $P < 0/05$ ). بین بهزیستی معنوی سالمندان غیر ساکن در سرای سالمندان، و سالمندان ساکن در سرای سالمندان تفاوت معناداری به دست آمد ( $P < 0/05$ ). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

#### نحوه جمع‌آوری داده‌ها

برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ مجوز از سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی، به زندان‌های استان

جدول ۱. فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

| بدون وندالیسم |         | با وندالیسم |         | متغیر               |              |
|---------------|---------|-------------|---------|---------------------|--------------|
| درصد          | فراوانی | درصد        | فراوانی |                     |              |
| ۲۴/۷          | ۴۹      | ۳۷/۶        | ۶۷      | مجرد                | وضعیت تأهل   |
| ۶۲/۶          | ۱۲۴     | ۴۲/۷        | ۷۶      | متأهل               |              |
| ۱۲/۶          | ۲۵      | ۱۹/۷        | ۳۵      | مطلقه               |              |
| ۲۳/۹          | ۴۷      | ۲۳/۷        | ۴۱      | ابتدایی             | وضعیت تحصیلی |
| ۳۸/۶          | ۷۶      | ۵۰/۳        | ۸۷      | راهنمایی - دبیرستان |              |
| ۱۰/۷          | ۴۴      | ۱۶/۸        | ۲۹      | دیپلم               |              |
| ۴/۷           | ۳۰      | ۹/۳         | ۱۶      | لیسانس              |              |
| ۳۱/۳          | ۵۷      | ۲۵/۹        | ۴۵      | ۱                   | ترتیب تولد   |
| ۴۰/۶          | ۷۴      | ۵۱/۳        | ۸۹      | ۲-۳                 |              |
| ۲۷/۸          | ۴۶      | ۲۵/۵        | ۴۰      | ۴ و بیشتر           |              |
| ۶۰/۳          | ۱۲۰     | ۷۷/۷        | ۱۳۹     | بله                 | سابقه        |
| ۳۹/۷          | ۷۹      | ۲۲/۳        | ۴۰      | خیر                 |              |
| ۳۳/۵          | ۶۶      | ۳۶/۳        | ۶۵      | مواد مخدر           | نوع          |
| ۶۶/۵          | ۱۳۱     | ۶۴/۷        | ۱۱۴     | سرقت - درگیری       |              |

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها در زندانی‌ها با و بدون وندالیسم

| کشدگی | چولگی | بدون وندالیسم |       | با وندالیسم |       | متغیر         |                        |
|-------|-------|---------------|-------|-------------|-------|---------------|------------------------|
|       |       | SD            | X     | SD          | X     |               |                        |
| ۰/۳۶  | ۰/۸۳  | ۴/۵۸          | ۷/۵۹  | ۵/۸۲        | ۱۰/۷۵ | ماکیاولیسم    | رگه‌های تاریک<br>شخصیت |
| ۱/۳۸  | ۰/۵۰  | ۵/۱۶          | ۹/۶۳  | ۵/۶۱        | ۱۳/۵۸ | سایکوتیک      |                        |
| -۰/۳۹ | ۰/۱۶  | ۷/۲۳          | ۱۵/۶۴ | ۵/۱۰        | ۱۹/۸۴ | ضداجتماعی     |                        |
| ۰/۳۲  | ۰/۴۵  | ۴/۵۷          | ۳۴/۸۶ | ۱۱/۴۶       | ۴۴/۴۵ | کل            |                        |
| ۰/۱۲  | ۰/۲۱  | ۲/۶۴          | ۵/۲۸  | ۲/۹۴        | ۶/۳۴  | بی‌هنجاری     | احساس بیگانگی          |
| -۰/۳۶ | -۰/۴۳ | ۲/۳۹          | ۴/۸۲  | ۲/۳۶        | ۵/۰۳  | احساس ناتوانی |                        |
| ۰/۱۴  | ۰/۲۹  | ۲/۴۲          | ۴/۶۰  | ۲/۶۶        | ۴/۹۶  | احساس انزوا   |                        |
| -۱/۰۲ | -۰/۱۱ | ۵/۴۷          | ۱۴/۶۷ | ۶/۱۵        | ۱۶/۳۶ | کل            |                        |
| ۰/۳۶  | -۰/۴۵ | ۹/۲۲          | ۳۷/۲۷ | ۸/۵۸        | ۳۳/۵۹ | بهزیستی معنوی |                        |

سه متغیر ( $F=۰/۸۲$ ,  $P=۰/۵۵$ ) برقرار است. همچنین نتایج آزمون لوین نیز حاکی از رعایت مفروضه همگنی واریانس در همه متغیرها بود ( $P>۰/۰۵$ ).

نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان می‌دهد، ترکیب خطی رگه‌های سه‌گانه تاریک شخصیت ( $F=۲۵/۷۰$ )، مؤلفه‌های احساس بیگانگی ( $F=۴/۱۰$ )، و ( $F=۳۲/۱۲$ )، در دو گروه معنی‌دار است ( $P<۰/۰۱$ )، با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده ۱۹/۴ درصد از واریانس رگه‌های تاریک شخصیت، ۳/۶ درصد از واریانس احساس بیگانگی و ۲۳/۶ درصد از واریانس بهزیستی معنوی ناشی از وندالیسم است.

در جدول بالا میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی آمده است. با توجه به اینکه مقادیر کشدگی و چولگی کمتر از  $\pm 2$  است توزیع نمرات متغیرها تقریباً بهنجار است.

قبل از اجرای تحلیل واریانس چندمتغیره، مفروضه‌های توزیع بهنجار همگنی واریانس و همگنی کواریانس بررسی شد. با توجه به اینکه در تمامی متغیرها چولگی و کشدگی بین  $\pm 2$  قرار داشت، متغیرها دارای توزیع نرمال هستند. با توجه به نتایج آزمون ام باکس، مفروضه برابری ماتریس کوواریانس در رگه‌های تاریک شخصیت ( $F=۱/۲۸$ ,  $P=۰/۲۷$ ) و مؤلفه‌های احساس بیگانگی ( $F=۰/۸۱$ ,  $P=۰/۵۷$ ) و نمره کل

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نمرات رگه‌های تاریک شخصیت در زندانی‌ها با و بدون وندالیسم

| متغیر      | SS      | Df | MS      | F     | P      | مجذور اتا | توان |
|------------|---------|----|---------|-------|--------|-----------|------|
| ماکیاولیسم | ۸۲۹/۲۴  | ۱  | ۸۲۹/۲۴  | ۳۰/۴۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۸۶     | ۱    |
| سایکوتیک   | ۱۲۵۳/۱۹ | ۱  | ۱۲۵۳/۱۹ | ۴۳/۲۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۱۱۸     | ۱    |
| ضداجتماعی  | ۱۴۳۱/۴۳ | ۱  | ۱۴۳۱/۴۳ | ۳۶/۱۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۱۰۱     | ۱    |

داد که میانگین نمرات کل رگه‌های تاریک شخصیت در افراد دارای گرایش وندالیسم از افراد بدون گرایش به وندالیسم بیشتر است ( $t=۸/۷۸$ ,  $P<۰/۰۰۱$ ). با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده ۱۹/۳ درصد از واریانس کل رگه‌های تاریک شخصیت ناشی از وندالیسم است.

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳، نشان می‌دهد که مؤلفه‌های رگه‌های تاریک شخصیت در دو گروه تفاوت معناداری دارند ( $p<۰/۰۵$ ). مجذور اتا نشان می‌دهد که ۸/۶ درصد از واریانس ماکیاولیسم، ۱۱/۸ درصد از واریانس سایکوتیک، و ۱۰/۱ درصد از واریانس ضداجتماعی، ناشی از وندالیسم است. همچنین نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نمرات عوامل روان‌شناختی در زندانی‌ها با و بدون وندالیسم

| متغیر         | SS    | Df | MS | F     | P    | مجدور انا | توان |
|---------------|-------|----|----|-------|------|-----------|------|
| بی‌هنجاری     | ۹۴/۷۷ | ۱  |    | ۱۲/۲۵ | ۰/۰۱ | ۰/۰۳۵     | ۰/۹۴ |
| احساس ناتوانی | ۳/۸۵  | ۱  |    | ۰/۶۸  | ۰/۴۱ | ۰/۰۰۲     | ۰/۱۳ |
| احساس انزوا   | ۱۰/۴۴ | ۱  |    | ۱/۶۲  | ۰/۲۰ | ۰/۰۰۵     | ۰/۲۵ |

شکاف و فاصله زیادی بیفتد رفتار او در بافت جامعه تحمل نمی‌شود و باعث طرد او می‌شود [۴۳].

بنا به نظر کوهن، زمانی که فرد احساس طرد و انزوا می‌کند که بعدی از ابعاد احساس بیگانگی است تلاش می‌کند تا این احساس منفی را در خود از بین ببرد؛ بنابراین احتمال دارد، به رفتار خلاف‌کارانه بپردازد تا از این طریق به احساس خوشی و لذت دست یابد [۴۴]. همچنین می‌توان گفت؛ افرادی که احساس بیگانگی می‌کنند و حس پوچی، انزوا، ناتوانی و بی‌زاری نسبت به خود دارند احتمال بیشتری دارد که به رفتارهای غیرانطباقی نسبت به جامعه بپردازند تا افرادی که تفکر و حس مثبتی نسبت به جامعه دارند؛ بنابراین احساس بیگانگی می‌تواند نقش پررنگی در انجام رفتارهای غیرانطباقی داشته باشد [۴۵].

نتایج پژوهش همچنین نشان داد، زندانیان با وندالیسم از زندانیان بدون وندالیسم ویژگی‌های ماکیاولیسمی، سایکو پاتی و خودشیفته بیشتری دارند. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با پژوهش‌های میکائیلی منیع و همکاران [۱۵] و به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های اسزابو و همکاران [۱۶] و پچرو و همکاران [۱۷] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت؛ خودشیفتگی از طریق مسیر متوالی نقص در همدلی، تخلف را پیش‌بینی می‌کند؛ به این صورت که خودشیفتگی بالا منجر به همدلی شناختی پایین و همدلی شناختی پایین منجر به همدلی عاطفی پایین می‌شود و می‌تواند در ارتکاب به جرم نقش داشته باشد می‌شود [۴۶]. اگرچه فقدان همدلی به یک فرد خودشیفته «چراغ سبز» برای ارتکاب یک عمل مجرمانه می‌دهد، احساس اولیه سزاوار بهترین‌ها بودن هم، ممکن است یک عنصر ضروری برای ارتکاب به جرم در افراد خودشیفته باشد [۴۶].

پژوهش‌های متعددی درباره‌ی تمایز بین جنبه‌های متظاهر و آسیب‌پذیر خودشیفتگی انجام گرفته است [۴۷، ۴۸]. خودشیفتگی آسیب‌پذیر شامل: احساس حقارت،

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۴، نشان می‌دهد که مؤلفه‌های رگه‌های احساس بیگانگی در دو گروه تفاوت معناداری دارند ( $p < 0/05$ ). مجدور انا نشان می‌دهد،  $3/5$  درصد از واریانس بی‌هنجاری ناشی از وندالیسم است. همچنین نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد، میانگین نمرات احساس بیگانگی در افراد دارای گرایش وندالیسم از افراد بدون گرایش به وندالیسم بیشتر است ( $P < 0/01$ ،  $t = 2/55$ ). با توجه به اندازه اثر محاسبه شده  $2/1$  درصد از واریانس کل احساس بیگانگی ناشی از وندالیسم است.

نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد، میانگین نمرات بهزیستی معنوی در افراد دارای گرایش وندالیسم از افراد بدون گرایش به وندالیسم بیشتر است ( $P < 0/01$ ،  $t = 3/56$ ). با توجه به اندازه اثر محاسبه شده  $3/7$  درصد از واریانس بهزیستی معنوی ناشی از وندالیسم است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی رگه‌های تاریک شخصیت، احساس بیگانگی و بهزیستی معنوی در افراد با و بدون گرایش به وندالیسم انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که احساس بیگانگی از خود در زندانیان با وندالیسم از زندانیان بدون وندالیسم بیشتر است. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های [۱۸، ۲۲، ۲۳، ۲۴] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت؛ زمانی که فرد قواعد و قوانین برای رفتار خود ندارد دچار آشفتگی می‌شود و این موضوع در حالات و رفتار او آشکار می‌گردد و احتمال اینکه فرد در چنین حالتی دست به رفتاری انحرافی و خلاف قواعد جامعه بزند افزایش می‌یابد. در بالاترین حد، این رفتار ممکن است به شکل احساس از خود بیگانگی متجلی شود. احساس از خود بیگانگی باعث می‌شود که فرد دچار احساس جدایی از هر آنچه در گذشته به آن اتصال داشت شود؛ بنابراین زمانی که بین رفتار فرد زندانی با رفتارهای بهنجار

فعال‌ساز رفتاری در نظریه گری همخوانی دارد که در آن پرداختن افراد به فعالیت‌هایی مانند پرخاشگری، خرابکاری رابط و مصرف مواد موجب رهایی دوپامین در مسیر مزولیمبیک و در نتیجه کسب لذت می‌شود که همین امر می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد و تداوم رفتارهای وندالیسم شود.

حساسیت‌نداشتن به تنبیه و مشکل در تعویق رفتارهای پاداش‌جویانه با وجود احتمال بالای تنبیه از ویژگی‌های افراد با رفتارهای ضد اجتماعی است. از لحاظ زیستی می‌توان علت این موضوع را به نقص در سیستم فعال‌سازی رفتاری نسبت داد. تصور بر این است که واکنش‌پذیری پایین سیستم بازداری رفتاری با بی‌حساسیتی به تنبیه/تهدید و اضطراب‌نداشتن سبب افزایش رفتارهای پاداش‌جویی می‌شود؛ بنابراین در نظر نگرفتن پیامدها و مجازات رفتارهای منفی می‌تواند سبب بروز رفتارهای تکانشی در این افراد شود [۵۰].

همچنین در مورد بالاتر بودن صفت ماکیاولیسم در زندانیان با وندالیسم می‌توان گفت ماکیاولیسم به‌عنوان پیگیری اهداف خود به هر قیمتی توصیف می‌شود و با میل به دست‌کاری روان‌شناختی (مهندسی افکار) دیگران همراه است [۵۱]. افراد دارای این ویژگی‌ها اغلب سرد، بی‌عاطفه و دست‌کاری‌کننده هستند و به‌طور کلی بی‌توجهی به احساسات دیگران دارند. ماکیاولیست‌ها تمایل به بی‌اخلاقی دارند و تاکتیک‌های ناپسند خود را وسیله‌ای برای رسیدن به اهداف خود می‌دانند [۴۹].

افراد ماکیاولی را می‌توان با ویژگی‌هایی مانند فریب‌کار، متقلب، دروغ‌گو، خودخواه، استثمارگر، منفعت‌طلب، بدبین، بی‌تفاوت، از نظر عاطفی سرد، بی‌وجدان، بیش از حد رقابت‌پذیر و خودمحور توصیف کرد. افراد با ماکیاولی بالا دنیا را به‌عنوان مکانی رقابتی می‌بینند که در آن قوی‌ها بر ضعیفان تسلط دارند و در آن فرد باید از فرصت‌ها به‌محض ایجاد آن‌ها استفاده کند؛ بنابراین این تفکر و ویژگی‌ها می‌تواند در ایجاد رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه آنها نقش داشته باشد [۵۲-۵۳]. همچنین از ویژگی‌های افراد ماکیاولیسم نبود همدلی، مشکل در دل‌بستگی در روابط بین فردی، دیدگاه مبتنی بر منافع شخصی است آنها با هرگونه سوءظن به رها شدن یا نا امید شدن با خشم شدید پاسخ می‌دهند [۵۳]. در نتیجه این افراد می‌توانند از رفتارهای مخرب جهت رسیدن به اهداف خود استفاده کنند.

ناتوانی و شرم می‌شود. به نظر می‌رسد که خودشیفتگان آسیب‌پذیر نسبت به ارزیابی دیگران بسیار حساس هستند و در نتیجه در تنظیم هیجانات و رفتارهای خود دچار اختلال هستند. همین امر می‌تواند موجب استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه از قبیل استفاده رفتارهای مخرب جهت کاهش هیجانات منفی و اجتناب از آنها شود که به طور موقت موجب کاهش این احساسات منفی در افراد می‌شود و از این رو سبب تقویت این رفتارها می‌گردد که با نظریه رفتارگرایی همخوانی دارد و در آن گریز از تنبیه و احساسات ناخوشایند یا کسب لذت می‌تواند سبب قوی‌شدن پاسخ نسبت به محرک‌های خاصی گردد و زمینه‌ساز ایجاد اعتیاد به آن محرک شود. همچنین افراد خودشیفته متظاهر تمایل دارند که توسط دیگران به رسمیت شناخته شوند و مورد احترام و تحسین قرار بگیرند و نیاز فراوانی به مورد توجه بودن و تثبیت عزت‌نفس بزرگنمایی شده خود دارند. از این رو رفتارهای تخریب‌گرانه را ابزار مناسبی در جهت پاسخ‌دادن به این نیازهای خود از قبیل نیاز به تحسین شدن می‌یابند.

علاوه بر این، افراد خودشیفته تمایل دارند، در زمانی که خودشان مورد تهدید قرار می‌گیرد احساس بزرگی نسبت به خود، احساس استحقاق و تمایل به سرزنش داشته باشند [۴۹]. خودشیفته‌ها تمایل کمتری به توجه نسبت به دیدگاه‌ها و احساسات دیگران دارند، مخصوصاً زمانی که احساس کنند این موضوع مانع رسیدن آنها به اهداف خودخواهانه آنها می‌شود. همچنین، این احتمال نیز وجود دارد که حبس ممکن است برخی از ویژگی‌های خودشیفتگی را افزایش دهد، یک الگوی دوطرفه ایجاد کند و سبب یک دور باطل برای افراد خودشیفته شود این امکان مستلزم بررسی تجربی است [۴۶].

در مورد بالاتر بودن صفت سایکوپاتی در زندان‌ها با وندالیسم نسبت به زندانیان بدون وندالیسم می‌توان گفت؛ سایکوپاتی با کنترل ضعیف‌تکانه، دروغ‌گویی بیمارگونه و نبود پشیمانی از اعمال ناشایست مشخص می‌شود [۴۹]. افراد سایکوپاتی ویژگی‌هایی مانند لذت‌جویی، خودکنترلی پایین، گرایش به دستاوردهای کوتاه‌مدت و فوری، گسست عاطفی، خصومت و بدبینی، را نشان می‌دهند، این ویژگی‌ها می‌توانند موجب گرایش به رفتارهای پرخطر، مخرب و تکانشی در این افراد شوند که این موضوع با مفهوم سیستم



تفاوت‌ها و ناهمگونی‌ها را فرصتی برای رشد یکدیگر محسوب نمایند؛ بنابراین وجود تفاوت‌های به وجود آمده در برخی از مؤلفه‌های فرهنگی در این پژوهش را می‌تواند به وجود تعارضات فرهنگی در فرد و جامعه ارتباط داد که این‌ها می‌توانند تأثیرات متقابلی را بر روی یکدیگر بگذارند.

در سطح فردی، دین در راستای وجدان انسانی، رفتار مطلوب را تأیید و رفتار منفی را رد می‌کند، همین مسئله می‌تواند سبب تقویت رفتار اخلاقی‌گرایانه و بی‌تمایلی به رفتار بزهکارانه گردد. در سطح جمعی می‌توان گفت، دین با تأثیر بر روان جمعی از طریق در نظر گرفتن هزینه اجتماعی ناشی از رفتار بزهکارانه می‌تواند در کاهش رفتار خلافکارانه تأثیر گذارد [۵۵]. علاوه بر این مشخص شده که تشویق و آموزش افراد بزهکار به حضور در برنامه‌های معنوی مختلف به آنها کمک می‌کند تا دیدگاه مثبتی در زندگی داشته باشند، به شیوه‌های اخلاقی زندگی باعزت، رشد فردی و تحصیلی و مقابله مؤثرتر پایبندتر شوند [۵۶].

جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه توسط کارکنان زندان که احتمال سوگیری در پاسخ را مطرح می‌کند، ناهمتاسازی گروه‌ها بر اساس نوع جرم، نبودن این پژوهش در راستای رویکردی خاص و بی‌توجهی به سطح‌بندی شدت رفتارهای وندالیستی از محدودیت‌های این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود؛ برای جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر پرسش‌نامه، از مصاحبه و آزمون‌گره‌هایی غیر از کارکنان زندان استفاده گردد تا زندانی‌ها بدون بازداری و نگرانی پاسخ دهند. برای بررسی عوامل وندالیسم پیشنهاد می‌شود، پژوهشی به صورت تحقیق کیفی در زندانی‌ها صورت گیرد تا بتوان اطلاعات دقیق‌تری کسب نمود. کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، سابقه زندان و نوع جرم و غیره)، توجه به مدل یا رویکردی خاص و در نظر گرفتن شدت رفتارهای وندالیستی از پیشنهادات دیگر این پژوهش است. همچنین این یافته‌ها تلویحات ضمنی برای آسیب‌شناسی، پیشگیری و مداخلات روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی برای مقابله با وندالیسم در زندانیان دارد.

\*حمایت مالی: این مقاله از طرح پژوهشی بین‌سازمانی دانشگاه گیلان و سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان گیلان استخراج شده است. از حمایت‌های مالی و معنوی دانشگاه گیلان و سازمان فوق‌تشرک و قدردانی می‌گردد.

با این حال تناقضات بین وجود سه صفت تاریک شخصیتی شامل سایکوپاتی، ماکیاولیسم و خودشیفته در ایجاد رفتارهای پرخاشگرانه و منفی در تحقیقات مختلف [۱۵، ۱۶، ۱۷] می‌تواند ناشی از شباهت‌های زیاد بین این سه صفت با یکدیگر و زیربنای مشترک بین آن‌ها باشد که در تحقیقات مختلف به جای همدیگر مورد شناسایی واقع می‌شوند.

خودتنظیمی اهمیت بالایی در روابط بین‌فردی و همدلی دارد [۵۴]. به‌طور کلی زندانی‌های دارای وندالیسم، مشکلات زیادی در به تعویق انداختن تمایلات و تکانه‌های آنی خود دارند. این موضوع به این معنی است که به تأخیر انداختن پاداش‌های فوری برای رسیدن به پاداش‌های بلندمدت برای این افراد دشوار است حتی اگر انجام آن کار در بلندمدت با عواقب ناگواری همراه باشد. این موضوع از ویژگی‌های بارز افراد با صفات تاریک شخصیتی است که از مسائلی همچون بی‌باکی، نبود اضطراب و نگرش فاقد نگرانی رنج می‌برند و در پی کسب لذت‌های فوری هستند بی‌آنکه به عواقب آن‌ها توجهی کنند، همچنین از خودکنترلی پایینی برای کنترل امیال آنی خود برخوردارند، از این رو احتمال این‌که به رفتارهای مخرب رو بیاورند، بسیار زیاد است.

نتایج پژوهش نشان داد، بهزیستی معنوی در زندانی‌ها با وندالیسم از زندانی‌ها بدون وندالیسم کمتر است. این نتایج به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های [۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲] همسو است. در توجیه این یافته می‌توان گفت، تأثیر دین‌داری را می‌توان با تئوری کنترل اجتماعی توضیح داد که معتقد است مفهوم مجازات/پاداش الهی همراه با حمایت اجتماعی از یک دین رسمی می‌تواند مؤمنان را از ارتکاب جرم بازدارد [۲۵]. همچنین ارزش‌های فرهنگی بر شکل‌دهی و توجیه اعمال، باورها و اهداف فردی و گروهی تأکید دارند. ارزش‌های فرهنگی در تعیین سبک‌های زندگی مهم هستند و رواج داشتن یا نداشتن آن‌ها را می‌توان نمودی از سبک زندگی قلمداد کرد و الگوهای عمل، نگرش‌ها، پسندها و بیزارهای ماررا شکل می‌دهند و سبک زندگی به مفهوم انتخاب‌های عملی ما پیوندی اجتناب‌ناپذیر با ارزش‌های افراد دارد. بی‌شک ارزش‌های فرهنگی می‌تواند بر روی سبک زندگی افراد تأثیر داشته باشد. وقتی باورهای افراد از ریشه و ارزش‌های بالایی برخوردار باشند، قطعاً در شرایط خاص و بحرانی می‌توانند بهتر عمل نمایند و وجود

## منابع

- 10-Buford C. The dark triad and dark behaviors: an analysis of the relationship between social networking sites, deviant behaviors, and the dark triad. a thesis submitted to the faculty of barry university in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of Science. miami shores; florida: 2022.
- 11-Wang C, Guo J, Zhou X, Shen Y, You J. The Dark Triad traits and suicidal ideation in Chinese adolescents: Mediation by social alienation. *Journal of Research in Personality*. 2023; 102: 104332.  
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2022.104332>
- 12-Costa Porfirio J, Luksevicius de Moraes Y, Richardson G. Do health beliefs link Dark Triad traits to COVID-19 behaviors? Replicating Nowak et al. (2023) in a Brazilian sample. *Personality and Individual Differences*. 2023; 200: 111910.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111910>
- 13-Lyons M. The Dark Triad of Personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy in Everyday Life. Academic Press, London; 2019.
- 14-Brugués G, Caparrós B. Dysfunctional personality, Dark Triad and moral disengagement in incarcerated offenders: implications for recidivism and violence. *Psychiatr Psychol Law*. 2021; 29(3): 431-455.  
<https://doi.org/10.1080/13218719.2021.1917011>
- ۱۵- میکائیلی منیع ف، صالحی م، احمدی خویی ش. سه‌گانه تاریخ شخصیت در افراد مجرم و غیر مجرم: خودشیفتگی، ماکیاولیسم و جامعه‌سستیزی. *روانشناسی بالینی شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱): ۱۱۳-۱۲۶.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2017.15.1.113>
- 16-Szabó E, Körmendi A, Kurucz G, Cropley D, Olajos T, Pataky N. Personality Traits as Predictors of Malevolent Creative Ideation in Offenders. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2022; 12: 242.  
<https://doi.org/10.3390/bs12070242>
- 17-Pechorro P, Curtis S, DeLisi M, Maroco J, Nunes C. Dark Triad Psychopathy Outperforms Self-Control in Predicting Antisocial Outcomes: A Structural Equation Modeling Approach. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2022; 12(6): 549-562. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12060041>
- 18-Lobato RM, García-Coll J, Moyano M. Disconnected Out of Passion: Relationship Between Social Alienation and Obsessive Passion. *Journal of Interpersonal Violence*. 2023; 38(1-2): 1950-1969.  
<https://doi.org/10.1177/08862605221094631>
- 1- Suresh BM, Practina M, Rajani P, Kuman CN, Madhusudhan S. Minds Imprisoned: Mental Health Care: Prison Publication, National Institute of Mental Neuro-Science. Bangalore; 2011.
- 2- Baias CV. The Epidemiology of Recurrent Violence and Its Relationship with Sentence Time in the Romanian Juvenile Prison System: A Two-Year Cohort Study. *Open Journal of Epidemiology*. 2022; 12: 12-30.  
<https://doi.org/10.4236/ojepi.2022.121002>
- 3- Billings SB, Hoekstra M. The Effect of School and Neighborhood Peers on Achievement, Misbehavior, and Adult Crime. *Journal of Labor Economics*. 2023. <https://doi.org/10.1086/720323>
- 4- Senjaya M, Pasundan U. Elements of Vandalism in Law Number 1 of 2023 Concerning the Criminal Code. *East Asian Journal of Multidisciplinary Research (EAJMR)*. 2023; 2(2): 673-682.  
<https://doi.org/10.55927/eajmr.v2i2.3024>
- ۵- هوشیاری د، اسماعیلی م، کلانتری درونکلا ک. تحلیلی بر کنترل کیفری در مقابله با وندالیسم. *پژوهشنامه حقوق کیفری*. ۱۴۰۱؛ ۱۳(۲۵): ۲۸۹-۳۱۴.  
<https://doi.org/10.22124/jol.2021.19258.2106>
- 6- Rezaee S, Arbi E. Vandalism in Tehran, Iran: Influence of some of the Urban Environmental Factors. *Journal of Design and Built Environment*. 2010; 6(1): 1-10.  
[https://www.researchgate.net/publication/267559817\\_Vandalism\\_in\\_Tehran\\_Iran\\_Influence\\_of\\_some\\_of\\_the\\_Urban\\_Environmental\\_Factors](https://www.researchgate.net/publication/267559817_Vandalism_in_Tehran_Iran_Influence_of_some_of_the_Urban_Environmental_Factors)
- ۷- سپهوند ر، عارف‌نژاد م، فتحی چگنی ف، سپهوند م. شناسایی و تبیین اثرگذارترین و اثرپذیرترین مؤلفه‌های مؤثر بر گرایش دانش‌آموزان به وندالیسم با روش دیمتال فازی (مورد مطالعه: دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان خرم‌آباد). *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۲): ۱۸۱-۲۰۸.  
<https://doi.org/10.22059/japr.2020.289499.643354>
- 8- Jolliffe D, Farrington DP. The promotive relationship between personality and self-reported offending. *Psychology, Crime & Law*. 2022; 75: 37-45.  
<https://doi.org/10.1080/1068316X.2022.2092620>
- 9- Moor L, Anderson J R. A systematic literature review of the relationship between dark personality traits and antisocial online behaviours. *Personality and Individual Differences*. 2019; 144: 40-55.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.02.027>

- 28-Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2018; 11(3). Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran - PubMed
- ۲۹- مظفری ف، حجازی م. نقش بهزیستی معنوی و روانی در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جوانان زندانی شهر زنجان؛ <https://civilica.com/doc/1512348.۱۳۹۸>
- ۳۰- قدم‌پور ع، میردیریگوند ف، مرادی‌زاده س. مقایسه هوش معنوی، بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی نوجوانان بزهکار و عادی. *نشریه اسلام و سلامت*. ۱۳۹۸؛ ۴ (۲): ۱۴-۲۴. <https://civilica.com/doc/1139726>
- 31-Mohammad T, Banse R. Muslim Religiosity and Juvenile Delinquency: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*. 2023. <https://doi.org/10.1007/s40894-023-00206-y>.
- ۳۲- حسن ج، شیخان ر، محمودزاده ا، نیکرو م. نقش بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در رفتارهای پرخطر نوجوانان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۹۳؛ ۹ (۳۳): ۱۷-۲۶. <http://noo.rs/8cKL6>
- ۳۳- صفایی‌راد ا، کریمی ل، شوموسی ن، احمدی‌طهور م. رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۱۳۸۹؛ ۱۷ (۴): ۲۷۴-۲۸۰. رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان
- ۳۴- ماهی‌ش، منصوری م، حسن‌بیگی م. بررسی ارتباط سلامت روان با بهزیستی روان‌شناختی در میان دانشجویان دختر دانشگاه آزاد در سال ۱۳۹۱، [نخستین همایش ملی شخصیت و زندگی نوین]. سندج: ۱۳۹۱. <https://civilica.com/doc/164901>
- ۳۵- جعفری ع، دهشیری غ ر، سهرابی‌اسمرود ف، نجفی م. رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی دانشجویان. *پژوهش‌های مشاوره تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*. ۱۳۸۸؛ ۸ (۳۱): ۷۸-۶۵. <https://doi.org/10.22037/mhj.v6i21.11109>
- 36-Arefpour S, Anvari M, Miri G. An investigation into vandalism and its effects on urban beauty. *International Journal of Human Capital in Urban Management*. 2022; 7(3): 405-416. <https://doi.org/10.22034/IJHCUM.2022.03.09>
- 37-Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007; 39: 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- 19-Burdek A, Ławska W. Reasons for alienation leading to anti-social and delinquent behaviour among juveniles, according to the juveniles themselves. *Państwo i Społeczeństwo*. 2016; 4: 55-68. Reasons for alienation leading to anti-social and delinquent behaviour among juveniles, according to the juveniles themselves, "Państwo i Społeczeństwo" 2016, nr 4
- 20-APA Dictionary of Psychology; 2023. <https://dictionary.apa.org/self-alienation>
- 21-Køster A. Self-alienation through the loss of heteronomy: the case of bereavement. *Philosophical Explorations*. 2022; 25 (3): 386-401. <http://dx.doi.org/10.1080/13869795.2022.2051590>
- ۲۲- نبوی س ع، ملتفت ح، براتیان ع. بررسی عوامل مؤثر در بروز رفتارهای وندالیستی در میان دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان ایذه. *جامعه‌شناسی کاربردی*. ۱۳۹۰؛ ۲۲ (۳): ۸۳-۱۰۰. [https://journals.ui.ac.ir/article\\_18235.html](https://journals.ui.ac.ir/article_18235.html)
- 23-O'donnell D, Schwab-stone M, Ruchkin V. The mediating role of alienation in the development of maladjustment in youth exposed to community violence. *Development and Psychopathology*. 2006; 18(1): 215-232. <https://doi.org/10.1017/s0954579406060123>
- ۲۴- میرزایی ع، افشاریان ن. رابطه کیفیت دل‌بستگی و ازخودبیگانگی روانی با رفتارهای جامعه‌سستیزانه در دانش‌آموزان. *فصلنامه علمی-پژوهشی خانواده و پژوهش*. ۱۳۹۶؛ ۱۴ (۴): ۶۷-۶۸. <http://noo.rs/S1ipr.۶۸-۴۷>
- 25-Gonçalves JPB, Lucchetti G, Maraldi EO, Fernandez PEL, Menezes PR, Vallada H. The role of religiosity and spirituality in interpersonal violence: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2023; 45(2):162-181. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2832>
- 26-Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 2015; 18: 286-98. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0189>
- 27-Choi GH, Kim JH. Concept analysis of Korean spiritual health: Using a hybrid model. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2021; 27: 117-131. <http://dx.doi.org/10.5977/jkasne.2021.27.2.117>

- 48-Jauk E, Weigle E, Lehmann K, Benedek M, Neubauer AC. The Relationship between Grandiose and Vulnerable (Hypersensitive) Narcissism. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8: 1600. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01600>
- 49-Walters RL. "The Predictive Power of Machiavellianism, Emotional Manipulation, Agreeableness, and Emotional Intelligence on Counterproductive Work Behaviors". Browse all Theses and Dissertations. 2502; 2021. [https://corescholar.libraries.wright.edu/etd\\_all/2502](https://corescholar.libraries.wright.edu/etd_all/2502)
- 50-Byrd AL, Loeber R, Pardini DA. Antisocial behavior, psychopathic features and abnormalities in reward and punishment processing in youth. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2014; 17(2): 125-56. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0159-6>
- 51-Christie R, Geis FL. *Studies in Machiavellianism*. Elsevier Inc; 2013.
- 52-Blötner C, Bergold S. The Machiavellian bully revisited: A closer look at differences and processes of Machiavellian bullying and cyberbullying perpetration. *Aggressive Behavior*. 2023; 49:568-579. <https://doi.org/10.1002/ab.22095> BLÖTNER and BERGOLD|579
- 53-Ináncsi T, Láng A, Bereczkei T. Machiavellianism and Adult Attachment in General Interpersonal Relationships and Close Relationships. *Eur J Psychol*. 2015; 11(1): 139-54. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i1.801>
- ۵۴-ابوالقاسمی ع، طاهری فرد م، کیامرثی آ. نقش رفتارهای خودتنظیمی در پیش بینی واکنش پذیری بین فردی زندانیان دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱): ۳۳-۴۳. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2881>
- ۵۵-خسرو شاهی ق، جوادی حسین آبادی ح. تحلیل رابطه مؤلفه‌های هویت دینی و پیشگیری از جرم. *فصلنامه پژوهش حقوق کیفری*. ۱۳۹۵؛ ۵(۱۷): ۹۱-۱۲۵. تحلیل رابطه ی مؤلفه های هویت دینی و پیشگیری از جرم
- 56-Badiktsie Manzini T. The Support of Juvenile Offender Learners in Correctional Centre Schools: A Spiritual Wellness Perspective. *European Journal of Education*. 2020; 3(1): 90-105. <http://dx.doi.org/10.26417/213hbb91e>
- 38-Dean DG. "Alienation: its Meaning and Measurement." *American Sociological Review*. 1961; 26, 753-758. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/2090204>
- ۳۹-ابوالقاسمی ع، نریمانی م. *آزمون‌های روانشناختی*. چاپ اول، تهران: انتشارات کیهان؛ ۱۳۸۵.
- ۴۰-یوسفی رحیم، پیری، فائزه. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه دوجین کتیف. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۵؛ ۲۲(۱): ۶۶-۶۷. <http://noo.rs/fiWDI>
- ۴۱-بشرپور س، عبادی م، نریمانی م. نقش میانجی حساسیت به طرد در رابطه بین صفات تاریک شخصیت و آشفتگی زناشویی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۲): ۵-۱۵. <https://www.magiran.com/p2405647>
- ۴۲-گل‌پرور محسن، دارایی نفیسه، خیاطان فلور. ساخت مقیاس سرمایه معنوی و بهزیستی معنوی اسلامی. *دو فصلنامه انسان پژوهشی دینی*. ۱۳۹۳؛ ۱۱(۳۲): ۱۸۸/۱۶۷. <http://noo.rs/daBc9>
- ۴۳-فرهمنند م، جوادیان س ر، جلیلی پیرانی ش. نقش از خودبیگانگی، تبعیض جنسیتی و داغ انگ در طرد زنان زندانی از تعاملات بین فردی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. ۱۴۰۱؛ ۱۰(۴): ۵۷-۶۶. مقاله نقش از خودبیگانگی، تبعیض جنسیتی و داغ انگ در طرد زنان زندانی از تعاملات بین فردی
- ۴۴-افشانی ع ر، جواهرچیان ن. بررسی نقش بیگانگی اجتماعی در وندالیسم در بین دانش آموزان دوره اول و دوم متوسطه شهر یزد. *پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی*. ۱۳۹۵؛ ۵(۲): ۱-۲۴. <https://doi.org/10.22108/ssoss.2016.20952>
- ۴۵-ناطق ز، افشانی، س ع ر. بیگانگی اجتماعی و گرایش به رفتارهای پرخطر (مطالعه موردی: شهر مشهد). *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*. ۱۳۹۵؛ ۳(۱۰): ۱۰۷-۱۴۴. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2016.9373>
- 46-Hepper EG, Hart CM, Meek R, Cisek SZ, Sedikides C. Narcissism and empathy in young offenders and non-offenders. *European Journal of Personality*. 2014; 28: 210-291. <https://doi.org/10.1002/per.1929>
- 47-Zajenkowski M, Maciantowicz O, Szymaniak K, Urban P. Vulnerable and Grandiose Narcissism Are Differentially Associated with Ability and Trait Emotional Intelligence. *Frontiers in Psychology*. 2018; 9: 1606. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01606>

# بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان

نویسندگان

شکیبا محمودی<sup>۱</sup>، عباس فیروزآبادی<sup>۲\*</sup>، سیدروح‌الله حسینی<sup>۳</sup>، سیدکاظم رسول‌زاده طباطبایی<sup>۴</sup>، مریم شمسانی<sup>۵</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی شناختی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. mahmoodi.shakiba@mail.um.ac.ir

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. r\_hosseini@um.ac.ir

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. rasool1340@um.ac.ir

۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی شناختی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. Maryamshamsaei1995@gmail.com

چکیده

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در میزان تجربه افسردگی، اضطراب و استرس در نوجوانان ۱۵-۱۸ سال شهر مشهد است.

**روش:** روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی و جامعه موردنظر پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان شهر مشهد در بازه سنی ۱۵-۱۸ ساله بوده است. تعداد شرکت‌کنندگان این مطالعه ۸۰۰ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت و مقطع تحصیلی)، پرسش‌نامه DASS-21، پرسش‌نامه تنظیم‌شناختی هیجانی (CERQ-18) بوده است. بعد از اجرای پرسش‌نامه‌ها روی نمونه موردنظر، تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش رگرسیون همزمان استفاده شد.

**نتایج:** داده‌های این تحلیل نشان داد، راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان می‌تواند به صورت معناداری پربشانی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند ( $P < 0.001$ ). نتایج پژوهش نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار می‌تواند به صورت مستقیم میزان تجربه افسردگی، اضطراب و استرس را در نوجوانان پیش‌بینی کنند و راهبردهای تنظیم هیجان سازگار نیز به صورت معکوس نقش پیش‌بینی‌کنندگی در تعیین افسردگی، اضطراب و استرس این گروه سنی از افراد دارند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد، نوع راهبردهای تنظیم هیجان (سازگار در مقابل ناسازگار) نقش مؤثری در پیش‌بینی تجربه افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان دارند؛ بنابراین استفاده از روش‌های درمانی و طراحی برنامه‌های آموزشی در جهت بهبود مهارت‌های تنظیم‌شناختی هیجان احتمالاً می‌تواند در کاهش تجربه پربشانی روان‌شناختی نوجوانان مؤثر باشد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۸/۲۲

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۲/۲۳



کلیدواژه‌ها

نوجوانی، تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب، استرس، پربشانی روان‌شناختی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

a.firoozabadi@um.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

## مقدمه

زندگی افراد می‌شود [۱۲] و این موضوع به نوبه خود می‌تواند منجر به تشدید اختلالات فیزیولوژیکی شود [۱۳]؛ اما پریشانی روانی بخش اجتناب‌ناپذیری از زندگی در دنیای مدرن است [۱۴]. اگر افراد به شیوه‌ای نامناسب با وضعیت پریشانی روانی خود برخورد کنند، ممکن است همین مورد به یک عامل خطر برای ناسازگاری و آسیب روانی تبدیل شود؛ بنابراین تأثیر مثبت یا منفی پریشانی روانی بستگی به شیوه مقابله افراد با آن دارد [۱۵]. معمولاً شیوه‌های مقابله‌ای افراد با وضعیت پریشانی روانی با پاسخ‌های هیجانی شدیدی همراه است و به نظر می‌رسد یکی از مؤلفه‌های حیاتی در میزان تجربه افسردگی، اضطراب و استرس، تنظیم هیجان<sup>۸</sup> است [۱۶].

تنظیم هیجان به عنوان ظرفیت مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود تعریف می‌شود [۱۷]، تنظیم هیجان شامل: راهبردهایی به منظور افزایش، حفظ یا کاهش شدت و طول مدت هیجانات مثبت و منفی است [۷]. افراد در هنگام رویارویی با محرک‌ها و موقعیت‌ها، در ابتدا آن‌ها را تفسیر می‌کنند و سپس بر مبنای تفسیر شناختی ایجاد شده، واکنش‌های افراد تعیین می‌گردد. بر این اساس می‌توان گفت، تنظیم هیجان شامل تعامل بهینه شناخت و هیجان برای مقابله با شرایط نامطلوب است [۱۸]. فرآیند تنظیم هیجانات شامل جنبه‌های مختلفی از جمله؛ پذیرش هیجانات، تمرکز بر اهداف شخصی علی‌رغم وجود هیجانات منفی و مدیریت رفتارهای تکانشی می‌شود [۱۹]. راهبردهای تنظیم هیجان به دو دسته کلی راهبردهای سازگار<sup>۹</sup> و ناسازگار<sup>۱۰</sup> تقسیم می‌شوند. راهبردهای سازگار شامل «دیدگاه‌گیری<sup>۱۱</sup>»، «تمرکز مجدد مثبت<sup>۱۲</sup>»، «ارزیابی مجدد مثبت<sup>۱۳</sup>»، «پذیرش<sup>۱۴</sup>» و «برنامه‌ریزی<sup>۱۵</sup>» می‌باشند [۷]. در مقابل راهبردهای ناسازگار شامل «خود سرزنشگری<sup>۱۶</sup>»، «ملامت دیگران<sup>۱۷</sup>»، «نشخوار فکری<sup>۱۸</sup>»،

نوجوانی<sup>۱</sup> به عنوان یکی از مراحل رشد، عمدتاً بازه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال را شامل می‌شود که شروع آن با بلوغ طبیعی و فیزیولوژیک اتفاق می‌افتد و در طی آن تغییرات متعددی روی می‌دهد و نهایتاً با رسیدن به هویت و رفتارهای بالغانه پایان می‌یابد [۱، ۲]. در واقع از منظر تکاملی، نوجوانی دوره مهمی از رشد مغز و رفتار انسان است که شامل تغییرات گسترده‌ای در حوزه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و تحصیلی می‌شود [۳، ۴]. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> نیمی از اختلالات روان‌شناختی بخصوص اضطراب<sup>۳</sup> و افسردگی<sup>۴</sup> در سن ۱۴ سالگی شروع می‌شوند [۵] و شواهد نشان می‌دهد، بین وجود علائم افسردگی و اضطراب در افراد همبودی وجود دارد و تجربه نشانه یک اختلال ممکن است نشان‌دهنده احتمال ابتلا به سایر اختلالات سلامت روان باشد [۶]. همچنین تجربه رویدادهای استرس‌زا زندگی و ناملایمات دوران نوجوانی نیز به عنوان یکی از عوامل خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی در این دوران شناخته شده‌اند [۷]. پیامدهای نامطلوب تجربه این اختلالات شامل پیشرفت تحصیلی پایین، ترک تحصیل، اختلال در روابط اجتماعی، تمایل به سوء مصرف مواد، مشکلات سلامت روان و خودکشی می‌باشند [۸، ۹].

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان در سراسر جهان از پریشانی روان‌شناختی<sup>۵</sup> رنج می‌برند [۱۰]. پریشانی روان‌شناختی به عنوان یک وضعیت روانی در نظر گرفته می‌شود که با نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۶</sup> مشخص می‌شود و شامل مواردی همچون احساس آسیب‌پذیری، غم، ترس، نگرانی، بی‌قراری، افکار منفی و انزوای اجتماعی می‌شود [۱۱]. بسیاری از افراد در مواجهه با عوامل استرس‌زا، انعطاف‌پذیر هستند؛ اما تجربه احساسات منفی در طولانی مدت سبب کاهش سلامت جسمی و سلامت روان<sup>۷</sup>، افزایش بروز اختلالات روانی (اضطراب و افسردگی) و کاهش کیفیت

8 . Emotion Regulation.  
9 . Adaptive.  
10 . Maladaptive.  
11 . Putting Into Perspective.  
12 . Positive Refocusing.  
13 . Positive Reappraisal.  
14 . Acceptance.  
15 . Planning.  
16 . Self-Blame.  
17 . Other-Blame.  
18 . Rumination.

1 . Adolescence.  
2 . World Health Organization.  
3 . Anxiety.  
4 . Depression.  
5 . Psychological Distress.  
6 . Stress.  
7 . Mental Health.

«فاجعه‌انگاری»<sup>۱</sup> می‌باشند [۲۰].

نحوه استفاده افراد از راهبردهای مختلف تنظیم هیجان در میزان بروز اختلالات اضطرابی و افسردگی نقش دارد، به طوری که برخی از یافته‌ها حاکی از این است که افراد با نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس از راهبردهای ناسازگار، بیشتری استفاده می‌کنند [۲۱] و بهره‌منظم از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار با پیامدهای سلامت روانی بهتر در جمعیت‌های مختلف همراه بوده است [۲۲]. راهبردهای سالم و سازگار می‌تواند شدت تجارب هیجانی منفی را کاهش دهند [۲۳]. برای مثال نتایج پژوهشی در طول همه‌گیری ویروس کرونا نشان داد، افرادی که از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار مانند ارزیابی و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی استفاده می‌کردند، به صورت مؤثرتری با استرس مقابله کردند و از سلامت روان بهتری برخوردار بودند [۲۴]. در مقابل، استفاده مکرر از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار با افزایش اضطراب و افسردگی همراه است [۲۲] و شواهد بیانگر این مطلب است که استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگار مانند فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و سرزنش دیگران سبب افزایش تجربه اختلالات روانی می‌شود [۲۵]. این دسته از راهبردها با اختلال در توانایی پردازش اطلاعات منفی همراه هستند و می‌توانند منجر به فعال شدن بیش از حد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز - آدرنال<sup>۲</sup> و در نتیجه ترشح بالای کورتیزول شوند [۱۶]. در نهایت ترشح بالای کورتیزول به نوبه خود می‌تواند بر رشد اجتماعی، شناختی و هیجانی تأثیر منفی بگذارد و افراد را مستعد ابتلا به بیماری‌های مختلف در طول زمان سازد [۲۶]. در پژوهشی دیگر در گروه پرستاران مشخص شد، نقص در تنظیم هیجان سبب تجربه استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری می‌شود و پرستارانی که هیجان‌ات خود را مدیریت و کنترل می‌کنند از سلامت روان بهتری برخوردار هستند [۲۷]. براساس پژوهش انجام شده در سال ۲۰۱۴م، توانایی پذیرش و تحمل هیجان‌های منفی با نمره پایین در اضطراب صفت<sup>۳</sup> همراه بود، به این معنا که افرادی که از مشکلات مرتبط با اضطراب رنج می‌برند، ممکن است به ویژه از مداخلاتی بهره

ببرند که این مهارت‌های خاص را تقویت می‌کند [۲۸]. همچنین افرادی که معیارهای اختلال اضطراب اجتماعی را دارند، به طور کلی کمتر به هیجان‌ات خود توجه می‌کنند و نسبت به افراد سالم توانایی کمتری در توصیف هیجان‌ات خود دارند، آن‌ها همچنین در هنگام مواجهه با رویدادهای ناخوشایند مشکلاتی در پذیرش تجربیات هیجانی نشان می‌دهند [۲۹]. از سوی دیگر، اختلال در تنظیم هیجان یکی از نشانه‌های بارز در تشخیص اختلال افسردگی است و تفاوت‌های فردی در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند نقش مهمی در شروع و حفظ افسردگی داشته باشد [۳۰]. همچنین براساس نتایج پژوهشی در سال ۲۰۲۰م مشخص شد که راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند عامل مهمی در پیش‌بینی افسردگی باشد و تقویت راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان سازگار می‌تواند در درمان افسردگی مفید واقع شود [۳۱]؛ بنابراین نقص در مهارت‌های تنظیم هیجانی با مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی رفتار همراه است و به عبارتی تنظیم هیجان به صورت ناکارآمد می‌تواند زمینه‌ساز بروز بسیاری از اختلالات روان‌شناختی شود [۳۲]. به طور خلاصه، بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان سازگار و تجربه علائم افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط منفی وجود دارد در حالی که بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگار و تجربه علائم افسردگی، اضطراب و استرس این ارتباط مثبت است [۳۳]. تنظیم هیجان یک سازه متمایز از اضطراب در نظر گرفته می‌شود که ممکن است به طور کلی بر بروز و مدیریت اضطراب تأثیر بگذارد [۳۴] به این صورت که اضطراب به عنوان یک واکنش دفاعی به تهدیدهای احتمالی در نظر گرفته می‌شود که شامل علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی است که مرتبط با ناحیه آمیگدال<sup>۴</sup> است [۳۵] و تنظیم هیجان نیز همان طور که قبلاً توضیح داده شد شامل راهبردهای رفتاری و شناختی است که ناحیه مرتبط با آن در مغز قشر پیش‌پیشانی<sup>۵</sup> است [۳۶]؛ بنابراین از لحاظ ساختاری این دو مفهوم متمایز از هم هستند. راهبردهای تنظیم هیجان سازگار نقش محافظتی در برابر هیجان‌ات منفی دارند و به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای استرس‌زای زندگی سازگاری پیدا کنند [۱۹]؛ بنابراین تنظیم هیجان سازگار

1 . Catastrophizing.

2 . Hypothalamic Pituitary Adrenal (HPA).

3 . Trait Anxiety.

4 . Amygdala.

5 . Prefrontal Cortex(PFC).

## آزمودنی

### الف. جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله شهر مشهد بود که جمعیت این گروه در شهر مشهد براساس آخرین سرشماری انجام شده در سال ۱۳۹۵ برابر با ۲۰۷۳۶۵ نفر بوده است.

### ب. نمونه پژوهش

تعداد اعضای نمونه پژوهش حاضر با استفاده از جدول مورگان و با توجه به حجم جامعه مورد نظر، برای هر جنس حداقل ۳۸۴ نفر در نظر گرفته شد که این افراد بر اساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از میان جمعیت گفته شده، انتخاب شدند. بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی جامعه مورد نظر به چندین دسته (خوشه) تقسیم می‌شود که در این پژوهش خوشه‌ها نواحی هفت‌گانه (نواحی جغرافیایی تعیین شده بر اساس تقسیم‌بندی آموزش و پرورش) بودند، سپس از هر کدام از نواحی یک مدرسه دخترانه و پسرانه مقطع دوم متوسطه انتخاب شد و اعضای آن مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت در پژوهش حاضر ۸۰۰ نفر (۴۰۸= دختر و ۳۹۲= پسر) از نواحی هفت‌گانه شهر مشهد انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش قرارگیری فرد در بازه سنی مورد نظر بود که در صورت تمایل نداشتن، افراد می‌توانستند از پژوهش خارج شوند.

### ابزارهای پژوهش

#### ۱. اطلاعات جمعیت شناختی

این اطلاعات شامل پرسش‌هایی در مورد سن، جنسیت و مقطع تحصیلی، مصرف داروهای روانپزشکی و سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی پرسیده شد.

#### ۲. پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجانی

این پرسش‌نامه توسط گرانفسکی<sup>۱</sup> و کراچی<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۶م به منظور شناسایی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان افراد در پاسخ به تجربه رویدادهای تهدید کننده یا استرس‌زای محیطی ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل نه خرده‌مقیاس یا راهبرد تنظیم هیجان است که شامل خود سرزنشگری، ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز،

برای سلامت روان ضروری است و یک مهارت اجتماعی - عاطفی مهم است که امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های هیجانی را فراهم می‌کند [۷] و اغلب به عنوان یکی از اهداف درمانی در نظر گرفته می‌شود [۳۷]. در مقابل اگرچه راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار پریشانی را در کوتاه مدت کاهش می‌دهند، اما در طولانی مدت موجب افزایش برانگیختگی سیستم خودمختار و بار شناختی می‌شوند که خود منجر به افزایش آسیب‌پذیری افراد نسبت به اختلالات روان‌شناختی می‌شود.

در حال حاضر پژوهش‌های محدودی به این پرسش پرداخته‌اند که آیا تفاوت در راهبرد تنظیم هیجان در نوجوانان می‌تواند میزان افسردگی، اضطراب و استرس آن‌ها را پیش‌بینی کند. اکثر پژوهش‌ها تنها به بررسی این موضوع در گروه بزرگسالان پرداخته‌اند [۳۸، ۳۹]. در این زمینه اطلاعات محدودی از گروه نوجوانان در اختیار داریم، در حالیکه دوره نوجوانی به دلیل تغییرات فردی و اجتماعی به عنوان یکی از دوره‌های مهم افزایش خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی به حساب می‌آید [۷]. همچنین در این دوران به دلیل افزایش چالش با مراقبین یا والدین و مشکلات در روابط اجتماعی، افراد تجربه هیجانی شدیدتری نسبت به سایر دوره‌های رشدی دارند که این موضوع می‌تواند اهمیت تنظیم هیجان در نوجوانی را نشان دهد [۴۰]. اطلاعات کافی در زمینه چگونگی مدیریت هیجانات در افراد با اضطراب و افسردگی بالا، درک بهتری از مکانسیم‌های مقابله‌ای آن‌ها برای ما ایجاد می‌کند [۲۱]. علاوه بر این، درک عواملی که ممکن است بر سلامت روان افراد در مواجهه با استرس نقش داشته باشند، می‌تواند پیامد مهمی به منظور توسعه رویکردهای مداخله‌ای بر تنظیم هیجان داشته [۱۲] و همچنین به انجام اقدامات پیشگیرانه در این زمینه کمک خواهد کرد [۱۷]؛ بنابراین پرسش اساسی پژوهش حاضر این است، آیا نوع راهبردهای تنظیم هیجان (سازگار در مقابل ناسازگار) نقش پیش‌بینی‌کننده در میزان تجربه افسردگی، اضطراب و استرس در نوجوانان دارد؟

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر بر اساس هدف از نوع کاربردی و بر اساس روش از نوع پژوهش توصیفی و همبستگی بوده است.

1. Garnefski, N.

2. Kraaij, V.



سنجش قرار می‌دهد. پرسش‌های مربوط به افسردگی شامل؛ پرسش‌های شماره ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱ است. پرسش‌های مربوط به اضطراب شامل پرسش‌های شماره ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ است و پرسش‌های مربوط به استرس شامل پرسش‌های شماره ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ می‌باشد. نمرات افراد در فرم کوتاه باید ۲ برابر شود تا شدت هر یک از علائم به دست آید. این ابزار در سال ۱۹۹۸م مورد تحلیل عاملی قرار گرفت و با ضریب آلفای ۰/۹۲، ۰/۹۷ و ۰/۹۵ برای خرده‌مقیاس‌ها مورد تأیید قرار گرفته است. در ایران روایی و اعتبار این مقیاس توسط سامانی و جوکار بررسی و با آلفای کرونباخ ۰/۷۶، ۰/۸ و ۰/۷۷ به ترتیب برای افسردگی، اضطراب و استرس پایایی ابزار مورد تأیید قرار گرفت [۴۵].

### شیوه انجام پژوهش

در مرحله نخست، پس از کسب مجوزات لازم از اداره آموزش و پرورش کل و اداره آموزش و پرورش هر ناحیه، از هر ناحیه دو مدرسه (یک دخترانه و یک پسرانه) معرفی شدند. سپس با مدیران مدارس هماهنگی لازم انجام شد و پس از انتخاب کلاس‌ها، افراد آمادگی اولیه خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. با توجه به شیوع ویروس کرونا و حجم نمونه بالا، پرسش‌نامه‌ها به صورت آنلاین تهیه شدند و لینک آن برای افراد ارسال گردید یا توسط مدیر به اشتراک گذاشته شد. در لینک مربوطه در ابتدا پس از کسب رضایت آگاهانه از اطمینان‌بخشی در مورد محرمانه‌بودن اطلاعات، پرسش‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه تنظیم هیجانی و مقیاس افسردگی - اضطراب - استرس ارائه شد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در قسمت آمار توصیفی شامل جداول فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و در قسمت آمار استنباطی برای سنجش فرضیه‌های پژوهش روش تحلیل رگرسیون هم‌زمان بوده است. تمام تحلیل‌های صورت گرفته با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 انجام شده است.

### نتایج

بر اساس تجزیه و تحلیل‌های صورت گرفته در قسمت آمار توصیفی تعداد شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل

دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی می‌باشد. این ابزار یک ابزار خودگزارشی است و دارای دو فرم بلند، ۳۶ پرسشی و فرم کوتاه ۱۸ پرسشی است [۴۱]. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه استفاده شد. دامنه نمرات مقیاس براساس طیف لیکرت از گزینه ۱ (تقریباً هرگز) تا گزینه ۵ (تقریباً همیشه) است، نمره‌گذاری نیز از جمع نمرات مربوط به گویه‌های هر خرده‌مقیاس به دست می‌آید. مجموع و میانگین نمرات زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری (پرسش‌های ۱ و ۲)، دیگر سرزنشگری (پرسش‌های ۱۷ و ۱۸)، نشخوارگری (پرسش‌های ۵ و ۶) و فاجعه‌نمایی (پرسش‌های ۱۵ و ۱۶) تشکیل‌دهنده نمره راهبردهای ناسازگار و مجموع و میانگین نمرات زیر مقیاس‌های دیدگاه‌گیری (پرسش‌های ۱۳ و ۱۴)، تمرکز مجدد مثبت (پرسش‌های ۷ و ۸)، ارزیابی مجدد مثبت (پرسش‌های ۱۱ و ۱۲)، پذیرش (پرسش‌های ۳ و ۴) و برنامه‌ریزی (پرسش‌های ۹ و ۱۰) تشکیل‌دهنده نمره راهبردهای سازگار بوده است. نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس بیانگر استفاده بیشتر از آن راهبرد است [۴۲]. پایایی این آزمون برحسب ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ به دست آمده است و در ایران پایایی این مقیاس توسط شاخص آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ و روایی آزمون با استفاده از همبستگی نمره کل با نمرات خرده‌مقیاس‌هایی پرسش‌نامه سلامت عمومی بررسی شده که همگی معنادار بوده‌اند [۴۳]. همچنین در این پژوهش، آلفای کرونباخ محاسبه شده به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های راهبردهای سازگار، راهبردهای ناسازگار و نمره کلی برابر با ۰/۷۳، ۰/۷۵ و ۰/۷۴ بوده است.

### ۳. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

این مقیاس در سال ۱۹۹۵م توسط لایبوند<sup>۱</sup> و لایبوند<sup>۲</sup> تهیه شده و دارای دو فرم بلند ۴۲ پرسشی و فرم کوتاه ۲۱ پرسشی است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه استفاده شده است. جهت محاسبه نمرات از یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت از نمره صفر (اصلاً) تا نمره سه (کاملاً) نمره‌گذاری می‌شود [۴۴]. این پرسش‌نامه، شدت هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را با هفت پرسش مورد

1 . Lovibond, P.F.  
2 . Lovibond, S.H.

در گروه سنی ۱۵-۱۶ سال ۱۳۰ نفر (۳۳ درصد) ۱۶-۱۷ سال ۱۳۱ نفر (۳۴ درصد) و در ۱۷-۱۸ سال ۱۴۸ نفر (۳۳ درصد) قرار داشتند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

۴۰۸ دختر (۵۱ درصد) و ۳۹۲ پسر (۴۹ درصد) بوده است. بر اساس طبقه سنی نیز دختران در گروه سنی ۱۵-۱۶ سال ۱۲۹ نفر (۳۲ درصد)، ۱۶-۱۷ سال ۱۳۱ نفر (۳۲ درصد) و در ۱۷-۱۸ سال ۱۴۸ نفر (۳۶ درصد) قرار داشتند و پسران

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرها

| متغیر                          | میانگین | انحراف استاندارد | کجی    | کشیدگی |
|--------------------------------|---------|------------------|--------|--------|
| راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار | ۳/۲۱    | ۰/۶۴             | ۰/۱۳۴  | -۰/۴۸۷ |
| راهبردهای تنظیم هیجان سازگار   | ۳/۱۳    | ۰/۷۴             | -۰/۰۶۶ | -۰/۳۰۹ |
| افسردگی                        | ۱۶/۸۰   | ۱۰/۶۳            | ۰/۳۷۱  | -۰/۷۲۳ |
| اضطراب                         | ۱۳/۶۸   | ۹/۴۸             | ۰/۴۷۹  | -۰/۶۴۷ |
| استرس                          | ۱۷/۹۷   | ۹/۶۷             | ۰/۰۷۲  | -۰/۷۳۵ |

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

| راهبردهای تنظیم هیجان سازگار | راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار | افسردگی | اضطراب  | استرس |
|------------------------------|--------------------------------|---------|---------|-------|
| ۱                            |                                |         |         |       |
| -۰/۱۰۲**                     | ۱                              |         |         |       |
| -۰/۲۳۴**                     | ۰/۵۳۲**                        | ۱       |         |       |
| -۰/۱۷۲**                     | ۰/۵۰۷**                        | ۰/۶۷۲** | ۱       |       |
| -۰/۱۷۳**                     | ۰/۵۴۸**                        | ۰/۷۱۵** | ۰/۶۸۸** | ۱     |

\*\* :  $P < 0.01$

رگرسیون هم‌زمان استفاده شد. ابتدا به بررسی پیش فرض‌های رگرسیون شامل آزمون‌های نرمال بودن متغیر ملاک، استقلال خطاها، عدم هم‌خطی چندگانه پرداخته شد. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد باتوجه‌به اینکه شاخص کجی و کشیدگی برای متغیرهای ملاک (افسردگی، اضطراب و استرس) در بازه +۲ و -۲ قرار داشتند، می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های مربوط به متغیرهای موردنظر نرمال بوده است. استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین - واتسون برای متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس محاسبه شد که این نمره به ترتیب برابر با ۲/۰۸، ۲/۰۲ و ۱/۹۷ به دست آمد. باتوجه‌به بازه مناسب برای این شاخص (نمره ۲/۵-۱/۵)، می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه موردنظر برقرار بوده است. در مورد

نتایج مربوط به همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است؛ بر اساس این جدول میزان همبستگی بین راهبردهای تنظیم هیجان سازگار با متغیرهای راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار، افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۱۰۲، ۰/۲۳۴، ۰/۱۷۲ و ۰/۱۷۳ است که این رابطه‌ها به صورت معکوس و معنادار از لحاظ آماری هستند. همچنین میزان همبستگی بین راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار و متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس برابر ۰/۵۳۲، ۰/۵۰۷ و ۰/۵۴۸ است و این ارتباط به صورت مستقیم و از لحاظ آماری معنادار است. به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش (بررسی نقش راهبردهای تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار در پیش‌بینی نمرات افسردگی، اضطراب و استرس) از روش آماری تحلیل

نتیجه گرفت که این مفروضه نیز برقرار بوده است. گزارش نتایج مربوط به رگرسیون برای بررسی نقش راهبردهای تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

عدم هم‌خطی چندگانه نیز از شاخص VIF استفاده شد که برای متغیرهای پیش‌بین راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار و سازگار در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس برابر ۱/۰۱ بوده است. برای برقراری مفروضه، مقدار شاخص موردنظر باید کمتر از ۱۰ باشد که بر این اساس می‌توان

جدول ۳. خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس براساس راهبردهای تنظیم هیجان

| متغیرهای پیش‌بین               | متغیر ملاک | R     | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> <sub>Adjust</sub> | F      | سطح معناداری |
|--------------------------------|------------|-------|----------------|----------------------------------|--------|--------------|
| راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار | افسردگی    | ۰/۵۶۲ | ۰/۳۱۶          | ۰/۳۱۴                            | ۱۸۴/۰۸ | ۰/۰۰۰۱       |
|                                | اضطراب     | ۰/۵۲۱ | ۰/۲۷۱          | ۰/۲۶۹                            | ۱۴۸/۳۲ | ۰/۰۰۰۱       |
| راهبردهای تنظیم هیجان سازگار   | استرس      | ۰/۵۶۰ | ۰/۳۱۴          | ۰/۳۱۲                            | ۱۸۲/۴۸ | ۰/۰۰۰۱       |

پیش‌بینی مربوط است. همچنین شاخص‌های تحلیل واریانس، معنی‌دار بودن رگرسیون و رابطه خطی بین متغیرها را برای هر یک از متغیرهای ملاک را نشان می‌دهد (P < ۰/۰۰۱). برای این اساس می‌توان نتیجه گرفت؛ مدل رگرسیون با متغیرهای پیش‌بین و ملاک از برآزش خوبی برخوردارند و تغییرات تبیین شده توسط مدل، واقعی بوده و ناشی از شانس و تصادف نیست. مقادیر ضرایب رگرسیون افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس راهبردهای تنظیم هیجان نیز در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، مقدار ضریب همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین که شامل راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار و سازگار می‌باشد با افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۵۶۲، ۰/۵۲۱ و ۰/۵۶۰ می‌باشد، بیانگر رابطه در حد متوسط بین متغیرهای پیش‌بین و متغیرهای ملاک است. مقدار ضریب تبیین برای پیش‌بینی هر یک از متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۳۱۶، ۰/۲۷۱ و ۰/۳۱۴ است و بیانگر این مطلب است که به ترتیب ۳۱/۶، ۲۷/۱ و ۳۱/۴ درصد از تغییرات (واریانس) افسردگی، اضطراب و استرس به متغیرهای

جدول ۴. ضرایب رگرسیون براساس راهبردهای تنظیم هیجان

| سطح معناداری | t      | Beta   | ضرایب غیر استاندارد |       | متغیر ملاک | متغیر پیش‌بین                  |
|--------------|--------|--------|---------------------|-------|------------|--------------------------------|
|              |        |        | خطای استاندارد      | B     |            |                                |
| ۰/۰۰۰۱       | ۱۷/۴۴  | ۰/۵۱۴  | ۰/۴۸۸               | ۸/۵۱  | افسردگی    | راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار |
| ۰/۰۰۰۱       | -۶/۱۶  | -۰/۱۸۲ | ۰/۴۲۰               | -۲/۵۸ |            | راهبردهای تنظیم هیجان سازگار   |
| ۰/۰۰۰۱       | ۱۶/۲۵  | ۰/۴۹۴  | ۰/۴۴۹               | ۷/۲۹  | اضطراب     | راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار |
| ۰/۰۰۰۱       | -۴/۰۰۹ | -۰/۱۲۲ | ۰/۳۸۶               | -۱/۵۴ |            | راهبردهای تنظیم هیجان سازگار   |
| ۰/۰۰۰۱       | ۱۸/۱۷  | ۰/۵۳۶  | ۰/۴۴                | ۸/۰۷  | استرس      | راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار |
| ۰/۰۰۰۱       | -۴/۰۱  | -۰/۱۱۸ | ۰/۳۸۲               | -۱/۵۳ |            | راهبردهای تنظیم هیجان سازگار   |

تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی می‌باشد، در این دسته از راهبردها، افراد به جای اجتناب کردن و نپرداختن به مشکل، تمایل به نزدیک شدن و بررسی آن دارند [۵۰]. استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار بخشی از توانایی حل مسئله افراد در برخورد با مشکلات است [۴۰]. استفاده منظم از این دسته راهبردها با سلامت روان بهتر و سطوح پایین‌تر پریشانی روانی در جمعیت‌های مختلف همراه بوده است [۵۱]. پژوهش‌های انجام شده در گروه نوجوانان نیز گزارش کرده‌اند که استفاده بیشتر از راهبردهای این دسته با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب همراه است [۵۲، ۵۳] و همچنین سبب افزایش موفقیت‌های تحصیلی، عملکرد اجتماعی مناسب و به طور کلی بهزیستی روانی در گروه بزرگسالان و نوجوانان می‌گردد [۵۴، ۵۵]. پژوهش‌های دیگر نیز گزارش کرده‌اند افسردگی و اضطراب با استفاده کمتر از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار مرتبط است [۵۶، ۵۷]؛ بنابراین براساس گزارشات ارائه شده می‌توان گفت: یافته‌های پژوهش حاضر همسو با سایر پژوهش‌های این حوزه از ارتباط معکوس راهبردهای تنظیم هیجان سازگار به دلیل ماهیت آن‌ها در میزان تجربه افسردگی، اضطراب و استرس حمایت می‌کند. در واقع هدف از استفاده از این دسته از راهبردها این است که از افکار و هیجانات خود آگاه شویم، آن‌ها را همانطور که هستند، بررسی کنیم و به دنبال راه حل مناسب باشیم. این موضوع غالباً به عنوان یکی از اهداف درمان شناختی- رفتاری<sup>۱</sup> برای افراد دارای افسردگی در نظر گرفته می‌شود [۴۰]. همچنین استفاده از روش‌های درمانی متمرکز بر استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار منجر به کاهش تجربه علائم افسردگی در نوجوانان می‌شود [۵۸].

از سوی دیگر راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار شامل خود سرزنشگری، ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه انگاری است [۷]. وجه مشترک همه راهبردهای این دسته کاهش پریشانی در کوتاه‌مدت و اجتناب از پرداختن موثر به رویداد هیجانی است [۳۹]؛ بنابراین استفاده مکرر از راهبرد تنظیم هیجان ناسازگار در دراز مدت نه تنها شدت و طول مدت تجربه هیجانات منفی را کاهش نمی‌دهد بلکه با بروز مشکلات مختلف روان‌شناختی و اجتماعی همراه است [۴۹].

بر اساس جدول ۴، راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار و سازگار هر دو نقش معناداری در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس دارند ( $P < 0/001$ ). برای متغیر افسردگی، نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیر راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار به صورت مستقیم ( $\beta = 0/514$ ) و متغیر راهبردهای تنظیم هیجان سازگار به صورت معکوس ( $\beta = -0/182$ ) است. همچنین برای متغیر اضطراب، نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیر راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار به صورت مستقیم ( $\beta = 0/494$ ) و متغیر راهبردهای تنظیم هیجان سازگار به صورت معکوس است ( $\beta = -0/122$ ) و برای متغیر استرس، نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیر راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار به صورت مستقیم ( $\beta = 0/536$ ) و متغیر راهبردهای تنظیم هیجان سازگار به صورت معکوس ( $\beta = -0/118$ ) است.

بر اساس تجزیه و تحلیل‌های صورت گرفته فرضیه پژوهش مبنی بر نقش پیش‌بینی‌کنندگی راهبردهای تنظیم هیجان برای پیش‌بینی افسردگی اضطراب و استرس در نوجوانان تأیید می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

نوجوانی یک مرحله حساس و حیاتی از رشد انسان است که مغز و رفتارهای انسان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. در این دوره افراد مستعد بروز نشانه‌های بسیاری از اختلالات روان‌شناختی هستند [۴۶]. اختلالات افسردگی و اضطراب جزو شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در دوره نوجوانی هستند [۴۷]. همچنین یکی دیگر از مسائل رایج در دوران نوجوانی تجربه هیجانات منفی شدید است [۴۸] که این موضوع می‌تواند سبب بروز مشکلات در تنظیم هیجان موثر نوجوانان گردد [۴۹]. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده راهبردهای تنظیم هیجان در افسردگی، اضطراب و استرس بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند به صورت معناداری میزان تجربه افسردگی، اضطراب و استرس را پیش‌بینی کنند، البته راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار به صورت مستقیم و راهبردهای تنظیم هیجان سازگار نیز به صورت معکوس می‌توانند نقش پیش‌بینی‌کنندگی داشته باشند، این نتایج همسو با یافته‌های سایر پژوهش‌هاست [۷، ۳۹، ۴۹]. راهبردهای تنظیم هیجان سازگار شامل دیدگاه‌گیری،

کاهش می‌دهد و حواس‌پرتی و حل مسئله را افزایش می‌دهد ممکن است زمان شروع و میزان بازگشت افسردگی را کاهش دهد [۶۹].

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، استفاده بیشتر نوجوانان از راهبردهایی ناسازگار سبب تجربه سطوح بالاتری از هیجانات منفی می‌شود. نتایج [۶۴] نیز از یافته‌های ما حمایت می‌کند بدین صورت که نقص در تنظیم هیجانی به عنوان پیش‌بینی‌کننده می‌تواند علائم افسردگی را به صورت مقطعی به مدت دو سال پیش‌بینی کند و جنسیت نیز این رابطه به صورت مقطعی نقش تعدیل کننده داشته باشد، به طوری که نقص در تنظیم هیجان، علائم افسردگی را در دختران نسبت به پسران به احتمال قوی‌تری پیش‌بینی کرد [۶۴]. دلیل این موضوع می‌تواند این باشد که راهبردهای ناسازگار شامل یک رویکرد منفعلانه و اجتنابی است که در آن نوجوان هیچ اقدامی به منظور تغییر یا انطباق با تجربه منفی انجام نمی‌دهد و در نتیجه نوجوان انرژی کمتری را صرف می‌کند زیرا این اعمال خودکار صورت می‌گیرد و تلاش ذهنی کمتری را می‌طلبد. بر اساس نظریه سیستم دوگانه، افراد تمایل کمتری به صرف انرژی و استفاده از راهبردهای ارادی دارند و ترجیح می‌دهند از راهبردهای آسان، خودکار و سریع استفاده کنند [۷۰].

شواهد نیز نشان می‌دهد که افراد با اهمال کاری بالا در تنظیم هیجانات خود مشکلات بیشتری دارند. برای مثال این افراد در مواجهه با موقعیت‌های دشوار به جای پیگیری اهداف خود ترجیح می‌دهند، هیجان منفی را بلافاصله تنظیم کنند بدین شکل که از موقعیت‌هایی که بر انگیزاننده هیجانات منفی هستند، اجتناب کنند یا حواس خود را به تکالیف دیگر معطوف کنند تا احساسات منفی کمتری را تجربه کنند. به عبارت دیگر آن‌ها به جای استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگار از اهمال کاری برای تنظیم هیجان خود استفاده می‌کنند. این راهبرد ممکن است در کوتاه مدت هیجانات منفی را کاهش دهد، اما آن‌ها را در دستیابی به اهداف بلند مدت باز می‌دارد [۷۱] و در نهایت اهمال کاری منجر به تجربه سطح بیشتری از استرس و اضطراب می‌شود [۷۲]. زیرا زمانی که مهلت تکمیل یک تکلیف فرا می‌رسد، افراد اهمال کار استرس زیادی را تجربه می‌کنند و نسبت به توانایی خود به منظور دستیابی به نتایج رضایت‌بخش بدبین می‌شوند. در نتیجه ناباوری خود و

۵۹، ۶۰ از جمله مشکلات روان‌شناختی این حوزه می‌توان به افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و اختلال مصرف الکل اشاره کرد [۵۱]. یافته‌های این پژوهش نیز از ارتباط مستقیم بین استفاده از راهبردهای ناسازگار و افزایش تجربه مشکلات روان‌شناختی به دلیل ویژگی‌های این دسته از راهبردها حمایت می‌کند.

این یافته‌ها همچنین حاکی از این است که ساختارهای اضطراب و تنظیم هیجان از یکدیگر متمایز هستند؛ بنابراین به نظر می‌رسد تنظیم هیجان یک سازه متمایز است که ممکن است به طور کلی در بروز اضطراب تأثیر بگذارد [۳۴]. در واقع الگوی تنظیم هیجان ناسازگار می‌تواند به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده آسیب روان‌شناختی در نظر گرفته شود [۶۱]. فرضیه ما بر این اساس بود که نقص در تنظیم هیجان، علائم افسردگی، اضطراب و استرس را به صورت مقطعی در دوره نوجوانی پیش‌بینی می‌کند، نتایج به دست آمده از این فرضیه حمایت کرد و نشان داد، فرضیه ما با ادبیات پژوهشی همسو است [۲۹]. مطالعات مشابه نشان می‌دهد، نوجوانانی که در کنترل هیجانات منفی خود مشکل داشتند، بیشتر در معرض مشکلاتی مانند افسردگی و مشکلات رفتاری بودند و از طرف دیگر نوجوانانی که قادر بودند از احساس غم، عصبانیت یا اضطراب بهبود یابند، کمتر دچار مشکلات مذکور می‌شدند [۶۲، ۶۳]. این موضوع را می‌توان به این شکل تبیین کرد که نوجوانانی که در کنترل هیجانات خود مشکل دارند، برای کاهش هیجانات منفی خود تلاش می‌کنند و در نتیجه بیشتر مستعد تجربه هیجانات منفی به مدت طولانی هستند که این موضوع می‌تواند به شرایط مزمن و آسیب‌زا تبدیل شود و در نهایت بر ظرفیت آن‌ها برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا تأثیر بگذارد و در نتیجه در معرض خطر بیشتری برای تجربه علائم افسردگی باشند [۶۴]. یافته‌های مطالعه دیگری بیان می‌کند که سطوح بالای نشخوار فکری ممکن است باعث ایجاد حالت‌های بسیار شدید هیجان منفی شود [۶۵]. همچنین افرادی که تمایل به نشخوار فکری دارند ممکن است در زمان خلق افسرده و تجربه اضطراب، سطوح بیشتری از نشخوار فکری را نشان دهند. مطالعات نیز از این موضوع حمایت می‌کند که نشخوار فکری بالا، شروع اختلال افسردگی را در نوجوانان سالم پیش‌بینی می‌کند [۶۶، ۶۷، ۶۸]؛ بنابراین در نظر گرفتن مداخله‌ای که نشخوار فکری را

- 2- Srivastava G, Fox CK, Kelly AS, Jastreboff AM, Browne AF, Browne NT, et al. Clinical considerations regarding the use of obesity pharmacotherapy in adolescents with obesity. *Obesity*. 2019; 27(2): 190-204. <https://doi.org/10.1002/oby.22385>
- 3- Rahimi S, Peeri M, Azarbayjani MA, Anosheh L, Ghasemzadeh E, Khalifeh N, et al. Long-term exercise from adolescence to adulthood reduces anxiety- and depression-like behaviors following maternal immune activation in offspring. *Physiol Behav*. 2020; 226: 113130. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113130>
- 4- Morrish L, Rickard N, Chin TC, Vella-Brodrick DA. Emotion regulation in adolescent well-being and positive education. *Journal of Happiness Studies*. 2018; 19: 1543-64. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10902-017-9881-y>
- 5- Mullick T, Radovic A, Shaaban S, Doryab A. Predicting depression in adolescents using mobile and wearable sensors: Multimodal machine learning-based exploratory study. *JMIR Formative Research*. 2022; 6(6): e35807. <https://doi.org/10.2196/35807>
- 6- Feiss R, Dolinger SB, Merritt M, Reiche E, Martin K, Yanes JA, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *J Youth Adolesc*. 2019; 48(9): 1668-85. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0>
- 7- Young KS, Sandman CF, Craske MG. Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*. 2019; 9(4): 76. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- 8- Grossberg A, Rice T. Depression and suicidal behavior in adolescents. *Medical Clinics*. 2023; 107(1): 169-82. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.04.005>
- 9- Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Abdul Rahim K, Das JK, Salam RA, et al. Mental health of children and adolescents amidst COVID-19 and past pandemics: a rapid systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2021; 18(7): 3432. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>

احساس بی‌کفایتی باعث ایجاد احساس گناه و افسردگی می‌شود و در دراز مدت دانشجویان اهمال‌کار نمرات پایین‌تری دریافت می‌کنند و سطح استرس بالاتری را تجربه می‌کنند [۷۳]؛ بنابراین استفاده از راهبردهای ناسازگار توسط افراد اهمال‌کار به طور فزاینده‌ای منجر به تجربه سطح بیشتری از استرس و اضطراب می‌شود.

به‌طور کلی نتیجه می‌گیریم، راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند به‌صورت معناداری میزان تجربه افسردگی، اضطراب و استرس را پیش‌بینی کنند. راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار به‌صورت مستقیم و راهبردهای تنظیم هیجان سازگار نیز به‌صورت معکوس می‌توانند نقش پیش‌بینی‌کنندگی داشته باشند. در واقع تنظیم هیجان، نقش مهمی در میزان پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارد و معلمان و متخصصان با توجه به مهارت‌های تنظیم هیجان در مدیریت و برنامه آموزشی می‌توانند سهم به‌سزایی در ارتقا سلامت روان دانش‌آموزان داشته باشند.

پژوهش حاضر به‌صورت یک طرح مقطعی انجام شد، اما مطالعات طولی به منظور تعیین جهت ارتباط متغیرها و کاهش محدودیت هم‌زمانی متغیرهای پیش‌بین و ملاک مناسب‌تر هستند. در این پژوهش به منظور سنجش تنظیم هیجانی و پریشانی روان‌شناختی از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی و آنلاین استفاده شد که ممکن است با سوگیری همراه باشد؛ بنابراین بهتر است به منظور سنجش علائم روان‌شناختی از مصاحبه استفاده شود و برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود که متغیر تنظیم هیجانی با تکالیف رایانه‌ای و در شرایط آزمایشگاهی تکرار شود.

در ادامه پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران به آزمون این فرضیه بپردازند که میزان اثربخشی مداخلات با تقویت و تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان چگونه است و همچنین می‌توان این پرسش را مطرح کرد که آیا مداخلات متمرکز بر تنظیم هیجان قبل از بروز و رشد علائم آسیب‌شناسی می‌تواند میزان رشد اختلالات روان‌شناختی را پیش‌بینی کند؟

## منابع

- 1- Smetana JG, Rote WM. Adolescent-parent relationships: Progress, processes, and prospects. *Annual Review of Developmental Psychology*. 2019; 1: 41-68. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-084903>

- 18-Caglar A, Deniz M. The improvement of post-traumatic cognitive attribution scale: its relationship with loneliness and depression. *Current Psychology*. 2023; 1-11. The improvement of post-traumatic cognitive attribution scale: its relationship with loneliness and depression | Current Psychology
- 19-Guerrini-Usubini A, Cattivelli R, Scarpa A, Musetti A, Varallo G, Franceschini C, et al. The interplay between emotion dysregulation, psychological distress, emotional eating, and weight status: A path model. *Int J Clin Health Psychol*. 2023; 23(1): 100338. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100338>
- 20-Söğüt M, Yedidağ E, Ray-Yol E, Özdemir AB, Altan-Atalay A. Problem Orientation and Psychological Distress Among Adolescents: Do Cognitive Emotion Regulation Strategies Mediate Their Relationship? *Psychological Reports*. 2021:00332941211018802. <https://doi.org/10.1177/00332941211018802>
- 21-Alawadhi YT, Smith MR, King KM. The relations between real-time use of emotion regulation strategies and anxiety and depression symptoms. *Journal of Clinical Psychology*. 2023; 79(4): 1082-98. <https://doi.org/10.1002/jclp.23458>
- 22-Cludius B, Mennin D, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*. 2020; 20(1): 37. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
- 23-Desatnik A, Bel-Bahar T, Nolte T, Crowley M, Fonagy P, Fearon P. Emotion regulation in adolescents: An ERP study. *Biological psychology*. 2017; 129: 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.11.010>
- 24-Ghose U, Mukherjee T. Impact of Loneliness and Cognitive Emotion Regulation in Psychological Well-being of Students During the Pandemic. *COVID-19 Through the Lens of Mental Health in India: Routledge India*; 2023. p. 56-79. Impact of loneliness and cognitive emotion regulation in psychological well-being of students during the pandemic.
- 25-Bagheri Sheykhgafshe F, Hajjaliani V, Hasani J. The Role of Resilience and Emotion Regulation in Psychological Distress of Hospital Staff During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review Study. *Journal of Research and Health*. 2021; 11(6): 365-74. <http://dx.doi.org/10.32598/JRH.11.6.1922.1>
- 10-Keles B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2020; 25(1):79-93. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/02673843.2019.1590851>
- 11-Anyanwu MU. Psychological distress in adolescents: prevalence and its relation to high-risk behaviors among secondary school students in Mbarara Municipality, Uganda. *BMC Psychology*. 2023; 11(1): 5. Psychological distress in adolescents: prevalence and its relation to high-risk behaviors among secondary school students in Mbarara Municipality, Uganda | BMC Psychology | Full Text
- 12-Compare A, Zarbo C, Shonin E, Van Gordon W, Marconi C. Emotional regulation and depression: A potential mediator between heart and mind. *Cardiovascular psychiatry and neurology*. 2014; 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/324374>
- 13-Renna ME. A review and novel theoretical model of how negative emotions influence inflammation: The critical role of emotion regulation. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*. 2021;18:100397. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2021.100397>
- 14-Can YS, Chalabianloo N, Ekiz D, Ersoy C. Continuous stress detection using wearable sensors in real life: Algorithmic programming contest case study. *Sensors*. 2019; 19(8): 1849. <https://doi.org/10.3390/s19081849>
- 15-Wang M, Saudino KJ. Emotion regulation and stress. *Journal of Adult Development*. 2011; 18: 95-103. Emotion Regulation and Stress | Journal of Adult Development
- 16-Compare A, Zarbo C, Shonin E, Van Gordon W, Marconi C. Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2014; 2014: 324374. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/324374>
- 17-Joormann J, Stanton CH. Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour research and therapy*. 2016; 86: 35-49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>

- 35-Kenwood MM, Kalin NH, Barbas H. The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2022; 47(1): 260-75.  
<https://doi.org/10.1038/s41386-021-01109-z>
- 36-Silvers JA. Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology*. 2022; 44: 258-63.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.09.023>
- 37-Inwood E, Ferrari M. Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Appl Psychol Health Well Being*. 2018; 10(2): 215-35.  
<https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- 38-Hofmann W, Schmeichel BJ, Baddeley AD. Executive functions and self-regulation. *Trends in cognitive sciences*. 2012; 16(3): 174-80.  
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.01.006>
- 39-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; 46: 261-76.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- 40-Van Beveren M-L, Braet C. Emotion regulation in adolescent depression: a developmental psychopathology perspective. Emotion regulation: processes, cognitive effect and social consequences: Nova Science Publishers; 2015. 85-108.  
[https://www.researchgate.net/publication/293653493\\_Emotion\\_Regulation\\_in\\_Adolescent\\_Depression\\_A\\_Developmental\\_Psychopathology\\_Perspective](https://www.researchgate.net/publication/293653493_Emotion_Regulation_in_Adolescent_Depression_A_Developmental_Psychopathology_Perspective)
- ۴۱- حسنی ج. بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۲۰۱۱؛ ۹(۴): ۰.  
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1390.9.4.2.5>
- ۴۲- آبادی م، آشتیانی ف. بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم هیجان‌شناختی (CERQ-18). *پایش*. ۲۰۲۱؛ ۲۰(۲): ۱۶۷-۷۸.  
<http://dx.doi.org/10.52547/payesh.20.2.167>
- 26-Cameron LD, Carroll P, Hamilton WK. Evaluation of an intervention promoting emotion regulation skills for adults with persisting distress due to adverse childhood experiences. *Child Abuse Negl*. 2018; 79: 423-33.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.002>
- 27-Wang QQ, Fang YY, Huang HL, Lv WJ, Wang XX, Yang TT, et al. Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*. 2021; 29(5): 1263-74.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01516-1>
- 28-Wirtz CM, Hofmann SG, Riper H, Berking M. Emotion regulation predicts anxiety over a five-year interval: a cross-lagged panel analysis. *Depress Anxiety*. 2014; 31(1): 87-95.  
<https://doi.org/10.1002/da.22198>
- 29-Wirtz CM, Hofmann SG, Riper H, Berking M. Emotion regulation predicts anxiety over a five-year interval: A cross-lagged panel analysis. *Depression and anxiety*. 2014; 31(1): 87-95.  
<https://doi.org/10.1002/da.22198>
- 30-Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*. 2010; 24(2): 281-98.  
<https://doi.org/10.1080/02699930903407948>
- 31-Dadfarnia S, Hadianfard H, Rahimi C, Aflakseir A. Predicting depression based on cognitive emotion regulation strategies. *The Journal of Toloobehdasht*. 2020.  
<https://doi.org/10.18502/tbj.v19i1.2815>
- 32-Di Giunta L, Lunetti C, Gliozzo G, Rothenberg WA, Lansford JE, Eisenberg N, et al. Negative Parenting, Adolescents' Emotion Regulation, Self-Efficacy in Emotion Regulation, and Psychological Adjustment. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(4).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19042251>
- 33-Schäfer J, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolesc*. 2017; 46(2): 261-76.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- 34-Cisler JM, Olatunji BO. Emotion regulation and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*. 2012; 14: 182-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0262-2>



- 43- دادفرنیاش، هادیان‌فرد ح، رحیمی چ، افلاک‌سیرع. تنظیم هیجان و نقش آن در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *طلوع بهداشت یزد*. ۲۰۲۰؛ ۱۹(۱): ۳۲-۴۷. <http://dx.doi.org/10.18502/tbj.v19i1.2815>
- 44-Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995; 33(3): 335 - 43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- 45- مهدی ز، احمد س، مریم ط. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن | مهدی زمستانی، استاد
- 46-Lee FS, Heimer H, Giedd JN, Lein ES, Šestan N, Weinberger DR, et al. Adolescent mental health—opportunity and obligation. *Science*. 2014; 346 (6209): 547-9. <https://doi.org/10.1126/science.1260497>
- 47-Irfan S, Zulkefly NS. Parent-peer attachment, negative automatic thoughts and psychological problems among Pakistani adolescents: A moderated mediation model. *Current Psychology*. 2023; 42 (3): 95 - 1979. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-021-01599-6>
- 48-de Veld DM, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. The relation between emotion regulation strategies and physiological stress responses in middle childhood. *Psychoneuroendocrinology*. 2012; 37(8): 1309-19. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.01.004>
- 49-Ahmed SP, Bittencourt-Hewitt A, Sebastian CL. Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental cognitive neuroscience*. 2015; 15: 11-25. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006>
- 50-King KM, Feil MC, Halvorson MA. Negative urgency is correlated with the use of reflexive and disengagement emotion regulation strategies. *Clinical Psychological Science*. 2018; 6(6): 822-34. <https://doi.org/10.1177/2167702618785619>
- 51-Aldao A, Nolen-Hoeksema S. When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of abnormal psychology*. 2012; 121(1): 276. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- 52-Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*. 2018; 32(7): 1401-8. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698>
- 53-Liu C, Chen L, Chen S. Influence of neuroticism on depressive symptoms among Chinese adolescents: the mediation effects of cognitive emotion regulation strategies. *Frontiers in psychiatry*. 2020; 11: 420. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00420>
- 54-Gross J. Emotion Regulation: ٭٭٭ TaNing StocN and Moving Forward Emotion. *Emotion*. 2013.
- 55-McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*. 2011; 49(9): 544-54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- 56-Domaradzka E, Fajkowska M. Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in psychology*. 2018; 9: 856. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00856>
- 57-Martins E, Freire M, Ferreira-Santos F. Examination of adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: associations with diverse psychological symptoms in college students. 2016.
- 58-Aune T, Hamiel D, Wolmer L. Does emotion regulation mediate the effect of stressful life events on depressive symptoms in adolescents? *Journal of Affective Disorders*. 2023.
- 59-Azadi S, Khosravani V, King S, Mohammadzadeh A, Baseri A. Effects of Neuropsychological Systems on Psychopathology through Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Suicide Attempts. *Cognitive Therapy and Research*. 2020; 44: 229-39. Effects of Neuropsychological Systems on Psychopathology Through Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Suicide Attempts | Cognitive Therapy and Research

- 67-Hilt LM, Swords CM, Webb CA. Randomized controlled trial of a mindfulness mobile application for ruminative adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2023; 1-14.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2158840>
- 68-Li SH, Corkish B, Richardson C, Christensen H, Werner-Seidler A. The role of rumination in the relationship between symptoms of insomnia and depression in adolescents. *Journal of Sleep Research*. 2023:e13932.  
<https://doi.org/10.1111/jsr.13932>
- 69-Wilkinson PO, Croudace TJ, Goodyer IM. Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: a longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*. 2013; 13(1): 250.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-250>
- 70-Solaki A, Berto F, Smets S. The logic of fast and slow thinking. *Erkenntnis*. 2021; 86(3): 733-62. The Logic of Fast and Slow Thinking | *Erkenntnis*
- 71-Mohammadi Bytamar J, Saed O, Khakpoor S. Emotion regulation difficulties and academic procrastination. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11: 2922.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.524588>
- 72-Wang Y. Academic procrastination and test anxiety: a cross-lagged panel analysis. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*. 2021; 31(1): 122-9. <https://doi.org/10.1017/jgc.2020.29>
- 73-Maria-Ioanna A, Patra V. The role of psychological distress as a potential route through which procrastination may confer risk for reduced life satisfaction. *Current Psychology*. 2022; 41(5): 2860-7.  
[https://www.researchgate.net/publication/341698265\\_The\\_role\\_of\\_psychological\\_distress\\_as\\_a\\_potential\\_route\\_through\\_which\\_procrastination\\_may\\_confer\\_risk\\_for\\_reduced\\_life\\_satisfaction](https://www.researchgate.net/publication/341698265_The_role_of_psychological_distress_as_a_potential_route_through_which_procrastination_may_confer_risk_for_reduced_life_satisfaction)
- 60-Brans K, Verduyn P. Intensity and duration of negative emotions: Comparing the role of appraisals and regulation strategies. *PLoS One*. 2014; 9(3): e92410.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092410>
- 61-Lincoln TM, Schulze L, Renneberg B. The role of emotion regulation in the characterization, development and treatment of psychopathology. *Nature Reviews Psychology*. 2022; 1(5): 272-86. The role of emotion regulation in the characterization, development and treatment of psychopathology | *Nature Reviews Psychology*
- 62-Silk JS, Steinberg L, Morris AS. Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev*. 2003; 74(6): 1869-80.  
<https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>
- 63-Crisan SM, Nechita DM. Maladaptive emotion regulation strategies and trait anger as predictors of depression severity. *Clin Psychol Psychother*. 2022; 29(3): 1135-43.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2702>
- 64-Gonçalves SF, Chaplin TM, Turpyn CC, Niehaus CE, Curby TW, Sinha R, et al. Difficulties in Emotion Regulation Predict Depressive Symptom Trajectory from Early to Middle Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2019; 50(4): 618-30.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-019-00867-8>
- 65-Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: emotional cascades. *Behav Res Ther*. 2008; 46(5): 593-611.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- 66-Dawson GC, Adrian M, Chu P, McCauley E, Vander Stoep A. Associations between sex, rumination, and depressive symptoms in late adolescence: A four-Year longitudinal investigation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2022: 1-11.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2021.2019049>

# مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ

نویسندگان

مارال مروجی<sup>۱</sup>، زهرا باقرزاده گل‌مکانی<sup>۲\*</sup>، مهدی اکبرزاده<sup>۳</sup>

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

m.moraveji73@gmail.com

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

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

ir.m.akbarzadeh@gmail.com

چکیده

**مقدمه:** تجربه سوگ یکی از تجربیات دردآوری است که بعضاً فرد را با علائم افسردگی روبرو می‌نماید و موجبات رفتار خود آسیب‌رسان را فراهم می‌کند. بر همین اساس این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ انجام شده است.

**روش:** پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران افسرده دارای تجربه سوگ مراجعه‌کننده به مرکز درمانی و توان‌بخشی توس شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند که پس از غربالگری و تشخیص اولیه، تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های افسردگی (BDI-II) و رفتارهای خودکشی (R-SBQ) بود. در ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس یک گروه آزمایش تحت طرح‌واره درمانی و گروه آزمایش دیگر تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته قرار گرفت و گروه کنترل تحت هیچ درمانی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد و پس از سه ماه مجدداً سنجش پیگیری در هر سه گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج نشان داد، رفتارهای خودکشی در هر دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری میانگین‌ها کاهش یافته است ( $P < 0.001$ ) و این تأثیر در گروه درمان پذیرش و تعهد بیشتر بوده است ( $P < 0.001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی نتایج حاکی از آن بود که درمان پذیرش و تعهد در کاهش رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ از طرح‌واره درمانی مؤثرتر است. پیشنهاد می‌شود، درمان پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی توسط متخصصان این حوزه، به‌منظور کاهش رفتارهای خودکشی در مراکز مشاوره و درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۲/۱۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۵/۰۸



کلیدواژه‌ها

طرح‌واره درمانی، درمان پذیرش و تعهد، رفتارهای خودکشی، بیماران افسرده مبتلا به سوگ.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

z.golmakan@gmail.com

## مقدمه

داشته است، قابل تشخیص است و از زمان مرگ آن عزیز در فرد ماتم و عزای دائمی به وجود آمده است که مشخصه اصلی آن علامت‌هایی همچون دل‌تنگی زیاد برای فرد متوفی و وجود افکار و خاطرات عزیز ازدست‌رفته در ذهن بیمار است [۶]. همچنین مبتنی بر شواهد بالینی می‌توان این‌گونه عنوان نمود که بیمار با اختلال سوگ طولانی‌مدت، صرفاً زمانی تشخیص داده می‌شوند که سطوح بالایی از غم و ماتم بعد از یک مدت مشخص‌شده ادامه یابد و زندگی عادی او را مختل کند و از هنجارهای فرهنگی اجتماعی یا مذهبی فراتر رود [۷].

هرچند میزان شیوع این اختلال ۹.۸ درصد گزارش شده است؛ اما بررسی‌ها نشان می‌دهد، جمعیت‌هایی که سطوح بالای تروما رو تجربه می‌کنند شیوع بالاتری را ممکن است نشان دهند و در کشورهای غربی پر درآمد بیش از کشورهای شرقی پر درآمد به این اختلال مبتلا می‌شوند که غم و افسردگی از جمله علل ایجاد این اختلال است [۸]. مبتنی بر شواهد می‌توان عنوان داشت که از جمله عاملی که سوگ را با افسردگی مرتبط می‌نماید این است که فرد سوگوار خود را در مورد نحوه رفتار با متوفی مقصر می‌داند و این موضوع منجر به ایجاد احساس غم و ناتوانی بیشتر در او شده که ممکن است افزایش افسردگی و ناتوانی در مدیریت خلیقات منفی در فرد بیمار، زمینه را برای بروز رفتارهای خود آسیب‌رسان فراهم می‌نماید [۴]. در واقع ناتوانی در کنترل احساس افسردگی، می‌تواند به ماندگاری خلق منفی در مواجهه با سوگ منجر شود و با افزایش حس افسردگی احتمال بروز رفتارهای خودکشی را افزایش دهد به طوری که پژوهش‌های پیشین به ارتباط قوی بین افسردگی و رفتارهای خودکشی اشاره داشته و اختلال افسردگی را بیشترین دلیل اقدام به خودکشی دانسته‌اند [۹].

بر اساس تعریف راهنمای تشخیص اختلالات روانی آمریکا، رفتارهای خودکشی به رفتارهای گفته می‌شود که فرد در جهت تمایل از بین بردن خود به کار می‌برد که می‌تواند به صورت اقدام به خودکشی یا فکر خودکشی باشد [۱۰]. شواهد نشان می‌دهد تقریباً دو سوم بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به خودکشی می‌اندیشند و ۸۳ تا ۸۵ درصد آن‌ها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند [۱۱]. میانگین سالانه جهانی خودکشی ۱۱/۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت (۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان) است

انسان‌ها در طول مدت زندگی ممکن است تحت تأثیر اتفاقات مختلفی قرار گیرند که فشار روانی حاکم بر آن موجبات ایجاد اختلالات و بیماری‌های روان‌شناختی را فراهم نماید؛ افسردگی<sup>۱</sup> یکی از عمده‌ترین این اختلالات است؛ این اختلال شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی و خلقی بوده که با دوره‌های طولانی‌مدت، تنوع علائم، بالا بودن میزان عود و اختلالات فیزیکی و روانی زیادی همراه است [۱]. شیوع بالای این اختلال، باعث گردیده است تا سازمان جهانی بهداشت از آن به‌عنوان بزرگ‌ترین دغدغه عصر حاضر یاد نماید و پیش‌بینی کند که این اختلال از نظر شاخص دالی تا سال ۲۰۳۰ م در رتبه نخست بیماری‌ها روان‌شناختی قرار گیرد [۲]. در نگارش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، علائم افسردگی شامل بی‌حوصلگی و فرار از فعالیت‌های فردی و اجتماعی و بی‌علاقگی و بی‌میلی شدید نسبت به زندگی است که افکار، احساسات و رفتار فرد را درگیر نموده و در مواجهه با ناکامی یا شکست بروز می‌کند [۳]. برخی از عوامل فردی، روان‌شناختی و اجتماعی ممکن است موجبات ایجاد و یا تشدید خلق منفی در افراد افسرده را فراهم نماید و باعث گردد تا فرد درگیر افسردگی، احساس غم و ناتوانی بیشتری را تجربه نماید که در این میان می‌توان به تجربه سوگ<sup>۲</sup> اشاره نمود [۴]. راهنمای تشخیص اختلالات روانی آمریکا، تجربه سوگ را نوعی فشار روانی مرتبط با تروما در نظر می‌گیرد که در دسته اختلالات مرتبط با افسردگی قرار داشته و با علائمی همچون بی‌قراری، احساس ملال، خشم و نفرت ناشی از فقدان، بی‌خوابی، بی‌میلی به زندگی، نشخوار ذهنی و اشتغال ذهنی شدید نسبت به فرد متوفی، درد روانی شدید و نپذیرفتن مرگ فرد، تمایل به مرگ برای پیوستن به فرد متوفی و مقصر دانستن خود شناخته می‌شود [۵]. همچنین در نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی اختلالات روانی، اختلالی تحت عنوان اختلال سوگ طولانی‌مدت به چشم می‌خورد که جزو اختلالات مرتبط با تروما بوده که واکنشی ناسازگار و طولانی‌مدت است و پس از گذشت حداقل ۱۲ ماه (برای کودکان و نوجوانان حداقل ۶ ماه) از زمان مرگ فردی که سوگوار با او رابطه نزدیک

1. Depression.

2. Bereavement.

می‌دهد، جلسه‌های طرح‌واره درمانی باعث کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان می‌گردد [۱۹]. همچنین پژوهش دیگری نشان می‌دهد، طرح‌واره‌ها می‌تواند با افزایش رفتارهای خودکشی و عملکرد بیماران در ارتباط باشد [۲۰]. پژوهش دیگری نیز طرح‌واره درمانی را بر کاهش علائم افسردگی و احتمال بروز رفتارهای خودکشی مؤثر دانسته است [۲۱]؛ و پژوهش دیگری گویای آن بوده است که طرح‌واره‌ها می‌تواند با رفتارهای خود آسیب‌رسان در افراد افسرده مرتبط باشد [۲۲].

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> نیز از جمله درمان‌هایی است که به نظر می‌رسد می‌تواند بر کاهش مشکلات افراد افسرده و افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روان‌شناختی آنان مؤثر باشد [۲۳]. این رویکرد از دسته درمان‌هایی است که به‌جای تغییر شناخت سعی در افزایش ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش دارد و هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌سازی که به فرد تحمیل می‌شود [۲۴]. فرایندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش، بر پذیرش، ذهن آگاهی، زندگی در لحظه، گسلس شناختی، ارزش‌ها، عمل متعهدانه است [۲۵]. این رویکرد درمانی با استفاده از یک راهبرد تولید دانش که بر تحلیل رفتار بنا نهاده شده و آن را گسترش داده، توسعه یافته است که این تحلیل رفتار وابسته به عملکرد بوده و با آنچه افراد انجام می‌دهند سروکار دارد [۲۶]. فلسفه زیر بنایی این رویکرد بافت‌گرایی کارکردی است و شامل انجام اقدامات و اعمال مؤثری می‌گردد که فرد به‌واسطه عمیق‌ترین ارزش‌های انسانی در شرایطی که به‌طور کامل آماده و متعهد به ادامه مسیر ارزشی خود است هدایت می‌شود [۲۷]. شواهد نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با

توسل بر تکنیک‌های آگاهی‌بخشی و افزایش توانمندی‌های شناختی می‌تواند زمینه افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران را فراهم نماید به‌طوری‌که پژوهش نشان داده است؛ گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن و

و ۶۰ درصد آن در آسیا اتفاق می‌افتد که عمده‌ترین دلیل آن وجود خلق منفی و افسردگی است [۱۲]. شواهد دیگری نیز نشان از آن دارد که افسردگی عامل خطر اولیه برای افکار خودکشی در آفریقا است و بنا بر آمار افراد زیادی به علت افسردگی ناشی از سوگ خودکشی می‌کنند [۱۳]. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد میزان شیوع رفتارهای خودکشی در بیماران افسرده مبتلا به سوگ بیش از افراد افسرده‌ای است که تجربه سوگ نداشته‌اند [۷].

به دلیل شیوع بالای افسردگی و مشکلات مرتبط با آن که در برخی از مواقع ممکن است منجر به رفتارهای آسیب‌رسان گردد و سلامت فرد و جامعه را با تهدید روبرو نماید، در سرتاسر جهان روش‌ها و رویکردهای درمانی دارویی و غیردارویی به‌کاربرده می‌شود که هدف اکثر آن‌ها افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی و کاهش رفتارهای خود آسیب‌رسان است که در این رابطه می‌توان به انواع دارودرمانی و روان‌درمانی‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت اشاره داشت [۱۴]. طرح‌واره درمانی<sup>۱</sup> از جمله درمان‌های جدیدی است که به نظر می‌رسد می‌تواند بر کاهش مشکلات بیماران افسرده مؤثر باشد و توانمندی‌های روان‌شناختی آنان را افزایش دهد [۱۵]. از آنجاکه طرح‌واره‌ها در تقابل با محرک‌های جدید بر اساس قالب گذشته خود، داده‌های حاصل‌شده را رمزگردانی می‌کنند، بر چشم‌انداز افراد نسبت به خود و دنیای اطرافش تأثیر می‌گذارند و به همین دلیل طرح‌واره‌هایی که به‌صورت ناسازگار شکل گرفته باشد می‌تواند به تشدید هیجان‌های منفی بیانجامد و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار دهد [۱۶]. این رویکرد درمانی به درونی‌ترین سطح شناخت می‌پردازد و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را به‌عنوان عاملی مداخله‌کننده در شناخت افراد مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی سعی می‌کند تا فرد را در جهت غلبه بر طرح‌واره‌های ناسازگار توانمند سازد [۱۷].

شواهد نشان می‌دهد استفاده از طرح‌واره درمانی می‌تواند منجر به افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی افراد گردد به‌طوری‌که پژوهشی نشان داده است، افکار خودکشی نوجوانان افسرده می‌تواند به‌واسطه دریافت تکنیک‌های طرح‌واره درمانی ارتقا یابد [۱۸]. پژوهش دیگری نیز نشان

این‌گونه از رفتارها داشته باشد. درواقع با توجه به اینکه بیماران افسرده‌ای که تجربه سوگ و داغ‌دیدگی دارند، بیشتر مستعد بروز رفتارهای خود آسیب‌رسان بوده و احتمال خودکشی در آنان نسبت به دیگر افراد افسرده بالاتر است [۳۴]. تعیین تأثیر و مقایسه هر یک از این دو روش درمانی می‌تواند مسیر روشنی را پیش روی درمانگران قرار دهد تا بتوانند در کار درمان این گروه از افراد، رویکردی را انتخاب کنند که بیشترین تأثیر را به‌جا گذارد تا از احتمال رفتارهای خود آسیب‌رسانی همچون خودکشی پیشگیری گردد. با توجه به اینکه بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد، پژوهشی که به مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان در بیماران افسرده مبتلا به سوگ، پرداخته باشد، صورت نگرفته است و هر یک از پژوهش‌های قبلی اثربخشی یک رویکرد را بر مشکلات روان‌شناختی بیماران افسرده مورد مطالعه قرار داده است؛ این موضوع به‌عنوان یک خلأ پژوهشی، محقق را بر آن داشته تا به مقایسه این دو رویکرد بر رفتارهای خودکشی بپردازد. بر همین اساس در این پژوهش با این پرسش روبرو هستیم که آیا بین اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ تفاوت وجود دارد؟

## روش

### نوع پژوهش:

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بوده است.

### آزمودنی

#### الف. جامعه آماری

جامعه آماری شامل بیماران افسرده دارای تجربه سوگ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و توان‌بخشی شهر مشهد در شش‌ماه نخست سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۲۰ نفر بودند.

#### ب. نمونه پژوهش

نمونه موردنظر نیز تعداد ۴۵ نفر از این بیماران بودند که پس از غربالگری و تشخیص اولیه، به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. چراکه

کاهش افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی بیماران می‌شود [۲۸]. پژوهش انجام‌شده دیگری نیز نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت از زندگی و افکار خودکشی تأثیر دارد [۲۹]. همچنین در پژوهشی نشان داده شده است که استفاده از درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بر بهبود علائم افسردگی مؤثر باشد و از بحران خودکشی جلوگیری نماید [۳۰]. تحقیق دیگری نیز گویای آن است که استفاده از درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش افکار و رفتارهای خودکشی تأثیر مثبت ایجاد نموده و به افسردگی پایین را بهبود بخشد [۳۱].

با استناد به پژوهش‌های فوق؛ هر دو رویکرد طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی و کاهش مشکلات خلقی بیماران افسرده مؤثر باشد. در این پژوهش به مقایسه این دو رویکرد بر روی بیماران افسرده دارای تجربه سوگ پرداخته می‌شود. عمده‌ترین دلیل مقایسه این دو رویکرد این است که هر دو این رویکردها جزو روان‌درمانی‌های موج سوم بوده که پذیرش، اصلاح شناختی و قبول مسئولیت را هدف قرار می‌دهد و مبانی نظری پژوهش نشان می‌دهد که این دو رویکرد می‌تواند در خصوص افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران افسرده مفید باشد؛ اما با توجه به اینکه هر یک از این دو رویکرد از اصول و برنامه‌های خاصی پیروی می‌کند، به مقایسه این دو رویکرد پرداخته می‌شود؛ چراکه در طرح‌واره درمانی، درمانگر سعی می‌نماید تا باهدف شناخت الگوهای زیربنایی تفکر، توجه به زمان گذشته و حال و به‌کارگیری الگو شکنی رفتارهای ناکارآمد و با بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربی، به کاهش مشکلات و افزایش توانمندی‌های بیماران کمک کند [۳۲]؛ اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر سعی می‌نماید تا فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل را بررسی نموده و بر انعطاف‌پذیری روانی همراه با پذیرش تأکید نماید [۳۳].

با توجه به اینکه شیوع افسردگی در افراد باتجربه سوگ بسیار بالاست و شواهد نشان می‌دهد، وجود این اختلال می‌تواند با رفتارهای خود آسیب‌رسان مرتبط گردد [۸]؛ پژوهش‌هایی که با هدف کاهش مشکلات این گروه از بیماران انجام می‌شود می‌تواند نقش پیشگیرانه‌ای در بروز

۲. پرسشنامه رفتارهای خودکشی تجدیدنظر شده<sup>۲</sup>  
این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ م توسط عثمان و همکارانش ساخته شده است و از ۴ گویه تشکیل شده است. چهار گویه این پرسش افکار و اقدام به خودکشی در طول زندگی، افکار خودکشی در یک سال گذشته، تهدید به خودکشی و احتمال ارتکاب خودکشی در آینده را می‌سنجند. هر چه فرد نمره بیشتری در این پرسشنامه بگیرد نشان‌دهنده احتمال خودکشی بیشتر است. نمره برش این پرسشنامه ۸ است و افرادی که نمره ۸ یا بالاتر کسب کنند در معرض خطر خودکشی قرار دارند و افرادی که نمره کمتر از ۸ کسب کنند در معرض خطر خودکشی قرار ندارند. سازندگان این ابزار ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در نوجوانان دارای مشکل روان‌پزشکی را ۰/۸۸ و نوجوانان عادی را ۰/۸۶ به دست آورده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را برای بزرگسالان دارای مشکل روان‌پزشکی ۰/۸۶ و برای بزرگسالان عادی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند [۳۷]. از سوی دیگر روایی هم‌زمان پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه (BHS) توسط سازندگان ابزار مورد ارزیابی قرار گرفته و تأیید شد (عثمان و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران نیز همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۰ به دست آورده است و روایی هم‌زمان آن را پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه (BHS) مطلوب گزارش شده است [۳۸].

#### شیوه انجام پژوهش:

پس از دریافت کد اخلاق با شناسه IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1401.015 و هماهنگی با مسئولین مرکز درمانی و توان‌بخشی توس شهر مشهد، ۱۲۰ بیمار افسرده مبتلا به سوگ (بر اساس تشخیص قطعی افسردگی سوگ توسط روان‌پزشک و کسب نمره بالاتر از ۲۹ از پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)) انتخاب شدند و ۴۵ نفر از این بیماران به روش نمونه‌گیری هدفمند، پس از غربالگری اولیه بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش همچون تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، داشتن تجربه سوگ در کمتر از یک سال گذشته، داشتن تجربه اقدام به خودکشی، دارای تحصیلات حداقل دیپلم، قرار داشتن در بازه سنی ۲۰-۴۵ سال، تشخیص اختلال

در پژوهش‌های از نوع آزمایشی و علی - مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود [۳۹].

#### ابزارهای پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های ذیل است.

##### ۱. پرسشنامه افسردگی<sup>۱</sup>

این پرسشنامه ویرایش دوم مقیاس افسردگی است که در سال ۱۹۹۶م توسط بک و استیر تدوین شده است و شامل ۲۱ پرسش است. این ابزار باهدف سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده مورد استفاده قرار می‌گیرد و ماده‌های آن بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. این ابزار از نوع آزمون‌های خودگزارشی بوده و در پنج‌تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. برای پاسخگویی به این ابزار آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی چون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. از این رو این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است؛ و با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به دست می‌آید. برای تعیین سطح کلی افسردگی نیز به این صورت عمل می‌شود که نمره ۰ تا ۱۳ نشان‌دهنده نداشتن افسردگی یا کمترین افسردگی؛ نمره ۱۴ تا ۱۹ نشان‌دهنده افسردگی خفیف؛ نمره ۲۰ تا ۲۸ نشان‌دهنده افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید است. سازندگان این ابزار روایی و پایایی این پرسشنامه را با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آورده‌اند [۳۵]. در ایران نیز پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به‌دست‌آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد برابر ۰/۷ به‌دست‌آمده است. همچنین پایایی پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ گزارش شده و اعتبار پرسشنامه به روش باز آزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ بوده است [۳۶].

درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد طرح‌واره درمانی با درجه علمی دکتری تخصصی روان‌شناسی در اتاق جلسات مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد به اجرا در آمد. همچنین گروه آزمایش دوم نیز به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان پذیرش و تعهد بر اساس بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هاین و همکاران [۳۳] قرار گرفتند. این جلسات نیز توسط درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با درجه علمی دکتری تخصصی روان‌شناسی در اتاق جلسات مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد به اجرا در آمد. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد و در پایان جلسات هر سه گروه، مجدداً با پس‌آزمون موردسنجش قرار گرفتند و پرسشنامه مذکور را تکمیل نمودند. ضمناً جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربردی تعامل آزمودنی‌های دو گروه، جلسات طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار می‌گردید. درنهایت پس از مدت سه ماه یک دوره پیگیری برای هر گروه در نظر گرفته شد و یافته‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شرح مختصری از جلسات اجرایی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی به‌قرار ذیل است.

افسردگی توسط روان‌پزشک و کسب نمره بالاتر از ۲۹ از پرسشنامه افسردگی بک، عدم شرکت هم‌زمان در مداخله دیگر، مصرف داروی لیتیوم کربنات با دوز ۳۰۰ به صورت روزانه (جهت پیشگیری از رفتارهای خودکشی)؛ انتخاب شدند و از آنجا که حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مداخله‌ای ۱۵ نفر است [۳۹]؛ آزمودنی‌های انتخاب‌شده به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. هر سه گروه به‌عنوان پیش‌آزمون نسبت به تکمیل پرسشنامه رفتارهای خودکشی تجدیدنظر شده (R-SBQ) اقدام نموده و در ادامه از گروه آزمایش اول خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت طرح‌واره درمانی بر اساس بسته طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران [۴۰] قرار گیرند. لازم به ذکر است که بسته مداخله طرح‌واره درمانی، بسته کوتاه شده ۱۴ جلسه‌ای یانگ است که به دلیل شرایط خاص آزمودنی‌ها (خلق پایین و نداشتن انگیزه برای شرکت فعال در جلسات درمانی به دلیل وجود افسردگی) به ۸ جلسه کاهش پیدا کرده و روایی صوری این بسته مداخله به تأیید ۱۰ نفر از استادان گروه روان‌شناسی رسیده است. همچنین روایی محتوایی آن پس از اجرا بر روی یک گروه ۱۰ نفره از بیماران افسرده ۲۵ تا ۴۰ ساله مورد تأیید قرار گرفته است. این جلسات توسط

#### جدول ۱. شرح جلسات طرح‌واره درمانی [۴۰]

| جلسات      | محتوا   |
|------------|---|
| جلسه اول   | پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرح‌واره درمانی بیان و مشکلات مراجعین در قالب رویکرد طرح‌واره درمانی صورت‌بندی می‌شود.   |
| جلسه دوم   | در جلسه دوم، شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته موردبررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرح‌واره موجود با طرح‌واره سالم بحث و گفتگو می‌شود.  |
| جلسه سوم   | در جلسه سوم، تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده می‌شود.   |
| جلسه چهارم | در جلسه چهارم، مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه‌شده آموزش داده می‌شود.  |
| جلسه پنجم  | در جلسه پنجم، برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده می‌شود.   |
| جلسه ششم   | تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها آموزش داده می‌شود.  |
| جلسه هفتم  | رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می‌شود.   |
| جلسه هشتم  | به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده می‌شود و مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم موردبررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می‌شود. مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته‌شده تمرین می‌شود. |



## جدول ۲. جلسات درمان پذیرش و تعهد [۳۳]

| جلسات      | محتوا   |
|------------|---|
| جلسه اول   | آشنایی و ارتباط اعضا با هم، توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعین و اجرای پیش‌آزمون. ارائه توضیحات درباره افسردگی و سوگ و تنظیم هیجان، همچنین تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.  |
| جلسه دوم   | آشنایی با مفاهیم درمان پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، بحث در مورد تجارب و ارزیابی آن‌ها.  |
| جلسه سوم   | آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم اوت توسط اعضا هنگام افزایش مسئولیت‌پذیری و تعهد، بیان کنترل به‌عنوان مشکل سنجش. |
| جلسه چهارم | ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها، آموزش داده می‌شود. بررسی نقاط مثبت و منفی اعضا و تضعیف خود مفهومی و بیان خود واقعی بدون هیچ‌گونه قضاوت و واکنش هیجانی و تعهد رفتاری.                          |
| جلسه پنجم  | آموزش تحمل بلا تکلیفی و اصلاح نشخوار ذهنی و افزایش تحمل و مسئولیت‌پذیری (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین آگاهی). مرور جلسات قبل و بازخورد دادن اعضا به یکدیگر.   |
| جلسه ششم   | آموزش مدیریت هیجان (اهداف این آموزش، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، افزایش هیجان مثبت (تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر  |
| جلسه هفتم  | افزایش کارآمدی فردی و بین‌فردی، آموزش مهارت‌های بین فردی (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرئت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت‌نفس). سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان‌کرده خطرات تمرکز بر نتایج.  |
| جلسه هشتم  | درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.  |

### شیوه تحلیل داده‌ها

نتایج با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی بر اساس نرم‌افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

در این مطالعه هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه طرح‌واره درمانی ۳۳/۷۳ و ۴/۳۲، در گروه پذیرش و تعهد ۳۱/۴۰ و ۴/۳۲ و در گروه کنترل ۳۲/۸۰ و ۴/۶۳ بود. همچنین از اعضای گروه طرح‌واره درمانی ۴ نفر مقطع کاردانی و ۱۱ نفر

مقطع کارشناسی بودند و از اعضای نمونه گروه درمان پذیرش و تعهد ۳ نفر مقطع کاردانی و ۱۲ نفر مقطع کارشناسی بودند و از گروه کنترل ۴ نفر در مقطع کاردانی و ۱۱ نفر در مقطع کارشناسی بودند. آزمودنی‌ها از لحاظ جنسیت در هر سه گروه همگن بوده به طوری که در هر سه گروه ۸ آزمودنی زن و ۷ آزمودنی مرد بودند. میانگین مدت‌زمان تجربه سوگ برای گروه طرح‌واره درمانی ۹/۰۶ و برای گروه پذیرش و تعهد ۹/۰۴ و برای گروه کنترل ۹/۰۱ بوده است. همچنین نسبت اشخاص فوت‌شده با آزمودنی‌ها در هر سه گروه پدر، مادر و فرزندشان بوده است. در هر سه گروه شاخص‌های توصیفی رفتارهای خودکشی در هر یک از دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی رفتارهای خودکشی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

| متغیرها         | آزمون     | طرح‌واره درمانی |         | درمان پذیرش و تعهد |         | کنترل        |         |
|-----------------|-----------|-----------------|---------|--------------------|---------|--------------|---------|
|                 |           | انحراف معیار    | میانگین | انحراف معیار       | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
| رفتارهای خودکشی | پیش‌آزمون | ۱/۱۳            | ۱۰/۵۳   | ۱/۱۵               | ۱۰/۸۰   | ۱/۷۵         | ۱۰/۰۷   |
|                 | پس‌آزمون  | ۰/۶۸            | ۶/۸۰    | ۱/۵۵               | ۴/۶۰    | ۰/۵۹         | ۱۰/۲۷   |
|                 | پیگیری    | ۰/۹۲            | ۶/۱۳    | ۱/۵۵               | ۳/۶۰    | ۰/۷۷         | ۹/۸۰    |

نتایج بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در رفتارهای خودکشی در گروه‌های آزمایشی و گواه در جدول ۴ آورده شده است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای ابعاد رفتارهای خودکشی در جدول ۴ و ۵ آورده شده است.

نتایج جدول نشان می‌دهد که میان دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد در رفتارهای خودکشی بر حسب مراحل آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.001$ ). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد در جدول ۵ آورده شده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمره پس‌آزمون رفتارهای خودکشی در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی کمتر از آزمودنی‌های گروه کنترل است و در گروه‌های آزمایشی میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است.

در بررسی مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عاملی، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد؛ توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار است ( $P > 0.05$ ). آزمون لوین نیز نشان داد؛ همگنی واریانس‌ها در مراحل آزمون محقق شده است ( $P > 0.05$ ). آزمون موچلی نیز نشان داد؛ مفروضه کرویت محقق شده است ( $P > 0.05$ ،  $\chi^2 = 1.00$ ،  $w = 0.04$ ).

جدول ۴. بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در رفتارهای خودکشی در گروه‌های طرح‌واره درمانی و کنترل

| منبع تغییرات  | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معناداری | مجذور اتای سهمی |
|---------------|---------------|-------------|-----------------|--------|--------------|-----------------|
| آزمون         | ۵۹۰/۰۲        | ۲           | ۲۹۵/۰۱          | ۲۳۰/۸۸ | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۹            |
| عضویت گروهی   | ۴۹/۸۸         | ۱           | ۴۹/۸۸           | ۲۷/۹۸  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۰            |
| آزمون × عضویت | ۳۵/۰۹         | ۲           | ۱۷/۵۴           | ۱۳/۷۳  | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۳            |

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین رفتارهای خودکشی بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های آزمایشی

| گروه‌ها            | پیش‌آزمون - پس‌آزمون |              | پیش‌آزمون - پیگیری |              | پس‌آزمون - پیگیری |              |
|--------------------|----------------------|--------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
|                    | اختلاف میانگین       | سطح معناداری | اختلاف میانگین     | سطح معناداری | اختلاف میانگین    | سطح معناداری |
| طرح‌واره درمانی    | ۳/۷۳                 | ۰/۰۰۱        | ۴/۴۰               | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۷              | ۰/۰۶         |
| درمان پذیرش و تعهد | ۶/۲۰                 | ۰/۰۰۱        | ۷/۲۰               | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۹              | ۰/۳۴         |

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، در هر دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری اختلاف میانگین‌ها معنادار است ( $P < 0.001$ )؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، در هر دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد با درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی در بیماران افسرده مبتلا به سوگ تفاوت وجود دارد و درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر کاهش رفتارهای خودکشی این بیماران دارد.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، در هر دو گروه طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری اختلاف میانگین‌ها معنادار است ( $P < 0.001$ )؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان‌پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ بود؛ یافته‌ها نشان داد، هر دو رویکرد طرح-واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ اثربخش بوده و بین این دو روش تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که کاهش رفتارهای خودکشی در گروه درمان پذیرش و تعهد بیشتر از گروه طرح‌واره درمانی بوده است.

یافته پژوهش حاضر در زمینه تأثیر طرح‌واره درمانی بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده، همسو با یافته‌های پژوهش‌های [۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲] است. همچنین در زمینه تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی نیز می‌توان به پژوهش‌ها [۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۱] اشاره نمود.

در تبیین تأثیر طرح‌واره درمانی بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ می‌توان گفت، چون طرح‌واره درمانی به بیماران افسرده کمک می‌نماید تا ذهنیت‌های خود منفی را از طریق تکنیک‌های شناختی و تجربی اصلاح نمایند؛ توانمندی‌های مقابله‌ای آنان در خلق منفی افزایش یافته و این موضوع بر احساس افسردگی آنان تأثیر گذارده و می‌تواند افکار و رفتارهای خودکشی را کاهش دهد [۱۹]. بیماران افسرده‌ای که به خاطر مسئله سوگ دچار نوعی احساس گناه و نپذیرفتن واقعیت می‌شوند، تنش روانی و اضطراب را تجربه می‌کنند که ماندگاری این هیجانات منفی موجب افزایش افسردگی آن‌ها می‌شود [۷]؛ به همین دلیل چون تکنیک‌های طرح‌واره درمانی به این بیماران کمک می‌کند تا پذیرش هیجانات را بجای نشخوار و اجتناب به کار برند، توانمندی آن‌ها در تنظیم هیجانات افزایش می‌یابد و پیرو آن افکار خود آسیب‌رسان و رفتارهای خودکشی کاهش پیدا می‌کند [۲۱]. همچنین می‌توان این‌گونه ادعا نمود که در بیماران افسرده اجتناب هیجانی و شناختی در هر شکل، منجر به تشدید حساسیت بیمار به هیجانات ناخوشایند و در نهایت انفعال و افسردگی می‌شود به همین دلیل در طرح‌واره درمانی سعی می‌شود تا با قطع این چرخه، روی تجارب هیجانی پریشان کننده و اعتباربخشی به آن‌ها تمرکز گردد و بیماران با تمرین راهبردهای مشاهده و پذیرش تجارب ناخوشایند هیجانی و

بدنی به این ظرفیت درونی دست می‌یابند و بتوانند سطح تاب‌آوری خود را از طریق مرتبط کردن هیجانات به ارزش‌های متعالی و تمرین تجربی حضور در لحظه تقویت کرده و به تنظیم بهتر هیجانات منفی خود نائل آیند که همین موضوع به کاهش خلق نفی و نهایتاً کاهش رفتارهای خودکشی در آنان منجر می‌شود [۲۲].

در تبیین تأثیر درمان‌پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ می‌توان این‌گونه عنوان نمود، وجود خلق افسرده حاصل تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی، اجتناب از تجارب درونی و انجام‌ندادن فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی است و چون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تغییر رابطه بیمار افسرده با تجارب درونی و اجتناب‌های او تأکید دارد، در این رویکرد سعی می‌گردد تا با استفاده از روش‌هایی همچون پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها، آگاهی هیجانی و تحمل پریشانی، به توانمندی بیماران در تنظیم خلقیات کمک شود و بیماران بتوانند ضمن کاهش احساس افسردگی، رفتارهای خود آسیب‌رسان را کمتر بروز دهند [۲۸]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بطن کارکرد هیجانی سالم قرار دارد بر همین اساس این رویکرد از طریق فرایند فاصله‌گیری شناختی و همجوشی زدایی از افکار، پذیرش، برقراری تماس با لحظه حال، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و عمل و اقدام متعهدانه، به بیماران کمک می‌کند تا به گشودگی برسند و بر اساس تجربه واقعی اقدام کنند، نه بر اساس آنچه ذهن یا بدن خواستار آن است به همین دلیل بیماران افسرده‌ای که تحت این روش درمانی قرار می‌گیرند، به این توانمندی نائل می‌آیند که بتوانند هیجانات منفی خود را تنظیم نموده و آرامش روانی بهتری را تجربه کنند که همین موضوع منجر به کاهش رفتارهای خودکشی در آنان می‌شود [۲۹].

در خصوص مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی با درمان‌پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ نیز می‌توان این‌گونه مطرح نمود، چون در درمان پذیرش و تعهد، بیماران تشویق می‌شوند تا علاوه بر اصلاح شناختی، توانایی کاهش مقابله با محتوای روانی را دارند و با پذیرش بیشتر، قادر به تعدیل هیجانات هستند؛

دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تری در نظر گرفته شود. از جنبه کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود، موضوع رفتارهای خودکشی در بیماران افسرده مبتلا به سوگ مورد توجه قرار گرفته و مداخلات لازم از سوی روان‌شناسان و درمانگران با استفاده از رویکردهای پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی صورت پذیرد. همچنین با توجه به تأثیر مثبت دو رویکرد مذکور بر رفتارهای خودکشی، استفاده از این دو روش درمانی توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، برنامه‌ریزی کلی در خصوص معرفی این دو روش درمانی به مشاوران و درمانگران انجام پذیرد تا درمانگران بتوانند با بهره‌گیری از آن به کاهش رفتارهای خودکشی بیماران کمک نموده و نقش درمانی و پیشگیرانه‌ای در جهت کاهش افسردگی و احتمال رفتارهای خود آسیب‌رسان ایفا نمایند.

### سپاسگزاری

در پایان از تمامی کسانی که در انجام این مقاله نویسندگان را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین از تمام کارکنان و بیماران مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

### منابع

- ۱- علوی س ح، قاسمی مطلق م، اسماعیلی شاد ب، بخشی پور ا. مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان راهبردی راه‌حل مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی. دو فصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۱۴۰۱؛ ۳(۱): ۲۶۵-۲۵۳.
- ۲- صفی‌الحسینی ف س، ساکی م، حامدی ا، سعادت‌ح، لشکر دوست ح. شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر بجنورد در سال ۱۳۹۳. نشریه دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۳۹۶؛ ۴(۲): ۱۶-۳۲.
- ۳- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ۵. ترجمه فرزین رضاعی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۴۰۰.
- ۴- سالاری ع، عزیزی م، سعیدمنش م. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر افسردگی و عزت‌نفس نوجوانان ۱۳-۱۴ سال سوگوار. پنجمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، تهران: همایش‌های روانشناسی؛ ۱۳۹۸.

بنابراین استفاده از این رویکرد می‌تواند تأثیر بیشتری بر افزایش مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی داشته باشد و میزان افسردگی آنان را کاهش دهد [۳۳]؛ چراکه این درمان به‌جای آموزش راهبردهای متعدد برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به بیماران می‌آموزد تا با آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند، مهارت کسب کنند و ضمن تعدیل خلیقات منفی، رفتارهای خود آسیب‌رسان را کاهش دهد؛ اما طرح‌واره درمانی به‌صورت مستقیم به تغییر باورها و نگرش‌ها و طرح‌واره‌ها توجه می‌کند و سعی دارد اصلاح شناختی را با تأکید بر تغییر مستقیم افکار و طرح‌واره‌ها بکار گیرد [۴۰]؛ به همین دلیل چون برای بیماران با خلق منفی پذیرش افکار و احساسات راحت‌تر از تلاش برای تغییر آن‌هاست، این رویکرد توانسته است بر کاهش رفتارهای خودکشی اثربخش باشد. به‌طورکلی می‌توان بیان کرد، افزایش توجه و آگاهی بیماران مبتلا به سوگ به دلیل نپذیرفتن واقعیت مرگ عزیزان باعث می‌گردد تا آن‌ها احساس افسردگی و غم را به‌طور پیوسته تجربه کنند و نتوانند هیجانات منفی خود را نظم ببخشند؛ به همین دلیل چون درمان پذیرش و تعهد، از طریق افزایش پذیرش احساسات و هیجانات فردی، باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود؛ آنان را قادر می‌سازد تا توانایی خود را در جهت فعالیت‌های ارزیابی شناختی ارتقا بخشد و بتوانند ضمن افزایش این توانمندی رفتارهای خود آسیب‌رسان را کمتر کنند که این سبک مقابله در طرح‌واره درمانی مشاهده نمی‌شود. هرچند این پژوهش به لحاظ زیربنای توصیفی و نظری، نوآورانه است، اما پژوهشگر در انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی روبرو بوده است، نخست آنکه این پژوهش تنها بر روی بیماران افسرده مبتلا به سوگ مراجعه‌کننده به مرکز درمانی و توان‌بخشی توس مشهد انجام شده است؛ به همین دلیل نمی‌توان در خصوص تعمیم این نتایج به دیگر مناطق جغرافیایی و جوامع آماری دیگر اظهارنظر نمود. همچنین از دیگر محدودیت‌های این تحقیق عدم پیگیری بلندمدت نتایج پژوهش است که به دلیل وجود برخی از محدودیت‌های زمانی، پیگیری سه‌ماهه انجام شد. درنهایت بر اساس یافته‌های این پژوهش به‌عنوان پیشنهاد می‌توان این‌گونه عنوان داشت، جهت مقایسه تأثیر دو رویکرد مذکور بر رفتارهای خودکشی بیماران افسرده مبتلا به سوگ،

- ۱۵- حسینی فرد س م. اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به افسرده‌خویی: کاهش شدت افسردگی، ناامیدی، طرح‌واره ناسازگارانه اولیه و افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی. [رساله دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی]. ۱۴۰۰.
- 16-Dadomo H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Current opinion in psychiatry*. 2018; 31(1): 43-49.
- ۱۷- رهبر کرباسدهی ف، ابوالقاسمی ع، رهبر کرباسدهی ا. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی. *مجله مطالعات روان‌شناختی*. ۱۳۹۸؛ ۱۵(۴): ۷۳-۹۰.
- ۱۸- علی‌مردانی ف، کریمی ش، حامدی‌فر ف، محبیان‌فر م. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر افکار خودکشی نوجوانان. [دوازدهمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی]، تهران: کنفرانس روانشناسی تهران؛ ۱۴۰۱.
- ۱۹- مودنی ت، غلامرضایی س، رضایی ف. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان. *مجله ارمان دانش*. ۱۳۹۷؛ ۲۳(۲): ۲۶۶-۲۵۳.
- ۲۰- ابراهیمی گ، غضنفری ا، مشهدی‌زاده ش، رحیمی س. مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تنظیم هیجانی در بزرگ‌سالان با سابقه ناملایمات کودکی (جسمی و جنسی). *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲؛ ۲۱(۱): ۹۵-۱۰۲.
- 21-Grazka A, Królewski K, Sójta K, Strzelecki D. Suicidality in the light of schema therapy constructs, ie, Early Maladaptive Schema and Schema Modes: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(21): 6755. <https://doi.org/10.3390/jcm12216755>
- 22-Milesi IP, de Araújo RMF, Bücker J. Suicidal behavior and early maladaptive schemas and schema domains. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2023; 211(7): 514-518. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001642>
- 23-Walser RD, Garvert DW, Karlin B. E, Trockel M, Ryu D. M, Taylor C. B. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*. 2015; 74(2): 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012>
- 5- Moses K, Nagarajan O, Lenin B. Determining the Association of Grief Intensity and Prolonged Grief Disorder among COVID-19 Bereaved-A Preliminary Study. *Journal of Family Life Education*. 2022; 1(1): 63-83.
- ۶- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روان (5-TR)*. ترجمه مهدی گنجی. تهران: انتشارات ساوالان؛ ۱۴۰۱.
- 7- Hilberdink C. E, Ghainder K, Dubanchet A, Hinton D, Djelantik A. M. J, Hall B. J, Bui E. Bereavement issues and prolonged grief disorder: A global perspective. Cambridge Prisms: *Global Mental Health*. 2023; 10(2): 32-45.
- 8- Toshishige Y, Kondo M, Ito Y, Hashimoto H, Okazaki J, Okami T, Akechi T. Interpersonal psychotherapy for bereavement-related major depressive disorder in Japan: a pilot study. *Cogent Psychology*. 2023; 11(1): 229-235.
- 9- Briere J, Kwon O, Semple J, Godbout N. Recent suicidal ideation and behavior in the general population: the role of depression, posttraumatic stress, and reactive avoidance. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2019; 207(5): 320-325.
- ۱۰- سادوک ب ج، سادوک و آ. خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۴۰۰.
- 11-Guo Y, Xu Z. Y. R, Cai M. T, Gong W. X, Shen C. H. Epilepsy with suicide: a bibliometrics study and visualization analysis via CiteSpace. *Frontiers in neurology*. 2022; 12(1): 25-36.
- ۱۲- سیمبر گ، علیزاده ش، حاجی‌فقاها ح. عوامل خطر خودکشی در نوجوانان در جهان: یک مرور روایتی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۳۹۶؛ ۱۶(۱۲): ۱۱۵۳-۱۱۶۸.
- 13-Robinson W. L, Whipple C. R, Keenan K, Flack C. E, Wingate L. Suicide in African American adolescents: understanding risk by studying resilience. *Annual review of clinical psychology*. 2022; 18(4): 359-385.
- ۱۴- دمیدجیان، م، دون ه. *درمان افسردگی با فعال‌سازی رفتاری*. ترجمه سامان نونهال و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۹۹.

۳۲-همتی ثابت و، حسینی س، افشاری نیا ک، عارفی م. مقایسه اثربخشی طرح‌واره و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به HIV. *مجله دانشکده علوم پزشکی اراک*. ۱۴۰۰؛ ۲۴(۴): ۵۸۱-۵۶۶.  
<https://doi.org/10.30473/hpj.2023.67051.5754>

33-Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press. 2018.

34-Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Company. 2018.

35-Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1996; 8(4):77-100.  
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)

۳۶-کازمی، ح. مقایسه تحریف‌های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده. [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. شیراز: دانشگاه شیراز؛ ۱۳۸۲.

37-Osman A, Gutierrez PM, Muehlenkamp JJ, Dix-Richardson F, Barrios FX, Kopper BA. Suicide Resilience Inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports*. 2001; 94(3): 1349-1360.  
<https://doi.org/10.2466/pr0.94.3c.1349-1360>

۳۸-مهدی‌یار م، نجاتی ف. اعتباریابی پرسشنامه تاب‌آوری در برابر خودکشی، *مجله روانشناسی سلامت*. ۱۳۹۴؛ ۴(۴): ۹۷-۱۰۸. اعتباریابی پرسشنامه تاب‌آوری در برابر خودکشی

۳۹-دلاور، ع. روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات ویرایش؛ ۱۳۹۸.

40-Young H, Klosko J, Vishar M. Schema therapy, a practical guide for clinical professionals. Translated by Hamidpour, H, Andoz, Z. Arajmand Publications. 2010.

۲۴-مصباح ا، حجت‌خواه م، گل‌محمدیان م. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*. ۱۳۹۷؛ ۸(۲): ۸۴-۱۰۰.  
<https://doi.org/10.22067/ijap.v8i2.68383>

25-Bodden DH, Matthijssen DA. Pilot Study Examining the Effect of Acceptance and Commitment Therapy as Parent Counseling. *Journal of Child and Family Studies*. 2021; 30(4): 978-988. s10826-021-01926-2.pdf

26-Yıldız E. The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavioral changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in psychiatric care*. 2020; 56(3): 657-690.  
<https://doi.org/10.1111/ppc.12482>

27-Reyes AT. The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. 2022; 43(1): 3-12.  
<https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1953652>

۲۸-شاره ح، رباطی، ز. اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی در سربازان. *مجله روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۴۰۰؛ ۲۷(۴): ۴۱۲-۴۲۷.  
<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.225.12>

۲۹-خورانی ج، احمدی و، مامی ش، ولی‌زاده ر. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، رضایت از زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۳۹۹؛ ۱۰(۱): ۴۴۳۰-  
<https://doi.org/10.22038/mjms.2022.22593.4418>

30-Barnes SM, Borges LM, Smith GP, Walser RD, Forster JE, Bahraini NH. Acceptance and Commitment Therapy to Promote Recovery from suicidal crises: A Randomized Controlled Acceptability and Feasibility Trial of ACT for life. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021; 20(3): 35-45.  
<https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1642974>

31-Hinrichs KL, Steadman-Wood P, Meyerson J. L. ACT Now: The Intersection of Acceptance and Commitment Therapy with Palliative Care in a Veteran with Chronic Suicidal Ideation. *Clinical Gerontologist*. 2020; 43(1): 126-131.  
<https://doi.org/10.30473/hpj.2023.67051.5754>

# پیش‌بینی رفتارهای آشفته خوردن بر اساس تمایزیافتگی خود و بهوشیاری در نوجوانان مبتلا به دیابت

نویسندگان

خدیجه خودداری<sup>۱</sup>، ثنا نوری مقدم<sup>۲\*</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

khadijekhoddari@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

(نویسنده مسئول)

چکیده

**مقدمه:** دیابت یک سندرم متابولیک مزمن و شایع‌ترین اختلال آندوکراین است، علاوه بر مشکلات جسمانی مشکلات روحی و روانی زیادی برای بیمار ایجاد می‌نماید. بر همین اساس درمان‌های امروزی روشی ترکیبی از درمان فیزیولوژیکی و روان‌شناختی را پیش روی این بیماران قرار می‌دهند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش مؤلفه‌های تمایزیافتگی خود و بهوشیاری در رفتارهای خوردن آشفته در نوجوانان مبتلا به دیابت صورت گرفت.

**روش:** این مطالعه کاربردی و شامل نمونه‌ای ۸۸ نفره از تمام نوجوانان مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی دیابت بود که با رعایت ملاک‌های ورود و خروج به صورت در دسترس با استفاده از آزمون‌های رفتارهای آشفته خوردن (گارنر و همکاران، ۱۹۸۲)، تمایزیافتگی خود (*DSI*) (اسکورن و فریدلندر، ۱۹۹۸) و بهوشیاری (بائر و همکاران، ۲۰۰۶) در محدوده ۱۲ تا ۱۸ سال اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (رگرسیون گام به گام) انجام شد.

**نتایج:** ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین با رفتارهای خوردن آشفته همبستگی چندگانه ( $r=0/471$ ،  $P<0/01$ ) داشت. تمایزیافتگی خود با بتای ۰/۱۹۱ و بهوشیاری با بتای ۰/۱۸۸ در سطح ( $P<0/01$ ) معنی‌دار بودند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد، تمایزیافتگی خود و بهوشیاری نقش مؤثر و معناداری در پیش‌بینی رفتارهای آشفته خوردن در نوجوانان مبتلا به دیابت دارند؛ لذا، پیشنهاد می‌شود اجرای برنامه آموزشی جهت افزایش آگاهی و بهوشیاری، برای نوجوانان دیابتی به عنوان روشی مؤثر در بهبود اختلال خوردن آشفته به کار گرفته شود.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۲/۲۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۶/۲۸



کلیدواژه‌ها

بهوشیاری، اختلالات تغذیه و خوردن، تمایزیافتگی خود، دیابت.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

s.nourimoghadam@ped.usb.ac.ir

## مقدمه

اختلال، درمان‌های شناختی رفتاری است که شامل مؤلفه‌های حل مسئله، جهت‌دهی مجدد به منظور اصلاح خطاها و خودتنظیمی است. بسیاری از تحقیقات هم اثر بخشی آن را تأیید کردند [۹]. علاوه بر این یکی از این شیوه‌های درمانی نوین که دارای رویکرد مداخلاتی مفیدی برای نوجوان هست درمان‌های مبتنی بر بهوشیاری است که می‌تواند در کاهش استرس این بیماران نقش داشته است [۱۰]، ویتبردز و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان کاهش دیابت و بهبود خودمراقبتی با بهوشیاری مبتنی بر کاهش استرس نشان دادند، این نوع مداخله سبب بهبود قابل ملاحظه‌ای در افسردگی، اضطراب، استرس و مشکلات خوردن در بیماران دیابتی می‌شود [۱۱].

از آنجایی که بیماری‌های جسمانی و روانی باعث پریشانی می‌شود، بهوشیاری برای بهبود نشانه‌های جسمانی و روانی به کار برده می‌شود. از جمله؛ در کاهش غم و اندوه، افسردگی تا وابستگی و اختلالات خوردن نیز مؤثر است [۱۲]. بهوشیاری به نوجوانان کمک می‌کند که از افکار و احساسات و حواس بدنی‌شان آگاه‌تر شده و بدون قضاوت در مورد افکار و احساسات و حواس بدنی به مشاهده آن‌ها بپردازند و آن‌ها را بپذیرند. این توجه آگاهانه به افکار و احساسات و حواس بدنی به کودکان کمک می‌کند تا هیجانات خود را به گونه‌ای مؤثر کنترل کنند. در تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی روش‌های بهوشیاری در کودکان و نوجوانان پرداخته‌اند، از این روش به عنوان یک روش مداخله برای کودکان و نوجوانانی که مشکلات روان‌شناختی داشتند، استفاده شده است [۱۳]. هارک<sup>۱</sup> در مطالعه‌ای مروری در این زمینه چنین می‌نویسد: پژوهش‌های انجام شده در زمینه بهوشیاری نشان داده که خوردن هوشیارانه می‌تواند منجر به کنترل رفتارهای آشفتۀ خوردن شود [۱۴]. همچنین در مطالعه دیگری مشاهده شد افرادی که بهوشیاری بالایی داشتند اختلالات خوردن در آن‌ها پایین‌تر از سایر افراد مورد مطالعه بود [۱۵].

عامل دیگری که ممکن است بر اختلالاتی نظیر رفتارهای آشفتۀ خوردن تأثیر داشته است؛ متغیر تمایز یافتگی خود است [۱۶-۱۷]. از نظر بوئن، خود تمایز سازی توانایی کاهش واکنش عاطفی است تا فرد افکار

دیابت یک اختلال پیچیده متابولیک است که با هایپرگلیسمی مشخص می‌شود [۱]. هایپرگلیسمی در نتیجه اختلال در ترشح یا عملکرد انسولین یا هر دوی این موارد به وجود می‌آید. دیابت مشکلی ناتوان‌کننده و مزمن است [۱]. دیابت به گروهی از بیماری‌های سوخت‌وسازی اطلاق می‌گردد که ویژگی مشترک آن‌ها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین، نقص در عملکرد آن و یا هر دو است [۲]. این بیماری از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کل کشورها است که همزمان با تغییر سبک زندگی افراد و کاهش فعالیت جسمی شیوع آن به طور چشمگیری رو به افزایش است و تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۳۰ م تعداد افراد مبتلا به آن به بیش از ۳۶۶ میلیون نفر برسد [۲]. این بیماری در ایران نیز شیوع نسبتاً بالایی دارد، به طوری که تعداد مبتلایان به دیابت در ایران ۷/۷ درصد هستند [۳]. بیماران دیابتی علاوه بر مشکلات جسمانی از اختلال‌های فراوانی از نظر روان‌شناختی رنج می‌برند که می‌توان به رفتارهای خوردن آشفتۀ اشاره کرد [۴]. اختلال‌های خوردن، بیماری جدی است که موجب اختلال در پایداری هیجانی، قضاوت و کارکرد شناختی می‌شود و می‌تواند به طور جدی بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیکی افراد را تحت تأثیر قرار دهد [۵].

اختلال‌های خوردن جزء شایع‌ترین، شدیدترین و ناتوان‌کننده‌ترین سندرم‌های سلامت روان هستند که عوارض روان‌شناختی فراوانی را بر روی فرد بر جای می‌گذارد [۶]. رفتارهایی چون خوردن محدود شده، خوردن هیجانی، خوردن بازداری زدایی شده، خوردن شبانه، پرخوری، نگرانی در مورد خوردن، شکل و وزن، رژیم گرفتن‌های سخت و کنترل کردن شکل و وزن بدن از طریق رفتارهای جبرانی نامناسب که با ملاک‌های روانپزشکی اختلال‌های خوردنی مانند بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توصیف شده است، مطابقت نداشته باشد در این دسته قرار می‌گیرد [۷]. نتایج تحقیقات، حاکی از شواهد نگران‌کننده‌ای است مبنی بر این که اختلالات خوردن می‌توانند هزینه‌های سنگینی را بر زندگی فرد تحمیل نموده و افراد را با هر جنس و سنی مبتلا کنند [۸]. یکی از شیوه‌های درمانی مربوط به این

1. Hurk.



پاسخگویی به این پرسش است که اثر تمایز یافتگی خود و بهوشیاری در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته در نوجوانان مبتلا به دیابت چگونه است؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از منظر هدف، کاربردی و در دسته طرح‌های همبستگی قرار دارد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان دیابتی ۱۲ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی دیابت بیمارستان بوعلی در شهرستان زاهدان بود. نمونه مورد بررسی شامل بیمارانی بود که از اوایل سال ۱۴۰۰ تا پایان شش ماه اول ۱۴۰۰ از مراکز درمانی و مشاوره بیماری دیابت در کلینیک تخصصی دیابت بیمارستان بوعلی در شهرستان زاهدان خدماتی در زمینه بیماری دیابت دریافت کرده بودند. براساس فرمول کوکران تعداد ۱۰۰ نفر اعلام شد که به دلیل حذف پرسش‌نامه‌های ناقص، تعداد ۸۸ نفر باقی مانده و به عنوان نمونه مورد بررسی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه بیمار و تحت درمان بودن در مراکز سرپایی و ملاک‌های خروج ابتلا به سایر بیماری‌ها و اختلالات روانپزشکی و قرار نداشتن در بازه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال بود. در پژوهش حاضر ابزارهای مورد استفاده، پرسش‌نامه‌های استاندارد زیر بود:

#### ۱. مقیاس رفتارهای خوردن آشفته (شامل

محدودیت‌های تغذیه‌ای و پرخوری): توسط گارنر و همکاران<sup>۲</sup> در سال [۱۹۸۲م] ساخته شد. این مقیاس ۲۶ گویه‌ای یک پرسش‌نامه غربالگری است که به منظور کمک به این که آیا رفتار غذا خوردن و نگرش پاسخ دهندگان نیازمند ارزیابی بیشتر است به وسیله گارنر و همکاران ساخته شده است. این پرسش‌نامه تشخیصی را ارایه نمی‌دهد بلکه در عوض، نشانه‌هایی را شناسایی می‌کند که سازگار با هر کدام از اختلال‌های خوردن است [۲۵]. در واقع از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا شدت نگرش‌ها و رفتارهای خود را در ارتباط با غذا و وزن آن را درجه‌بندی کنند. این آزمون نگرانی‌ها و عادات خوردن نابهنجار را اندازه‌گیری می‌کند. سه زیر مقیاس در این ابزار وجود دارد

خود و عقایدش را بدون توجه به فشار اجتماعی بیان کند. بوئن خود تمایزسازی را مفهومی می‌داند که به منظور توصیف الگوهای تعاملی خانواده مورد استفاده قرار گرفته است تا فاصله اعضای خانواده را تنظیم کند و باتوجه به سن، تعادلی مناسب بین فردیت و صمیمیت برقرار سازد [۱۸-۱۹]. براساس نتایج پژوهش مورداک و گور<sup>۱</sup> [۲۰] افرادی که از نظر تمایز یافتگی نمره پایین تری کسب می‌کنند در برابر استرس آسیب پذیرترند و بیشتر مستعد بیماری جسمی و اجتماعی هستند و وقتی عملکرد مختل در آن‌ها ظهور می‌کند بیشتر احتمال دارد که مزمن شود. افرادی که به لحاظ تمایز یافتگی مقیاس بالاتری را کسب می‌کنند پس از این که استرس بگذرد، می‌توانند به سرعت به تعادل عاطفی برسند [۲۱]. باتوجه به نظریه بوئن افراد تمایز یافته، در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی به صورت عقلانی منطقی عمل می‌کنند و فشار کمتری را در زندگی متحمل می‌شوند. در حالی که افرادی که خود تمایز نیستند در گذر از شرایط سخت به صورت عاطفی و هیجانی برخورد می‌کنند. این مسئله منجر به ایجاد فشار سنگین در افراد تمایز نیافته می‌شود [۲۲].

در این میان ذکر این نکته حائز اهمیت است، نوجوانان به عنوان گروهی به شدت آسیب‌پذیر باتوجه به ویژگی‌های روحی و شخصیتی که مختص این دوره از زندگی‌شان است در معرض خطرات و آسیب‌های روحی، روانی و جسمانی شدیدی هستند که ممکن است بعضاً قابل جبران نبوده و یا نیازمند صرف زمان و هزینه فراوانی جهت درمان اختلالات رفتاری نظیر رفتارهای آشفته خوردن در اثر مبتلا به بیماری فراگیری نظیر دیابت هستند. دیابت به علت بروز عوارض جسمانی مانند رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، بیماری‌های قلبی - عروقی و عوارض روانی به طور گسترده‌ای بر کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد [۲۳]. نپذیرفتن بیماری، حساس شدن به نوسانات قندخون، نیاز به تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و میزان فعالیت، نیاز به مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمانی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی و قلبی سبب بروز مشکلات روان‌شناختی در افراد دیابتی می‌گردند [۲۴]. باتوجه به مطالب مطرح شده پژوهش حاضر در پی

2. Garner & et.al.

1. Murdock & Gore.

نمره بالا در این مقیاس به معنای تمایز یافتگی و نمره پایین به معنای تمایز نیافتگی است [۳۰].

**۳. پرسش‌نامه پنج‌وجهی بهوشیاری:** این پرسش‌نامه توسط بائر و همکاران<sup>۲</sup> (FFMQ)، در سال (۲۰۰۶م) ساخته شده است. پرسش‌نامه FFMQ مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر، روت، اسمیت و همکاران و به منظور سنجش مقیاس‌های ذهن آگاهی تهیه [۳۱] و با استفاده از تحلیل عاملی تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۱۲ گویه و ۵ مؤلفه: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیرقضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن است. مشاهده با پرسش‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۶، ۳۱ و ۳۶ اندازه‌گیری می‌شود. توصیف ۲، ۷، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۳۲ و ۳۷ اندازه‌گیری می‌شود. عمل همراه با هوشیاری با پرسش‌های ۵، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۴ و ۳۸ اندازه‌گیری می‌شود. قضاوت‌نشدن با پرسش‌ها ۳، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۵، ۳۰، ۳۵ و ۳۹ اندازه‌گیری می‌شود. واکنش‌نداشتن به پرسش‌ها ۴، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۳ اندازه‌گیری می‌شوند. پرسش‌هایی که

جدول ۱. ضریب آلفای کرونباخ به تفکیک متغیرها

| متغیر                | خرده مقیاس                  | ضریب آلفای کرونباخ |
|----------------------|-----------------------------|--------------------|
| رفتارهای خوردن آشفته | رژیم لاغری                  | ۰/۸۶               |
|                      | پرخوری و اشتغال ذهنی به غذا | ۰/۸۴               |
|                      | مهار دهانی                  | ۰/۸۵               |
|                      | رفتارهای خوردن آشفته کل     | ۰/۸۹               |
| تمایز یافتگی خود     | واکنش‌پذیری عاطفی           | ۰/۸۳               |
|                      | جایگاه من                   | ۰/۸۰               |
|                      | گریز عاطفی                  | ۰/۸۳               |
|                      | هم‌آمیختگی با دیگران        | ۰/۸۲               |
| بهوشیاری             | تمایز یافتگی کل             | ۰/۸۸               |
|                      | مشاهده                      | ۰/۸۴               |
|                      | توصیف                       | ۰/۸۱               |
|                      | عمل توأم با هوشیاری         | ۰/۸۳               |
|                      | قضاوت نکردن                 | ۰/۸۲               |
|                      | عدم نداشتن                  | ۰/۸۳               |
|                      | بهوشیاری کل                 | ۰/۹۵               |
| کل پرسش‌نامه         |                             | ۰/۸۶               |

که حوزه‌هایی متفاوت از رفتارهای خوردن آشفته یا تمایلات اختلالات خوردن را ارزیابی می‌کند. نخستین زیر مقیاس رژیم گرفتن؛ یا اشتغال ذهنی با تمایل به لاغر شدن و مقدار کالری‌های غذا را ارزیابی می‌کند. دومین زیر مقیاس پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا احساسات شرکت‌کننده را در ارتباط با غذا انعکاس می‌دهد. سومین زیر مقیاس مهار دهانی؛ کنترل ادراک شده به وسیله شرکت‌کننده در ارتباط با غذا خوردن و فشارهایی که از جانب دیگران برای افزایش وزن دریافت می‌کند را ارزیابی می‌کند. دو نمونه از پرسش‌های این مقیاس «دائماً دل مشغول غذا هستم» و «وقتی غذا می‌خورم، احساس می‌کنم قادر به متوقف کردن خود نیستم». بر مبنای مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای از ۱ (همیشه) تا ۶ (هرگز) است. در پژوهش‌های متعدد در ایران روایی و پایایی مقیاس مطلوب گزارش شده است از جمله در پژوهش خدابخش و وکیلی نیز آلفای ضریب الفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است [۲۶]. در پژوهش حاضر آلفای کل مقیاس ۰/۸۹ و ضرایب آلفای خرده مقیاس رژیم لاغری ۰/۸۶، پرخوری و اشتغال ذهنی به غذا ۰/۸۴ و مهار دهانی ۰/۸۵ به دست آمد.

**۲. پرسش‌نامه تمایز یافتگی خود:** این پرسش‌نامه توسط اسکورن و فریدلندر<sup>۱</sup> (DSI) در سال (۱۹۹۸م) ساخته شده است. پرسش‌نامه تمایز یافتگی (Differentiation of self Inventory) یک پرسش‌نامه ۴۶ پرسشی است که به منظور سنجش تمایز یافتگی افراد به کار می‌رود و از ۴ خرده مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط اسکورن و فریدلندر برای مقیاس کلی تمایز یافتگی ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۲ است [۲۷]. پرسش‌نامه تمایز یافتگی خود در ایران توسط اسکیان [۲۸]. بر روی یک نمونه ۲۶ نفری از دانش‌آموزان سال اول دبیرستان اجرا شد در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. یونسی [۲۹]، ضرایب پایایی این پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه کرد که پایایی بالای این پرسش‌نامه را نشان می‌دهد. این پرسش‌نامه با مقیاس لیکرت در یک طیف شش‌گزینه‌ای درجه‌بندی شده است.

2. Baer & et.al.

1. Skowron & Friedlander.

تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، ابتدا آمار توصیفی که به بررسی متغیرهای پژوهش می‌پردازد، ارائه خواهد شد. پس از آن یافته‌های استنباطی نتایج حاصل از آزمون‌های انجام شده ارائه می‌گردد.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیرهای دموگرافیک

| متغیر      | گزینه        | فراوانی | درصد فراوانی |
|------------|--------------|---------|--------------|
| جنسیت      | دختر         | ۵۰      | ۵۶/۸         |
|            | پسر          | ۳۸      | ۴۳/۲         |
| سن         | ۱۲ تا ۱۴ سال | ۲۶      | ۳۰           |
|            | ۱۴ تا ۱۶ سال | ۳۳      | ۳۶/۷         |
|            | ۱۶ تا ۱۸ سال | ۲۹      | ۳۳/۳         |
| مدت بیماری | ۱ تا ۳ سال   | ۲۱      | ۲۳/۳         |
|            | ۴ تا ۶ سال   | ۴۴      | ۵۰           |
|            | ۷ تا ۹ سال   | ۲۳      | ۲۶/۷         |

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود؛ ۵۶/۷ درصد از افراد نمونه دختر و ۴۳/۳ درصد پسر هستند. ۳۰ درصد از افراد نمونه در گروه ۱۲ تا ۱۴ سال، ۳۶/۷ درصد از افراد نمونه در گروه ۱۴ تا ۱۶ سال و ۳۳/۳ درصد از افراد نمونه در گروه ۱۶ تا ۱۸ سال قرار دارند و مدت بیماری ۲۳/۳ درصد از افراد نمونه ۱ تا ۳ سال، ۵۰ درصد از افراد نمونه ۴ تا ۶ سال و ۲۶/۷ درصد از افراد نمونه ۷ تا ۹ سال است.

باتوجه به داده‌های جدول ۳، در ارزیابی افراد نمونه در ۳ بعد رفتارهای خوردن آشفته میانگین کل ۱۲/۳، بیشترین میانگین مربوط به خرده مقیاس رژیم لاغری با ۶/۳۱ و کمترین میانگین مربوط به خرده مقیاس پرخوری و اشتغال ذهنی به غذا با ۱/۷۷ است. در ارزیابی افراد نمونه در ۴ بعد تمایز یافتگی خود میانگین کل ۲۱/۸۴، بیشترین میانگین مربوط به خرده مقیاس گریز عاطفی با ۸/۸۰ و کمترین میانگین مربوط به خرده مقیاس جایگاه من با ۶/۰۷ است. در ارزیابی افراد نمونه در ۵ بعد بهوشیاری میانگین کل ۴۱، بیشترین میانگین مربوط به خرده مقیاس واکنش‌نداشتن با ۹/۰۷ و کمترین میانگین مربوط به خرده مقیاس توصیف با ۷/۶۳ هستند.

زیرشان خط کشیده نمره‌گذاری معکوس دارند. در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون - باز آزمون پرسش‌نامه FFMQ در نمونه ایرانی بین  $r=0/57$  (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و  $r=0/84$  (عامل مشاهده) مشاهده گردید. همچنین، ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین  $a=0/55$  عامل غیرواکنشی بودن و  $a=0/83$  مربوط به عامل توصیف) به دست آمد [۳۱]. در پژوهش حاضر، آلفای کل مقیاس ۰/۹۵ و ضرایب آلفای خرده مقیاس مشاهده ۰/۸۴، توصیف ۰/۸۱، عمل همراه با بهوشیاری ۰/۸۳، قضاوت‌نداشتن ۰/۸۲ و واکنش‌نداشتن ۰/۸۳ به دست آمد.

### روش اجرای پژوهش

برای انجام این پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم و دریافت کد اخلاق پرسش‌نامه‌های مربوطه تهیه گردید و به صورت حضوری با مراجعه به مراکز موردنظر در شهرستان زاهدان در اختیار اعضا نمونه قرار داده شد. در ابتدای بخش میدانی پژوهش در ساعات مختلف روزهای هفته به کلینیک مراجعه و به تصادف در مطب‌های معاینه حاضر شده و پس از جلب رضایت پزشک برای اختصاص دقایقی از وقت ویزیتش به پژوهشگر، پژوهشگر خود را به شرکت‌کننده‌ها معرفی کرد و پس از جلب موافقت و رضایت بیماران برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، پرسش‌نامه‌ها را که از قبل در ترتیب‌های تصادفی آماده کرده بود به بیماران داده و درخواست نموده که پاسخ دهند. بعد از پاسخ‌دهی پرسش‌نامه‌ها را به پژوهشگر تحویل دهد به همین ترتیب تا اتمام تعداد پرسش‌نامه‌ها انجام شد. کل پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط بیماران ۸۸ عدد بود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد ارزیابی قرار گرفت. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. ضمناً داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

### یافته‌ها

در این پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌ها مشتمل بر دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی بود. برای

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای رفتارهای خوردن آشفته، تمایز یافتگی خود و بهوشیاری

| متغیر                | خرده مقیاس                  | میانگین | انحراف معیار |
|----------------------|-----------------------------|---------|--------------|
| رفتارهای خوردن آشفته | رژیم لاغری                  | ۶/۳۱    | ۶/۳۰         |
|                      | پرخوری و اشتغال ذهنی به غذا | ۱/۷۷    | ۲/۵۶         |
|                      | مهار دهانی                  | ۳/۷۶    | ۳/۸۱         |
|                      | رفتارهای خوردن آشفته کل     | ۱۲/۳    | ۹/۶۶         |
| تمایز یافتگی خود     | واکنش‌پذیری عاطفی           | ۶/۹۶    | ۴/۶۸         |
|                      | جایگاه من                   | ۶/۰۷    | ۴/۱۵         |
|                      | گریز عاطفی                  | ۸/۸۰    | ۴/۶۱         |
|                      | هم‌آمیختگی با دیگران        | ۶/۲۱    | ۶/۲۰         |
| بهوشیاری             | تمایز یافتگی کل             | ۲۱/۸۴   | ۱۱/۸۸        |
|                      | مشاهده                      | ۸/۷۶    | ۴/۰۴         |
|                      | توصیف                       | ۷/۶۳    | ۳/۴۹         |
|                      | عمل توأم با بهوشیاری        | ۷/۹۱    | ۳/۳۹         |
|                      | قضاوت نکردن                 | ۷/۶۱    | ۳/۴۶         |
|                      | واکنش نداشتن                | ۹/۰۷    | ۳/۲۷         |
|                      | بهوشیاری کل                 | ۴۱      | ۱۴/۲۳        |

جدول ۴. اطلاعات آزمون همبستگی مربوط به تمایز یافتگی خود و بهوشیاری با رفتارهای خوردن آشفته

| رفتارهای خوردن آشفته |               | متغیر                |                  |
|----------------------|---------------|----------------------|------------------|
| سطح معناداری         | ضریب هم‌بستگی |                      |                  |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۳۸۴        | تمایز یافتگی کل      | تمایز یافتگی خود |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۳۵۷        | واکنش‌پذیری عاطفی    |                  |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۳۶۱        | جایگاه من            |                  |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۳۰۲        | گریز عاطفی           |                  |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۲۹۷        | هم‌آمیختگی با دیگران |                  |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۱۰۵        | بهوشیاری کل          | بهوشیاری         |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۱۷۷        | مشاهده               |                  |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۰۸۱        | توصیف                |                  |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۰۰۳        | عمل توأم با بهوشیاری |                  |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۰۷۱        | قضاوت نکردن          |                  |
| ۰/۰۰۱                | -۰/۰۷۴        | واکنش نداشتن         |                  |

( $p < 0/01$ ) رابطه منفی و معنادار دارد. منفی بودن ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های متغیر تمایز یافتگی خود و بهوشیاری با رفتارهای آشفته خوردن بدین معناست که هر چه نمرات مؤلفه‌های متغیر تمایز یافتگی خود و بهوشیاری در نوجوانان مبتلا به دیابت بیشتر باشد، رفتارهای آشفته خوردن در آن‌ها کمتر شده و بالعکس.

باتوجه به جدول ۴، مشاهده می‌شود که متغیر رفتارهای آشفته خوردن با مؤلفه‌های تمایز یافتگی شامل واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران ( $p < 0/01$ ) و مؤلفه‌های بهوشیاری شامل مشاهده، توصیف، عمل توأم با بهوشیاری، قضاوت نکردن و واکنش نداشتن

جدول ۵. تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی رفتارهای آشفته خوردن

| متغیر ملاک           | گام | مدل                                | ضریب رگرسیون B | Beta  | مقدار t | مقدار معنی داری P |
|----------------------|-----|------------------------------------|----------------|-------|---------|-------------------|
| رفتارهای آشفته خوردن | ۲   | تمایز یافتگی خود                   | ۰/۳۱۲          | ۰/۳۸۴ | ۷/۷۶    | ۰/۰۰۱             |
|                      |     | تمایز یافتگی خود                   | ۰/۱۵۵          | ۰/۱۹۱ | ۲/۹۴    | ۰/۰۰۱             |
|                      |     | واکنش‌پذیری عاطفی جایگاه من        | ۰/۱۴۷          | ۰/۲۳۱ | ۰/۱۵۴   | ۰/۰۰۱             |
|                      |     | گریز عاطفی                         | ۰/۲۶۵          | ۰/۳۲۲ | ۰/۳۵۲   | ۰/۰۰۱             |
|                      |     | هم‌آمیختگی با دیگران               | ۰/۱۹۸          | ۰/۴۱۵ | ۰/۱۱۴   | ۰/۰۰۱             |
|                      |     | بهوشیاری                           | ۰/۱۲۸          | ۰/۱۸۸ | ۲/۴۲    | ۰/۰۰۱             |
|                      |     | مشاهده                             | ۰/۳۵۲          | ۰/۲۸۷ | ۰/۱۶۵   | ۰/۰۰۱             |
|                      |     | توصیف                              | ۰/۱۶۸          | ۰/۳۶۹ | ۷/۷۹    | ۰/۰۰۱             |
|                      |     | عمل توأم با هوشیاری<br>قضاوت‌نکردن | ۰/۱۱۲          | ۰/۳۱۷ | ۴/۹۶    | ۰/۰۰۱             |
|                      |     | واکنش نداشتن                       | ۰/۲۸۱          | ۰/۴۸۵ | ۷/۴۸    | ۰/۰۰۱             |

روتچیلدز و همکاران [۳۶]، با مطالعه حاضر هم‌راستا بود. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد، تمایز یافتگی فرایندی است که در آن فرد در سطح درون روانی توانایی کنترل عواطف و احساسات و توانایی تمایز آن‌ها را به دست می‌آورد. براساس مطالعات تیم و کی لی [۳۷]، پایه فرایند خود متمایزسازی کنترل اضطراب است و افراد تمایل دارند تا خودمختاری بیشتری را در رفتارهای خود داشته باشند. افرادی که تمایز یافتگی خود در آن‌ها بالاتر است از اهداف زندگی، افکار و عقاید خود به خوبی آگاهند و تعریف روشن و واضحی از آن‌ها دارند؛ در مواجهه با موقعیت‌ها غیرارادی رفتار نمی‌کنند؛ بلکه کنترل موقعیت‌ها را به دست می‌گیرند و باتوجه به عقل و منطق خویش تصمیم می‌گیرند و رفتار می‌کنند. از دیگر سو یکی از دلایل وجود رفتارهای آشفته خوردن وجود اضطراب و کنترل نکردن هیجانات منفی در فرد است که منجر به آشفتگی و نخوردن صحیح غذا و کم و زیاد کردن وعده‌های غذایی می‌شود؛ بنابراین افرادی که تمایز یافتگی بالاتری دارند می‌توانند رفتار خوردن منظم‌تری را تجربه نمایند [۳۷].

در مطالعه حاضر، همچنین رفتارهای خوردن آشفته با زیر مجموعه‌های واکنش‌پذیری عاطفی، گریز عاطفی، جایگاه من و هم‌آمیختگی با دیگران نیز ارتباط معکوس معنی داری داشت. پلگو و همکاران [۳۸] نشان دادند، رابطه

ملاحظه آخرین سطر از جدول ۵، نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین، تمایز یافتگی خود با بتای ۰/۱۹۱ در سطح معنی داری ( $P < 0/01$ ) و بهوشیاری با بتای ۰/۱۸۸ در سطح معنی داری ( $P < 0/01$ ) نقش مؤثری در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته دارند.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در جهت دستیابی به هدف کلی، بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده بهوشیاری و تمایز یافتگی خود بر رفتارهای آشفته خوردن نوجوانان مبتلا به دیابت انجام گرفت. براین اساس یافته‌های حاصل از فرضیه نخست نتایج نشان داد، بین تمایز یافتگی خود با رفتارهای آشفته خوردن رابطه منفی و معنادار وجود دارد. و هرچه میزان تمایز یافتگی خود در نوجوانان بیشتر باشد رفتارهای آشفته خوردن کمتر مشاهده می‌شود. نتایج حاضر با بخشی از نتایج پژوهش‌های، سوری و همکاران [۳۲]، مامی و رشیدی و همکاران [۳۳] و اسکیان و همکاران [۳۴] همسو و هم جهت است. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر دوبا و همکاران در مطالعه‌ای با هدف تمایز خود و اختلالات خوردن در اوایل و اواسط نوجوانی نشان دادند، هر چه میزان تمایز یافتگی از خود بالاتر باشد، خطر ابتلا به رفتارهای آشفته خوردن کاهش می‌یابد [۳۵] و همچنین یافته‌های

اختلال روانی و فیزیولوژیکی و بی‌تعادلی در قندخون و شدت یافتن نشانه‌های بیماری در آن‌ها می‌شود. برای کاهش این نوع از اختلال، بهوشیاری یکی از مؤثرترین روش‌ها است. همچنین می‌توان به اثر بهوشیاری در افزایش خودتنظیمی اشاره کرد که منجر به ایجاد پاسخ تأمل‌گرایانه‌تر و حساب شده تر فرد به محیط می‌شود [۴۳]. به عبارتی دیگر افزایش خودتنظیمی که حاصل افزایش آگاهی از نشانه‌های حسی و هیجانی است [۴۲] باعث کاهش پاسخ‌های تکانشی به غذاهای ناسالم می‌شود و این امر احساس کنترل فرد در برابر غذا را بالا می‌برد [۴۳].

در واقع عمل همراه با آگاهی و واکنش‌نداشتن به تجربیات درونی که از مؤلفه‌های بهوشیاری هستند کنترل رفتاری در بافت ناراحتی هیجانی را افزایش داده و از این طریق خطر رفتارهای خوردن بیمارگون را کاهش می‌دهند. علاوه بر این، واکنش‌نداشتن سریع، توجه آگاهانه، با توجه کردن به تجربیات درونی بدون چسبیدن به آن‌ها، با عمل خودکار در واکنش به آن‌ها مشخص می‌شود، که می‌تواند احتمال ارتکاب به رفتارهای ناسازگارانه خوردن را کاهش دهد [۴].

### نتیجه‌گیری

در مدیریت دیابت هرچند تغییر سبک زندگی و مصرف منظم داروها جز ارکان اصلی درمان تلقی می‌شوند، ولی تأثیر عوامل روان‌شناختی و شیوه‌های درمانی روان‌شناختی را نباید نادیده گرفت. در واقع افرادی که از سطح هوشیاری بالاتری نسبت به عواطف و احساسات خود برخوردار هستند و با کنترل لحظه به لحظه بر افکار، از حالات جسمی خود آگاهی بیشتری دارند، با تنظیم هیجان می‌توانند مانع از رفتارهای آشفته خوردن شوند. همچنین نتایج پژوهش حاضر تأیید نمود که برای پیش‌بینی و کاهش عوارض روان‌شناختی اختلال، تمایز یافتگی خود و بهوشیاری جزو مؤلفه‌های اثرگذار می‌باشند. از طریق افزایش تمایز یافتگی خود و بهوشیاری و مؤلفه‌های آن می‌توان تفکرات این بیماران را مثبت کرد تا تمایل بیشتری نسبت به صحیح خوردن غذای خود داشته باشند.

### محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه نیز محدودیت‌هایی داشت. نتایج این

بین واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه خود و گریز عاطفی با خطر اختلالات خوردن رابطه منفی و معنی‌داری با هم دارند. به نظر می‌رسد، یافته‌های کنونی تا حدی از این فرضیه حمایت می‌کنند که جوانان مبتلا به اختلالات خوردن تمایز یافتگی ضعیفی دارند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، سطوح بالای واکنش عاطفی و تمایل به اجتناب از ارتباط عاطفی در روابط بین فردی ممکن است منجر به افزایش پریشانی روانی و نقص در بیان کلامی و شناسایی حالات عاطفی شود که به نوبه خود ممکن است به ظهور علائم اختلالات خوردن منجر شود. این فرضیه با مدل شناختی - بین فردی ارائه شده توسط اشمیت مطابقت دارد، نشان می‌دهد افراد مبتلا به اختلالات خوردن تمایل به اجتناب از روابط نزدیک دارند و در شناخت عواطف و احساسات خود و تمایز بین عواطف دچار ضعف هستند [۳۹].

یافته‌های حاصل از فرضیه دوم نشان داد، بین دو مؤلفه بهوشیاری نوجوانان با رفتارهای آشفته خوردن رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بدین معنا که هر چه میزان بهوشیاری نوجوانان بیشتر باشد، میزان رفتارهای آشفته خوردن کمتر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های، قادری جاوید و همکاران [۴۰]، خدابخش و کیانی [۲۷-۴۱] و کنگ [۱۵] و ویتبردز [۱۱] همسو و هم‌جهت است که نشان می‌دهد هر یک از مکانیزم‌های روان‌شناختی و نوروبیولوژیکی بهوشیاری نقش مهمی در فرایندهای هیجانی و کنترل رفتارهای آشفته خوردن برعهده دارند؛ بنابراین افزایش بهوشیاری می‌تواند به عنوان یک مؤلفه مؤثر در کاهش رفتارهای آشفته خوردن که منجر به افزایش قند خون می‌شود، ایفای نقش نماید

حضور سازه بهوشیاری در مدل رگرسیون نشانه‌های اختلال خوردن از این دیدگاه حمایت می‌کند که بهوشیاری بطور مستقل توان پیش‌بینی این اختلال‌ها را دارد [۴۲]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که بیماران دیابتی با اختلال‌های بسیاری مواجه هستند که یکی از این اختلال‌ها رفتارهای خوردن آشفته است. این اختلال موجب بی‌تمرکز در صحیح خوردن غذا می‌شود. به این معنا که این بیماران نمی‌توانند با آرامش خاطر و تفکری مثبت نسبت به غذای خود آن را مصرف نمایند و همین درست نخوردن یا آشفستگی در خوردن غذا موجب

- 2- Jones L, Crabb S, Turnbull D, Oxlad M. Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: A qualitative study with diabetic patients and health professionals. *J Health Psychol.* 2014; 19 (3): 441-53.  
<https://doi.org/10.1177/1359105312473786>
- 3- Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Symptoms, Coping Styles, and Quality of Life in Patients with Type-2 Diabetes. *j.health.* 2016; 7 (2): 236-253. mohamadkian-A-10-608-31-c98211a.pdf [In Persian]
- 4- Coelho GM, Soares A, Ribeiro BG. Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? *Appetite.* 2010; 55(9): 379-387. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.08.003>
- 5- Leung SF, LC Ma J, Russell J. Enhancing quality of life in people with disordered eating using an online self-help programme. *Journal of Eating Disorder.* 2013; 1(9): 1-11.  
<https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-9>
- 6- Chithambo TP, and Stanley J. Huey Jr. Internet-delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions. *International Journal of Eating Disorders.* 2017; 50(9): 995-1118.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22762>
- 7- Ward RM, Hay MC. Depression, coping, hassles, and body dissatisfaction: Factors associated with disordered eating. *eating behaviors journal.* 2015; 17: 14-18.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.002>
- 8- Sepanlou S, Dokanei Fard F, Jahangir P. Predicting Eating Disorder Behaviors Based on Perfectionism, and Adaptive and Maladaptive Emotion Regulation Strategies. *MEJDS.* 2020; 10: 237-237. پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته بر اساس کمال‌گرایی، راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان [In Persian]
- 9- Galmiche M, Pierre D, Grégory L, Marie Pierre T. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review, *The American Journal of Clinical Nutrition.* 2019; 109(5): May 2019; 1402-1413.  
<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

پژوهش در میان نوجوانان زاهدانی مبتلا به دیابت به دست آمده است؛ لذا تعمیم آن به دیگر مناطق باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین جهت جمع‌آوری داده‌ها تنها از پرسش‌نامه جهت سنجش رفتارهای خوردن آشفته، تمایز یافتگی خود و بهوشیاری استفاده شد و امکان استفاده از مصاحبه وجود نداشت و این امر می‌تواند دقت پاسخ دهندگان را تحت تأثیر قرار دهد.

### پیشنهاد های پژوهش

- در راستای نتایج و محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان پیشنهاد نمود که:
- از آنجاکه نوجوانان دیابتی از اختلالات روان‌شناختی رنج می‌برند، پیشنهاد می‌گردد؛ علاوه بر متغیرهای مورد استفاده در پژوهش حاضر سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی از قبیل تنظیم شناختی هیجان و ویژگی‌های شخصیت و عزت نفس در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گیرد.
  - پیشنهاد می‌گردد، کارگاه‌های آموزش بهوشیاری با هدف خودشناسی بیشتر برای نوجوانان مبتلا به دیابت برگزار گردد تا بتوانند رفتارهای آشفته خوردن را کنترل نمایند.

### سپاسگزاری

از تمامی شرکت کنندگانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم

### ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل: اخذ رضایت آگاهانه و بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها و رازداری رعایت شد. این تحقیق دارای کد اخلاق از دانشگاه سیستان و بلوچستان است. IR.U.S.B.REC.1400.123

### تعارض منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### منابع

- 1- Barnard KD, Lloyd CE, Holt RIG. Psychological Burden of Diabetes and What It Means to People with Diabetes, *Psychology and Diabetes Care.* 2012; 1-22. Psychological Burden of Diabetes and What It Means to People with Diabetes | SpringerLink

- 18-Keshvari F , Karbalaee Mohammad Meigouni A, Rezabakhsh H, Pashang S. Predicting Adolescent Girls' Anxiety by Early Maladaptive Schemas of their Mothers with the Mediation of their Self-Differentiation and Early Maladaptive Schemas. *Journal of Applied Psychological Research*. 2021; 11(4): 93-112.  
<https://doi.org/10.22059/japr.2021.305503.643564> [In Persian]
- 19-Yoo ya Y. The relationship among the family functioning, self differentaton and junior high school student's irrational belief; 2007.
- 20-Murdock, NL. Gore, PA. Stress, coping, and differentiation of self: A test of Bowen theory. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*. 2004; 3: 319- 337. Stress, Coping, and Differentiation of Self: A Test of Bowen Theory | *Contemporary Family Therapy*
- 21-Gladding Sa Family therapy (history, theory and application). Translated by Bahari, Farshad; Bahrami, Badri Al Sadat, Saif, Sosan; Tabrizi, Mustafa. Tazkieh Publications. fourth edition; 2004. 1992. [In Persian]
- 22-Goldenberg, Irone; and Goldenberg, Herbert (2008). Family Therapy. Translated by Hamidreza Barvat Shahi; Siamak Naqshbandi; And great inspiration. Tehran: Rovn Publications. (Original language publication date. 2000; 2008. [In Persian]
- 23-Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine 18th ed. United States: Mc Grow Hill; 2016.
- 24-White G. Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Disease Medical. Tehran: Arjmand; 2018.
- 25-Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1982; 9(2): 273-279.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- 26-Khodabakhsh M, Kiani F. The Role of Depressive Symptoms and Alexithymia in Predicting Disordered Eating Behavior Among Female Students. *Community Health Journal*. 2017; 8(3): 27-36. The role of anxiety and alexithymia in predicting disordered eating behaviors among students: implication for health promotion [In Persian]
- 10-Bortolla R, Galli M, Spada G, Maffei C. Mindfulness Effects on Mind Wandering and Autonomic Balance. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 2021.  
<https://doi.org/10.1007/s10484-021-09527-x>.
- 11-Whitebird RR, Kreitzer MJ, Vazquez-Benitez G, Enstad CJ. Reducing diabetes distress and improving self-management with mindfulness. *Social work in health care*. (2018); 57(1): 48-65.  
<https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1388898>
- 12-Alizadeh A, Haji Yousefi E, Furorshi M, Zoghi M. Prediction of depression symptoms based on cognitive flexibility, rumination and mindfulness in students. *Journal of Psychology and Cognitive Medicine*. 2014; 2(1): 15-29. predict symptoms of depression based on cognitive flexibility, rumination and mindfulness in students [In Persian]
- 13-Willard Ch. Mindfulness Growth and Development: Simple Exercises for Children, Teens, and Families to Find Balance, Relaxation, and Elevation. Translation: Nasrin Zamanizadliqvan. first edition, Salehian Publishing House. Tehran; 2017. [In Persian]
- 14-Hurk, P, Giommi F, Gielen S, Speckens A, Barendregt H (Hendrik). Greater efficiency in attentional processing related to mindfulness meditation. *Quarterly journal of experimental psychology*. 2010; 63: 1168-80.  
<https://doi.org/10.1080/17470210903249365>
- 15-Keng SL, Ang Q. Effects of mindfulness on negative affect, body dissatisfaction, and disordered eating urges. *Mindfulness*. 2019 Sep; 10: 1779-91. Effects of Mindfulness on Negative Affect, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating Urges | *Mindfulness*
- 16-Mohammadi M, Alibakhshi Z, Sedighi M. The effect of Self-differentiation Training Based on Bowen Theory on Women's Self-differentiation and Marital Satisfaction. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019; 7(4): 1914-1921.  
<https://doi.org/10.22038/jmrh.2019.36432.1398>
- 17-Mirzaei M, Zarei E, Sadeghifard M. The role of self Differentiation and economic factors by mediated family conflicts in preventing from mental and social harms. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2019; 10(37): 143-170.  
<https://doi.org/10.22054/qccpc.2019.36222.1984> [In Persian]



- 34-Eskian P, Sanai Zakir B, Navanejad Sh. Investigating the effect of psychodrama on increasing the differentiation of the individual from the original family in female high school students of district 5 of Tehran. *Counseling Research* (News and Counseling Research). 2009; 7(25): 27-42.  
<https://doi.org/10.1017/s1049023x22001170>  
**[In Persian]**
- 35-Doba K, Berna G, Constant E, Nandrino JL. Self-differentiation and eating disorders in early and middle adolescence: A cross-sectional path analysis. *Eating behaviors*. 2018 Apr 1; 29: 75-82. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.03.003>
- 36-Rothschild-Yakar L, Bashan-Levi Y, Gur E, Vorgaft I, Stein D. Dependent and autonomous interpersonal styles and level of differentiation among male patients with eating disorders. *Psychoanalytic Psychology*. 2016 Apr; 33(2): 243. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pap0000026>
- 37-Tim MT, Keylley, M.L. self differentiation levels predict their adult children and other tests of Bowen therapy in Philippne sample. *Journal of counseling psychology*. 2019; 44: 27-35.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.47.1.27>
- 38-Peleg O, Boniel-Nissim M, Tzischinsky O. Adolescents at risk of eating disorders: The mediating role of emotional distress in the relationship between differentiation of self and eating disorders. *Frontiers in Psychology*. 2023 Jan 11; 13: 1015405.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1015405>
- 39-Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British journal of clinical psychology*. 2006 Sep; 45(3): 343-66.  
<https://doi.org/10.1348/014466505x53902>
- 40-ghaderijavid S, Gholamrezaie S, Rezaie F. EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY ON REDUCTION OF PERCEIVED STRESS AND EATING DISORDER IN STUDENTS WITH EATING DISORDER SYMPTOMS. *Studies in Medical Sciences*. 2016; 27 (9): 801-810.  
EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY ON REDUCTION OF PERCEIVED STRESS AND EATING DISORDER IN STUDENTS WITH EATING DISORDER SYMPTOMS - *Studies in Medical Sciences* - مجله مطالعات علوم پزشکی **[In Persian]**
- 27-Skowron EA, Friedlander ML. The differentiation of self inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling & Psychology*; 1998; 45(3): 235-246.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.45.3.235>
- 28-Skian s. Investigating the effect of psychodrama (psycho-drama) on increasing the individual's differentiation from the original family in female high school students in the 5th district of Tehran. [Master's thesis in Counseling Psychology]. Tarbiat Moalem University. Tehran; 2002.  
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101661>  
**[In Persian]**
- 29-Yonsi F. Normization of self-differentiation test among people aged 25-50. [Master's thesis]. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Allameh Tabataba'i University. Tehran; 2003.  
**[In Persian]**
- 30-Skowron EA, Schmitt TA. Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of marital and family therapy*. 2003; 29(2): 209-22.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01201.x>
- 31-Baer, R.A, Mindfulness-Based Treatment Approaches: clinicians Guide to Evidence Base and Application. USA: Academic Press is an imprint of Elsevier; 2006.
- 32-Souri G, Kariminejad K, Ghanbari V, Karimian Sa. the role of self-differentiation and spiritual intelligence in predicting emotional divorce. the first international conference on modern researches in the field of educational sciences. *psychology and social studies of Iran, Qom*; 2015.  
<https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1945721>  
**[In Persian]**
- 33-Rashidi AR, Sharifi K, Naqshina Tayyaba. The relationship between family communication patterns and self-differentiation with the quality of life of women seeking divorce in Kermanshah. *Pathology. counseling and family enrichment*. 2015; 2(1): 78-66. **[In Persian]**

- 43-Katterman SN, Kleinman BN, Hood MM, Nackers LM, and Corsica, JA, Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*. 2014;15: 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- 44-Lavender JM, Gratz KL, Tull MT. Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *CBT* 2011; 40: 174-82. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.555485>
- 41-Khodabakhsh MR, Kiani F. The relationship between components of negative affect and disordered eating behavior among students: the importance of emotion regulation with religious perspective. *JRRH* [Internet]; 2015, Oct.3. fkarimi,+Journal+manager,+سایت (2).pdf
- [In Persian]**
- 42-Lavender JM, Jardin BF, & Anderson DA. Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eat Behave* 2009; 10: 228-31. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.07.002>

# نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در رابطه بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و ویژگی‌های شخصیتی با پرخاشگری

نویسندگان

شیرا محسنی<sup>۱</sup>، مجید برزگر<sup>۲\*</sup>، آذرمیدخت رضایی<sup>۳</sup>، حسین بقولی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران. sh.mohseni9898@gmail.com

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

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

rezaie.azar@yahoo.com

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

bhossein@gmail.com

چکیده

**مقدمه:** پرخاشگری پدیده ناهنجاری است که در دوره نوجوانی از شیوع قابل توجهی برخوردار است و عوامل زیادی در بروز این پدیده نقش دارند. هدف این پژوهش، بررسی نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در رابطه بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و ویژگی‌های شخصیتی با پرخاشگری بود.

**روش:** طرح پژوهش از نوع همبستگی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر یاسوج در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ تشکیل دادند که تعداد ۳۴۰ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چهار پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (SQ-SF)، پنج عامل شخصیت (NEO)، راهبردهای تنظیم هیجان (CERQ) و پرخاشگری (AQ) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های همبستگی پیرسون و مدل‌یابی ارزیابی معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS و AMOS صورت گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد، از بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، مسئولیت‌پذیری، توافق‌پذیری، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری اثر منفی و معناداری بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان و برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری اثر مثبت و معنادار بر راهبردهای سازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان دارند. همچنین طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی و بازداری هیجانی تأثیر مثبت و معنادار بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان و طرح‌واره‌های رهاشدگی، نقص و شرم و استحقاق نیز تأثیر منفی بر راهبردهای سازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان داشتند. علاوه بر آن، ویژگی شخصیتی توافق‌پذیری اثر منفی و مستقیم و طرح‌واره‌های رهاشدگی، انزوای اجتماعی، شکست، بازداری هیجانی و استحقاق تأثیر مثبت و مستقیم بر پرخاشگری داشتند. در نهایت از بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، مسئولیت‌پذیری، توافق‌پذیری، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری و از بین ابعاد طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه، محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، شرم و نقص، بازداری هیجانی و استحقاق توانستند از طریق راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان بر پرخاشگری تأثیر غیرمستقیم بگذارند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** در مجموع می‌توان نتیجه گرفت، تعامل چندگانه متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، طرح‌واره‌هایی ناکارآمد اولیه و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش‌بینی پرخاشگری نوجوانان نقش دارند و یافته‌های حاصل از تحقیق می‌تواند در کاهش مشکلات ناشی از پرخاشگری و بدتنظیمی هیجانی برای مشاوران و روان‌شناسان مدارس یاری‌کننده باشد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۱/۲۲

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۵/۱۰



کلیدواژه‌ها

ویژگی‌های شخصیت، طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه، راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان، پرخاشگری.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

m.barzegar55@gmail.com

## مقدمه

بودن<sup>۴</sup>، توافق‌پذیری و وجدانی بودن می‌داند [۶]. شخصیت از طریق تأثیر در نوع واکنش به تنش، تأثیر بر میزان رویارویی با آن یا تأثیر در هر دو زمینه، بر فرایندهای مرتبط با تنش اثرگذار است [۷]. مطابق نتایج یک مطالعه، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی و برون‌گرایی با تمام شکل‌های پرخاشگری رابطه منفی دارند [۸]. پژوهش‌های بسیاری نیز نشان دادند که بین پرخاشگری و ویژگی‌های شخصیت ارتباط معنی‌داری وجود دارد و بیشتر این مطالعات بر روی نوجوانان متمرکز بوده است [۲، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳].

یکی دیگر از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده‌کننده‌ی پرخاشگری، طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه است. نقش محوری طرح‌واره‌های شناختی در حفظ و ثبات رفتار پرخاشگرانه بسیار حائز اهمیت است. طرح‌واره‌ها، انتزاع یا الگویی از عناصر متمایز یک موضوع یا رویداد هستند که بر نحوه سازماندهی و ادراک اطلاعات دریافتی تأثیر می‌گذارند. طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه مربوط به باورهای منفی در مورد خود و روابط خود با دیگران است و زمانی ایجاد می‌شوند که نیازهای عاطفی اساسی کودک یا نوجوان به دلیل سوء استفاده‌های آشکار (مانند سوء استفاده احساسی)، فقدان مراقبت و پرورش کافی (به عنوان مثال احساس بی‌توجهی) یا رفتارهای ظریف‌تر والدینی (مانند والدین بیش از حد مضطرب) برآورده نمی‌شود [۱۴]. در مدل یانگ<sup>۵</sup> هجده طرح‌واره در قالب پنج حوزه بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری وجود دارد که احتمال دارد با رفتار پرخاشگرانه مرتبط باشند؛ برای مثال، ممکن است از پرخاشگری جهت کنار آمدن با طرح‌واره‌های ناکارآمد استفاده شود [۱۵]. هنگام مواجهه فرد با یک موقعیت برانگیزاننده، طرح‌واره‌های ناکارآمد وی فعال و باعث برانگیختن هیجانات در فرد و پیوند این موقعیت به تجارب اولیه می‌گردد، بنابراین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با ایجاد تحریف در فرآیندهای روان‌شناختی افراد، می‌توانند زمینه ساز انواع مشکلات در افراد باشند [۱۶]. نتایج یک پژوهش نشان داد که برخی طرح‌واره‌ها مانند طرح‌واره‌های حوزه طرد و رها کردن با رفتارهای مخالف و پرخاشگرانه

نوجوانی<sup>۱</sup> دوره‌ای است که با تغییرات فیزیکی، رفتاری و هیجانی همراه است [۱]. این دوره با تغییرات هورمونی و محیطی باعث افزایش احتمال به پرخاشگری می‌شود [۲]؛ پرخاشگری حالت ذهنی منفی با انحرافات شناختی و رفتاری به منظور آسیب‌رساندن عمدی به صورت فیزیکی و یا کلامی به دیگران است [۲]. تحقیقات دهه‌های اخیر بیانگر این است که نوجوانی با افزایش قابل توجهی از رفتارهای ضد اجتماعی و پرخاشگری همراه است و بیشترین مشارکت در جرایم مربوط به نوجوانان و به طور معمول بین سنین ۱۶ تا ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتد [۳]. در سالیان گذشته، میزان رفتارهای پرخاشگرانه در میان جوامع افزایش پیدا کرده است و علاوه بر آن، پرخاشگری سنین نوجوانی پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ضد اجتماعی در بزرگسالی است [۴]. به علت افزایش پرخاشگری در دوره نوجوانی و مراجعه مکرر این قشر به مراکز درمانی، بررسی علل و کنترل آن مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است [۲]. آنچه مطالعه رفتارهای پرخاشگرانه را ضروری می‌سازد، گستره وسیع این نوع رفتارها در جوامع در حال پیشرفت کنونی و تداوم آنها از سنین کودکی تا بزرگسالی است. پرخاشگری می‌تواند بر تمامی جنبه‌های زندگی نوجوانان سایه افکند و یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی به شمار می‌آید، لذا هرگونه راهبرد اصلاحی یا پیشگیرانه در خصوص رفتارهای خشونت‌آمیز باید با توجه به پیچیدگی‌های این نوع رفتارها طراحی شوند.

طبق مدل پرخاشگری عمومی، تعامل عوامل فردی و موقعیتی، باعث بروز رفتار پرخاشگرانه می‌گردد [۵]. بر اساس این مدل، تفسیرهای شناختی فرد از موقعیت‌ها نیز بر وضعیت درونی شخص، مؤثراند. ویژگی‌های شخصیتی، از جمله عوامل فردی مؤثر در تبیین و پیش‌بینی پرخاشگری است. ویژگی‌های شخصیتی الگوهای باثباتی هستند که به صورت تفاوت‌های فردی در فرایندهای روانی ایفای نقش می‌کنند. در رابطه با ویژگی‌های شخصیتی، الگوی عاملی بیشتر مورد توجه است. مدل پنج عاملی (FFM)، شخصیت را شامل پنج حوزه روان رنجورخوی<sup>۲</sup>، برون‌گرایی<sup>۳</sup>، باز

1. Adolescence.
2. Neuroticism.
3. Extraversion.

4. Openness.
5. Young.

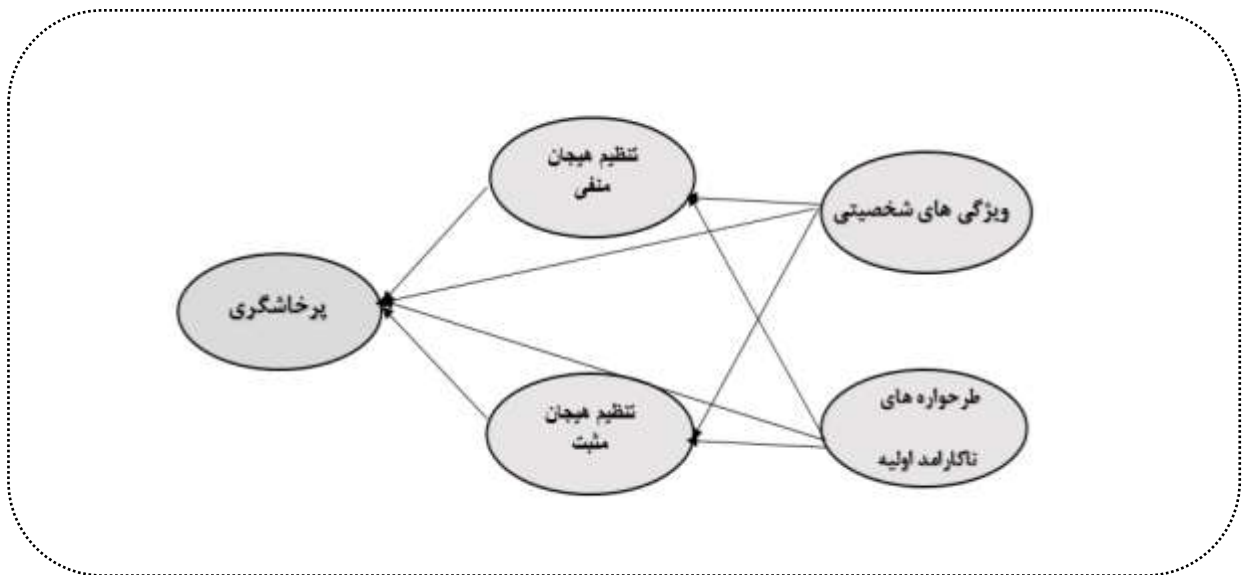
و راهبردهای ناسازگارانه، همبستگی معنی‌داری وجود دارد [۲۹، ۳۰]. نتایج پژوهشی دیگر نیز تأثیر معنادار طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان را نشان داد [۳۱]. نتایج تعدادی از پژوهش‌ها نیز نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و سایر رفتارهای تکانشی و منفی را تأیید نمودند [۲۰، ۳۲، ۳۳]. از سوی دیگر، در تحقیقی نقش میانجی‌گر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با سایر متغیرهای رفتاری تأیید شد [۳۴]. تحقیقاتی دیگر نیز نشان دادند که بین ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای تنظیم هیجان رابطه معناداری وجود دارد و ویژگی‌های شخصیت بر راهبردهای تنظیم هیجان اثر معناداری دارد [۳۵، ۳۸]. بنابراین، راهبردهای تنظیم هیجان از جمله متغیرهایی است که می‌تواند در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با پرخاشگری، نقش میانجی را ایفا کند.

باتوجه به ارتباط برخی ویژگی‌های شخصیتی و طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه با مشکلات تنظیم هیجانی و همچنین ارتباط این راهبردها با پرخاشگری، بررسی نحوه ارتباط بین این عوامل شناختی و موقعیتی و هیجانی ضروری است و بر اساس آنچه بیان شد، می‌توان انتظار داشت که متغیرهای فوق با تأثیرگذاری بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، پرخاشگری را پیش‌بینی نمایند. از آنجایی که رفتارهای پرخاشگرانه در نوجوانان باعث عوارض جسمی، روانی و اجتماعی می‌شود و این گروه، نیروی انسانی و سازندگان فردای کشور هستند، سلامت روانی آنها اهمیت زیادی دارد و هرگونه ناآشنایی با این مسائل باعث اثرات زیان‌باری در جامعه می‌شود؛ بنابراین شناسایی عوامل تأثیرگذار بر پرخاشگری و کنترل آن می‌تواند بروز آن را به حداقل برساند. بدین منظور، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجان در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه با پرخاشگری نوجوانان انجام گرفت. از این رو، می‌توان مدل مفهومی را برای مسیر مورد نظر مانند شکل ۱ ترسیم نمود:

### روش تحقیق

پژوهش حاضر، از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش، جزء مطالعات توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر تحلیل

نوجوانان مرتبط هستند [۱۷]. در پژوهش دیگری نیز از بین طرح‌واره‌ها، طرح‌واره خودگردانی و عملکرد مختل بیشترین همبستگی را با پرخاشگری داشتند [۱۸]. علاوه بر آن، در پژوهش‌های بسیاری بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و پرخاشگری رابطه معناداری مشاهده شد [۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲]. در سال‌های اخیر، پژوهشگران مدل‌های میانجی‌گری را که ترکیبی از ویژگی‌های فردی مانند تنظیم هیجان و عوامل بین‌فردی است، در تفسیر رفتار پرخاشگرانه نوجوانان پیشنهاد کرده‌اند [۲۳]. مطالعات اخیر نیز ارتباط ثابت و یکپوختی بین اختلالات حوزه تنظیم هیجان و مؤلفه‌های مختلف پرخاشگری (مانند خشم) و اشکال آن (مانند واکنشی و فعال) گزارش کرده‌اند [۲۴]. تنظیم هیجان به ظرفیت شناخت، کنترل، ارزیابی و مدیریت حالت‌ها و واکنش‌های هیجانی به شیوه مناسب و سازگارانه اشاره دارد [۲۵]. راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان، از متداول‌ترین راهبردهای شناختی هستند و می‌توان آنها را به دو طبقه سازگارانه (مثبت) و ناسازگارانه (منفی) تقسیم کرد. این راهبردها، به طور متفاوتی با آسیب‌های روانی مرتبط‌اند [۲۶]. تنظیم هیجانی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان می‌توانند تأثیر ویژگی‌های شخصیتی و طرح‌واره‌ها را بر پرخاشگری تحت تأثیر قرار دهند. ویژگی‌های شخصیتی و طرح‌واره‌ها به دلیل تأثیر بر ابعاد هیجانی افراد، با دست‌کاری تنظیم هیجان، می‌توانند امکان بروز پرخاشگری را کاهش و یا افزایش دهند. بدین معنا که طرح‌واره‌های ناکارآمد با ایجاد تحریف و سوء تعبیر از وقایع و رویدادها، منجر به نبود راهبردهای صحیح تنظیم هیجان در افراد و کاهش استفاده از راهبردهای مناسب و به دنبال آن آسیب‌های روان‌شناختی نظیر پرخاشگری می‌گردد. از طرفی، نقش ویژگی‌های شخصیتی نیز در عملکرد هیجانی و عاطفی و جسمانی قابل توجه است [۲۷]. ویژگی‌های شخصیتی باعث به‌کارگیری برخی راهبردها نسبت به راهبردهای دیگر می‌شوند و قادرند بر انتخاب راهبردهای تنظیم هیجانی و در نتیجه آمادگی‌های آسیب‌های شناختی مانند پرخاشگری اثرگذار باشند. وجود برخی صفات شخصیتی در افراد و به دنبال آن استفاده از راهبردهای سازگارانه نیز، به نوبه خود باعث اجتناب از رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه و اقدامات بهتر خواهد شد [۲۸]. تحقیقات نیز نشان داده‌اند، بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

مورد نیاز استخراج شد و با استفاده از روش‌های همبستگی، مدل‌سازی معادلات ساختاری و تحلیل مسیر روابط علی متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. به طوری که ویژگی‌های شخصیت و ۱۵ طرح‌واره ناکارآمد اولیه متغیر پیش‌بین، راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان (مثبت و منفی) متغیر میانجی و پرخاشگری متغیر ملاک است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS بهره گرفته شد.

#### ابزار سنجش

۱. نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره Z یانگ (YSQ-SF):

این پرسش‌نامه خود گزارشی توسط یانگ و همکاران (۱۹۹۴م) به منظور اندازه‌گیری ۱۵ طرح‌واره غیر انطباقی اولیه تهیه شد و دارای ۷۵ گویه است؛ به طوری که هر گویه با یک مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۶) نمره‌گذاری می‌شود. این ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه در ۵ حوزه بریدگی و طرد (مشمتمل بر طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی و شرم)، خودمختاری و عملکرد مختل (مشمتمل بر طرح‌واره‌های وابستگی، شکست، آسیب‌پذیری و خویش‌نمایی تحول نیافته)، محدودیت‌های مختل (مشمتمل بر طرح‌واره‌های استحقاق و خویش‌نمندی)، دیگر جهت‌مندی (مشمتمل بر طرح‌واره‌های اطاعت و از خود گذشتگی)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (مشمتمل بر طرح‌واره‌های

روابط ساختاری (مدل‌سازی معادلات ساختاری) است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر متوسطه دوم شهر یاسوج در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ است. برای محاسبه حجم نمونه به ادبیات پژوهشی مرتبط با روش آماری مدل‌سازی معادلات ساختاری مراجعه شد. مطابق یک دیدگاه آماری، حجم نمونه برای مدل‌هایی با ۱۰ تا ۱۵ نشانگر، اغلب بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ مورد مطلوب است. از سوی دیگر، پیشنهاد شده است که به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده یا نشانگر حداقل ۱۵ مورد کفایت می‌کند [۳۶]. از این رو، در این پژوهش، با توجه به نوع تحلیل و تعداد سازه‌های مدل، حجم نمونه ۳۱۸ نفر مطلوب است؛ اما به منظور افزایش توان آزمون و پوشش ریزش احتمالی نمونه، حجم نمونه ۳۴۰ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش ابتلا نداشتن به اختلالات روانی، دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال، رضایت آگاهانه و معیار خروج نیز بی‌تمایلی به شرکت در آزمون بود. به منظور ملاحظات اخلاقی، به آزمودنی‌ها نیز اطلاعاتی مبنی بر اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات و همچنین امکان انصراف آنها از پژوهش داده شد. در اجرای پرسش‌نامه نیز محدودیت زمانی وجود نداشت و پاسخ‌دهندگان موظف بودند بعد از تکمیل پرسش‌نامه آن را تحویل دهند. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌های خام

گردید که برای پنج عامل روان آزوده‌گرایی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، وظیفه‌شناسی و توافق‌پذیری به ترتیب ضرایب ۰/۶۶، ۰/۶۹، ۰/۴۷، ۰/۵۶ و ۰/۷۲ به دست آمد. به علاوه، نتایج تحلیل عاملی تأییدی، ساختار ۵ عاملی این پرسش‌نامه را تأیید نمود.

### ۳. پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان

(CERQ): این مقیاس به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی تطابقی بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده و تنش‌زای زندگی توسط گارنفسکی<sup>۲</sup> و همکاران [۴۰] ابداع شد و شامل ۳۶ پرسش است که هر کدام بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسش‌نامه هر ۴ پرسش یک زیرمقیاس را تشکیل می‌دهد و در مجموع ۹ خرده‌مقیاس وجود دارد که هر خرده‌مقیاس، راهبردی از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند. این راهبردها به دو گروه راهبردهای مثبت تنظیم‌شناختی هیجان (ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و تمرکز بر برنامه) و راهبردهای منفی تنظیم‌شناختی هیجان (سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری و سرزنش دیگران) تقسیم می‌شوند. گارنفسکی و همکاران پایایی مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و با روش بازآزمایی در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ به دست آورده‌اند؛ روایی پرسش‌نامه نیز قابل قبول گزارش شده است [۴۰].

بشارت و همکاران، در تحقیق خود پایایی مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ برای ۹ زیر مقیاس این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند [۴۱]. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای خرده‌مقیاس‌های سرزنش خود، نشخوارگری، فاجعه‌سازی، سرزنش دیگران، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، به ترتیب ضرایب ۰/۷۳۳، ۰/۸۳۳، ۰/۷۱۴، ۰/۷۶۶، ۰/۷۲۸، ۰/۷۶۳، ۰/۷۱۵، ۰/۷۹۱ و ۰/۷۰۸ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی پژوهش نیز بیانگر آن بود که پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان از روایی سازه‌ای مطلوبی برخوردار است و ساختار ۲ عاملی یاد شده مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه) طبقه‌بندی، ارزیابی و عملیاتی می‌گردد. در نخستین مطالعه یانگ و همکاران (۱۹۹۴م)، ضریب آلفای کرونباخ برای هر طرحواره، بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ و ضریب بازآزمایی آن بین ۰/۵۳ تا ۰/۹۶ به دست آمد؛ همچنین آنها دریافتند که این پرسش‌نامه از روایی مطلوبی برخوردار است [۳۷]. در ایران نیز آهی و همکاران [۳۸]، همسانی درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت ایرانی مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند.

در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای ۱۵ عامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم، وابستگی، شکست، آسیب‌پذیری، خویشتن تحول نیافته، استحقاق، خویشتن‌داری، اطاعت، از خود گذشتگی، بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه به ترتیب ضرایب ۰/۷۹، ۰/۶۴، ۰/۶۸، ۰/۸۱، ۰/۶۳، ۰/۷۵، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۷۰، ۰/۶۵، ۰/۸۷، ۰/۷۶، ۰/۶۱، ۰/۶۵ و ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین، نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای ساختار ۱۵ عاملی این پرسش‌نامه نیز بسیار مطلوب بود.

### ۲. پرسش‌نامه فرم کوتاه نئو (NEO-FFI):

پرسش‌نامه شخصیتی نئو، یک ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری صفات شخصیتی است که توسط مکری و کاستا<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۲م ساخته شده است. پرسش‌نامه فرم کوتاه نئو، فرم ۶۰ پرسشی و نسخه کوتاه شده ۲۴۰ گزینه‌ای است و پنج عامل اصلی شخصیت که عبارتند از: روان آزوده‌گرایی (N)، برون‌گرایی (E)، باز بودن به تجربه (O)، وظیفه‌شناسی (C) و توافق‌پذیری (A) را می‌سنجد. روایی و پایایی پرسش‌نامه توسط مکری و کاستا با ضریب آلفای کرونباخ برای ۵ عامل در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ و بازآزمایی با فاصله دو هفته‌ای ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است [۳۹].

مطالعه روشن‌جلسی و همکاران [۳۹]، نیز در ایران، آلفای کرونباخ عوامل روان رنجورخویی و مسئولیت‌پذیری در تمام آزمودنی‌ها را سطح قابل قبول و بزرگ‌تر از ۰/۷۰ و سایر عوامل را بالاتر از ۰/۵۰ که مناسب سطح توصیه شده برای مقایسه‌های گروهی است، نشان داد. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده

2. Garnefski.

1. Casta & McCrae.

پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت، به ترتیب ضرایب ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۶۹ و ۰/۶۷ به دست آمد. همچنین، نتایج تحلیل عاملی تأییدی پژوهش بیانگر آن بود که پرسش‌نامه پرخاشگری از روایی سازه‌ای مطلوبی برخوردار است و ساختار ۴ عاملی یاد شده مورد تأیید قرار می‌گیرد.

#### یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر، شامل ۳۴۰ نفر است که از ۱۷۳ (۵۰/۷٪) دختر و ۱۶۸ (۴۹/۳٪) پسر تشکیل شده است. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها نشان داد، سطح پراکندگی همه متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین همه متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

۴. پرسش‌نامه پرخاشگری (AQ): این مقیاس توسط باس و پری [۴۲] ارائه گردید و شامل ۲۹ عبارت و چهار زیرمقیاس است: پرخاشگری بدنی (PA)، پرخاشگری کلامی (VA)، خشم (A) و خصومت (H) است که در یک طیف ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلاً شبیه من نیست) تا ۵ (کاملاً شبیه من است) قرار می‌گیرند. باس و پری [۴۲] جهت بررسی پایایی، ضریب همبستگی ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ درصد به ترتیب برای ابعاد پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت گزارش کرده‌اند. از آنجا که قبلاً روایی و اعتبار پرسش‌نامه در پژوهش نقدی و همکاران [۴۳] بر روی یک گروه نوجوان ۱۰۴ نفری در رده سنی ۱۴ تا ۱۷ سال، مورد بررسی و آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی ۰/۷۳، پرخاشگری کلامی ۰/۷۸، خشم ۰/۷۴ و خصومت ۰/۷۸ تأیید شده است، لذا اجرای این پرسش‌نامه در جامعه آماری این پژوهش نیز قابل قبول است. در پژوهش حاضر برای بررسی

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پیش‌بین    | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین |
|---------------------|---------|--------------|--------|---------|
| محرومیت هیجانی      | ۱۴/۲۴   | ۳/۱۳         | ۵      | ۳۰      |
| وابستگی             | ۱۱/۱۹   | ۳/۴۵         | ۵      | ۲۹      |
| اطاعت               | ۱۲/۳۹   | ۲/۸۹         | ۵      | ۳۰      |
| بازداری هیجانی      | ۱۵/۱۹   | ۳/۹۳         | ۵      | ۳۰      |
| استحقاق             | ۱۷/۲۲   | ۴/۹۵         | ۵      | ۳۰      |
| رهاشده‌گی           | ۱۶/۴۸   | ۳/۳۳         | ۵      | ۳۰      |
| بی‌اعتمادی          | ۱۴/۳۱   | ۳/۰۱         | ۵      | ۲۹      |
| انزوای اجتماعی      | ۱۴/۶۳   | ۳/۶۷         | ۵      | ۳۰      |
| شرم                 | ۱۷/۰۳   | ۴/۱۳         | ۶      | ۳۰      |
| شکست                | ۱۵/۲۶   | ۲/۹۶         | ۵      | ۲۸      |
| آسیب‌پذیری          | ۱۴/۳۸   | ۳/۴۲         | ۵      | ۳۰      |
| خویش‌تن تحول نیافته | ۱۲/۵۴   | ۴/۵۲         | ۵      | ۳۰      |
| از خودگذشتگی        | ۱۷/۹۲   | ۳/۲۹         | ۷      | ۳۰      |
| معیارهای سرسختانه   | ۱۶/۹۸   | ۴/۷۱         | ۵      | ۲۹      |
| خویش‌تن‌داری        | ۱۱/۶۹   | ۲/۲۱         | ۵      | ۳۰      |



ادامه جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پیش‌بین  | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین |
|-------------------|---------|--------------|--------|---------|
| روان‌رنجورخویی    | ۳۶/۱۳   | ۶/۹۷         | ۲۰     | ۵۶      |
| برون‌گرایی        | ۴۰/۲۵   | ۷/۰۳         | ۲۰     | ۵۸      |
| انعطاف            | ۳۶/۷۶   | ۵/۶۷         | ۲۰     | ۵۴      |
| توافق             | ۳۸/۲۹   | ۶/۳۳         | ۲۱     | ۵۳      |
| مسئولیت           | ۴۲/۲۵   | ۷/۳۳         | ۲۳     | ۶۰      |
| تنظیم‌شناختی مثبت | ۶۳/۳۳   | ۱۱/۸۴        | ۲۳     | ۹۲      |
| تنظیم‌شناختی منفی | ۴۹/۵۱   | ۹/۲۷         | ۲۱     | ۷۹      |
| پرخاشگری          | ۹۰/۷۰   | ۱۹/۱۹        | ۳۷     | ۱۳۷     |

همبستگی پیرسون محاسبه شد. جدول ۲ و ۳، ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

برای بررسی مدل مفهومی پژوهش، ابتدا روابط ساده همبستگی بین متغیرهای پژوهش با استفاده از روش

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون ویژگی‌های شخصیت با راهبردهای تنظیم هیجان (مثبت و منفی) و پرخاشگری

| متغیرها           | روان‌رنجورخویی | برون‌گرایی | انعطاف‌پذیری | توافق    | مسئولیت  |
|-------------------|----------------|------------|--------------|----------|----------|
| روان‌رنجورخویی    | ۱              |            |              |          |          |
| برون‌گرایی        | -.۰/۴۳**       | ۱          |              |          |          |
| انعطاف‌پذیری      | -.۰/۵۱**       | ۰/۴۹**     | ۱            |          |          |
| توافق             | -.۰/۴۶**       | ۰/۳۷**     | ۰/۴۳**       | ۱        |          |
| مسئولیت           | -.۰/۵۲**       | ۰/۴۴**     | ۰/۳۹**       | ۰/۳۸**   | ۱        |
| تنظیم‌شناختی مثبت | -.۰/۲۹**       | ۰/۵۲**     | ۰/۵۸**       | ۰/۳۳**   | ۰/۶۶**   |
| تنظیم‌شناختی منفی | ۰/۲۱**         | -.۰/۴۸**   | -.۰/۵۶**     | -.۰/۳۶** | -.۰/۴۹** |
| پرخاشگری          | ۰/۳۶**         | -.۰/۲۸**   | -.۰/۳۴**     | -.۰/۳۵** | -.۰/۳۱** |

\*\* P < ۰/۰۱

جدول ۳. ضرایب همبستگی پیرسون طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه با راهبردهای تنظیم هیجان (مثبت و منفی) و پرخاشگری

| متغیرها            | محرومیت هیجانی | وابستگی | اطاعت   | بازداری هیجانی | استحقاق | رهاشده‌گی | بی‌اعتمادی | انزوای اجتماعی | شرم     | شکست    | آسیب‌پذیری | خویشتن تحول نیافته | از خودگذشتگی | معیارهای سرسختانه | خویشتن‌داری |
|--------------------|----------------|---------|---------|----------------|---------|-----------|------------|----------------|---------|---------|------------|--------------------|--------------|-------------------|-------------|
| محرومیت هیجانی     | ۱              |         |         |                |         |           |            |                |         |         |            |                    |              |                   |             |
| وابستگی            | ۰/۳۸**         | ۱       |         |                |         |           |            |                |         |         |            |                    |              |                   |             |
| اطاعت              | ۰/۲۹**         | ۰/۳۱**  | ۱       |                |         |           |            |                |         |         |            |                    |              |                   |             |
| بازداری هیجانی     | ۰/۴۲**         | ۰/۲۷**  | ۰/۳۶**  | ۱              |         |           |            |                |         |         |            |                    |              |                   |             |
| استحقاق            | ۰/۲۸**         | ۰/۳۲**  | ۰/۲۸**  | ۰/۳۱**         | ۱       |           |            |                |         |         |            |                    |              |                   |             |
| رهاشده‌گی          | ۰/۳۲**         | ۰/۲۹**  | ۰/۳۴**  | ۰/۴۲**         | ۰/۵۸**  | ۱         |            |                |         |         |            |                    |              |                   |             |
| بی‌اعتمادی         | ۰/۶۲**         | ۰/۲۸**  | ۰/۴۶**  | ۰/۲۷**         | ۰/۳۶**  | ۰/۴۴**    | ۱          |                |         |         |            |                    |              |                   |             |
| انزوای اجتماعی     | ۰/۵۱**         | ۰/۲۸**  | ۰/۲۸**  | ۰/۲۸**         | ۰/۲۸**  | ۰/۲۸**    | ۰/۲۸**     | ۱              |         |         |            |                    |              |                   |             |
| شرم                | ۰/۴۸**         | ۰/۲۵**  | ۰/۳۱**  | ۰/۲۴**         | ۰/۳۹**  | ۰/۴۴**    | ۰/۳۶**     | ۰/۲۶**         | ۱       |         |            |                    |              |                   |             |
| شکست               | ۰/۳۹**         | ۰/۲۰**  | ۰/۴۰**  | ۰/۴۹**         | ۰/۲۱**  | ۰/۵۱**    | ۰/۴۷**     | ۰/۱۹**         | ۰/۳۱**  | ۱       |            |                    |              |                   |             |
| آسیب‌پذیری         | ۰/۴۰**         | ۰/۲۹**  | ۰/۳۶**  | ۰/۴۷**         | ۰/۳۵**  | ۰/۴۹**    | ۰/۲۴**     | ۰/۲۳**         | ۰/۳۸**  | ۰/۴۳**  | ۱          |                    |              |                   |             |
| خویشتن تحول نیافته | ۰/۳۸**         | ۰/۲۸**  | ۰/۳۷**  | ۰/۲۹**         | ۰/۴۴**  | ۰/۳۴**    | ۰/۳۹**     | ۰/۲۷**         | ۰/۲۲**  | ۰/۳۶**  | ۰/۲۵**     | ۱                  |              |                   |             |
| از خودگذشتگی       | ۰/۲۵**         | ۰/۴۳**  | ۰/۳۲**  | ۰/۳۲**         | ۰/۲۸**  | ۰/۳۸**    | ۰/۴۱**     | ۰/۳۲**         | ۰/۳۹**  | ۰/۳۵**  | ۰/۳۰**     | ۰/۵۳**             | ۱            |                   |             |
| معیارهای سرسختانه  | ۰/۳۲**         | ۰/۴۲**  | ۰/۲۳**  | ۰/۳۱**         | ۰/۳۵**  | ۰/۳۶**    | ۰/۲۹**     | ۰/۴۱**         | ۰/۲۴**  | ۰/۳۳**  | ۰/۲۹**     | ۰/۳۹**             | ۰/۲۸**       | ۱                 |             |
| خویشتن‌داری        | ۰/۴۳**         | ۰/۳۹**  | ۰/۳۵**  | ۰/۴۶**         | ۰/۳۸**  | ۰/۲۲**    | ۰/۶۲**     | ۰/۵۳**         | ۰/۴۵**  | ۰/۲۸**  | ۰/۳۶**     | ۰/۳۶**             | ۰/۴۸**       | ۰/۳۶**            | ۱           |
| تنظیم‌شناختی مثبت  | -۰/۲۷**        | -۰/۳۲** | -۰/۲۶** | -۰/۲۹**        | -۰/۳۵** | -۰/۲۳**   | -۰/۳۲**    | -۰/۱۸**        | -۰/۲۹** | -۰/۲۷** | -۰/۲۵**    | -۰/۲۲**            | -۰/۲۴**      | -۰/۲۰**           | -۰/۱۹**     |
| تنظیم‌شناختی منفی  | ۰/۳۹**         | ۰/۳۶**  | ۰/۳۶**  | ۰/۴۲**         | ۰/۳۹**  | ۰/۲۳**    | ۰/۱۸**     | ۰/۲۵**         | ۰/۳۷**  | ۰/۲۱**  | ۰/۳۳**     | ۰/۱۹**             | ۰/۲۶**       | ۰/۳۱**            | ۰/۲۶**      |
| پرخاشگری           | ۰/۳۲**         | ۰/۲۸**  | ۰/۳۹**  | ۰/۲۷**         | ۰/۳۴**  | ۰/۴۲**    | ۰/۳۶**     | ۰/۲۹**         | ۰/۳۴**  | ۰/۵۴**  | ۰/۵۲**     | ۰/۲۷**             | ۰/۲۹**       | ۰/۳۰**            | ۰/۴۹**      |

شخصیت و طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه با نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجان (مثبت و منفی) از روش معادلات ساختاری و تحلیل مسیر استفاده شد. از آنجا که شاخص‌های برازش مدل اولیه از مقادیر مطلوب برخوردار نبودند؛ لذا با حذف مسیرهای پیشنهادی غیرمعنادار و همچنین با انجام اصلاحات پیشنهادی AMOS، مدل به برازش مطلوب رسید. در این راستا، متغیرهای روان رنجوری، وابستگی، خویشتن تحول نیافته، اطاعت، معیارهای سرسختانه و خویشتن‌داری از مدل کنار گذاشته

مطابق نتایج جدول ۲ و ۳، ضریب همبستگی بین ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای تنظیم‌شناختی (مثبت و منفی) معنادار است ( $p < 0/01$ ). همچنین، بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و راهبردهای تنظیم‌شناختی (مثبت و منفی) رابطه معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). به‌علاوه، تمامی متغیرهای پژوهش با متغیر پرخاشگری همبستگی معنادار دارند ( $p < 0/01$ )؛ از این‌رو امکان بررسی مدل فراهم است و نیاز به حذف هیچ متغیری از معادله تحلیل مسیر نیست. در ادامه، به منظور بررسی رابطه بین ویژگی‌های

مسیرهای غیرمعنادار و اصلاح مدل است.

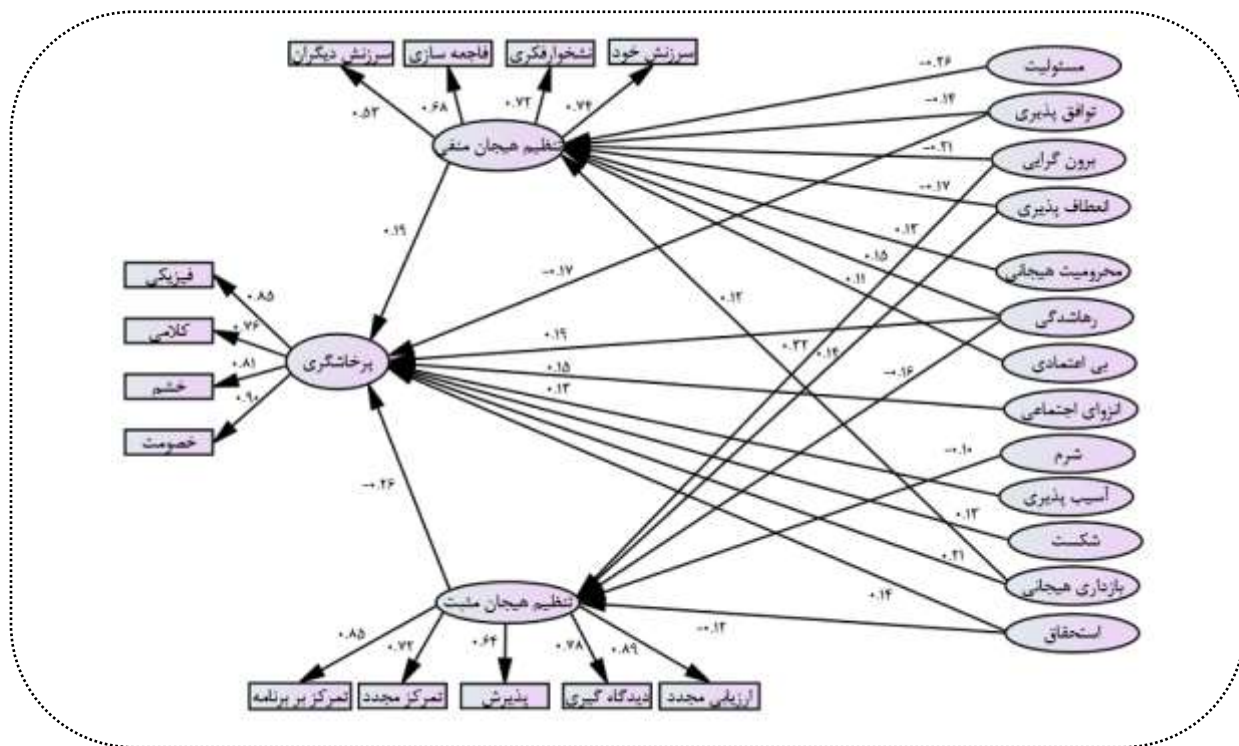
در ادامه، به منظور بررسی روابط بین متغیرهای، نتایج حاصل از تحلیل مسیر مدل اصلاح شده پژوهش، در شکل ۲ و جدول ۵ ارائه شده است.

شد. جدول ۴، شاخص‌های برازش مدل قبل از اصلاح و بعد از اصلاح را نشان می‌دهد.

طبق نتایج جدول ۴، شاخص‌های برازش مدل اولیه (قبل از اصلاح) دارای مقادیر مطلوب نیست؛ اما شاخص‌های بعد از اصلاح، حاکی از برازش مطلوب مدل با حذف

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

| نام آزمون | توضیحات                          | مقادیر قابل قبول         | مقادیر به دست آمده |                  |
|-----------|----------------------------------|--------------------------|--------------------|------------------|
|           |                                  |                          | قبل از اصلاح مدل   | بعد از اصلاح مدل |
|           | کای اسکورنسبی                    | ۳ < خوب<br>۵ < قابل قبول | ۶۱۶۸               | ۱/۹۷             |
| SRMR      | ریشه میانگین مجذور باقیمانده ها  | < ۰/۰۸                   | ۶/۱۱               | ۰/۰۵             |
| GFI       | شاخص نیکویی برازش                | > ۰/۹                    | ۰/۶۴               | ۰/۹۴             |
| AGFI      | شاخص نیکویی برازش اصلاح شده      | > ۰/۹                    | ۰/۵۶               | ۰/۹۸             |
| NFI       | شاخص برازش نرم‌دار               | > ۰/۹                    | ۰/۷۳               | ۰/۹۷             |
| RFI       | شاخص برازش نسبی                  | > ۰/۹                    | ۰/۶۶               | ۰/۹۵             |
| IFI       | شاخص برازش نموی                  | > ۰/۹                    | ۰/۶۱               | ۰/۹۱             |
| TLI       | شاخص Tucker – Lewis              | > ۰/۹                    | ۰/۶۱               | ۰/۹۳             |
| CFI       | شاخص برازش مقایسه‌ای             | > ۰/۹                    | ۰/۷۵               | ۰/۹۰             |
| RMSEA     | ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب | ۰/۰۸ < خوب<br>۰/۱ > ضعیف | ۰/۱۳               | ۰/۰۶             |



شکل ۲: ضرایب استاندارد مدل اصلاح شده پژوهش

جدول ۵. ضرایب مسیرهای موجود در مدل

| اثر کل |       | اثر غیرمستقیم |       | اثر مستقیم |       | مسیر  |
|--------|-------|---------------|-------|------------|-------|---|
| P      | B     | P             | B     | P          | B     |   |
| <۰/۰۱  | -۰/۲۶ | -             | -     | <۰/۰۱      | -۰/۲۶ | مسئولیت‌پذیری بر راهبردهای تنظیم هیجانی منفی                        |
| <۰/۰۵  | -۰/۱۴ | -             | -     | <۰/۰۵      | -۰/۱۴ | توافق‌پذیری بر راهبردهای تنظیم هیجانی منفی                          |
| <۰/۰۱  | -۰/۲۱ | -             | -     | <۰/۰۱      | -۰/۲۱ | برون‌گرایی بر راهبردهای تنظیم هیجانی منفی                           |
| <۰/۰۱  | -۰/۱۷ | -             | -     | <۰/۰۱      | -۰/۱۷ | انعطاف‌پذیری بر راهبردهای تنظیم هیجانی منفی                         |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۳  | -             | -     | <۰/۰۵      | ۰/۱۳  | محرومیت هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجانی منفی                       |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۵  | -             | -     | <۰/۰۵      | ۰/۱۵  | رهاشده‌گی بر راهبردهای تنظیم هیجانی منفی                            |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۱  | -             | -     | <۰/۰۵      | ۰/۱۱  | بی‌اعتمادی بر راهبردهای تنظیم هیجانی منفی                           |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۲  | -             | -     | <۰/۰۵      | ۰/۱۲  | بازداری هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجانی منفی                       |
| <۰/۰۱  | ۰/۳۲  | -             | -     | <۰/۰۱      | ۰/۳۲  | برون‌گرایی بر راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت                           |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۴  | -             | -     | <۰/۰۵      | ۰/۱۴  | انعطاف‌پذیری بر راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت                         |
| <۰/۰۱  | -۰/۱۶ | -             | -     | <۰/۰۱      | -۰/۱۶ | رهاشده‌گی بر راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت                            |
| <۰/۰۵  | -۰/۱۰ | -             | -     | <۰/۰۵      | -۰/۱۰ | شرم بر راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت                                  |
| <۰/۰۵  | -۰/۱۲ | -             | -     | <۰/۰۵      | -۰/۱۲ | استحقاق بر راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت                              |
| <۰/۰۱  | -۰/۱۷ | -             | -     | <۰/۰۱      | -۰/۱۷ | توافق‌پذیری بر پرخاشگری   |
| <۰/۰۱  | ۰/۱۹  | -             | -     | <۰/۰۱      | ۰/۱۹  | رهاشده‌گی بر پرخاشگری   |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۵  | -             | -     | <۰/۰۵      | ۰/۱۵  | انزوای اجتماعی بر پرخاشگری  |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۳  | -             | -     | <۰/۰۵      | ۰/۱۳  | آسیب‌پذیری بر پرخاشگری  |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۳  | -             | -     | <۰/۰۵      | ۰/۱۳  | شکست بر پرخاشگری  |
| <۰/۰۱  | ۰/۲۱  | -             | -     | <۰/۰۱      | ۰/۲۱  | بازداری هیجانی بر پرخاشگری  |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۴  | -             | -     | <۰/۰۵      | ۰/۱۴  | استحقاق بر پرخاشگری   |
| <۰/۰۱  | ۰/۱۹  | -             | -     | <۰/۰۱      | ۰/۱۹  | راهبردهای تنظیم هیجانی منفی بر پرخاشگری                             |
| <۰/۰۱  | -۰/۲۶ | -             | -     | <۰/۰۱      | -۰/۲۶ | راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت بر پرخاشگری                             |
| <۰/۰۱  | -۰/۱۹ | <۰/۰۱         | -۰/۱۱ | ۰/۰۸       | -۰/۰۸ | مسئولیت‌پذیری بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی منفی  |
| <۰/۰۱  | -۰/۱۶ | <۰/۰۱         | -۰/۰۹ | <۰/۰۱      | -۰/۱۷ | توافق‌پذیری بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی منفی    |
| <۰/۰۱  | -۰/۱۹ | <۰/۰۱         | -۰/۱۲ | ۰/۱۰       | -۰/۰۷ | برون‌گرایی بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی منفی     |
| ۰/۱۴   | -۰/۰۲ | <۰/۰۱         | -۰/۱۰ | ۰/۰۹       | ۰/۰۸  | انعطاف‌پذیری بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی منفی   |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۰  | <۰/۰۱         | ۰/۰۵  | ۰/۱۳       | ۰/۰۵  | محرومیت هیجانی بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی منفی |
| <۰/۰۱  | ۰/۲۶  | <۰/۰۱         | ۰/۰۷  | <۰/۰۱      | ۰/۱۹  | رهاشده‌گی بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی منفی      |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۱  | <۰/۰۵         | ۰/۰۴  | ۰/۱۰       | ۰/۰۷  | بی‌اعتمادی بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی منفی     |
| <۰/۰۱  | ۰/۲۳  | <۰/۰۵         | ۰/۰۲  | <۰/۰۱      | ۰/۲۱  | بازداری هیجانی بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی منفی |
| <۰/۰۱  | -۰/۱۶ | <۰/۰۱         | -۰/۰۹ | ۰/۱۰       | -۰/۰۷ | برون‌گرایی بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت     |
| ۰/۱۱   | ۰/۰۳  | <۰/۰۱         | -۰/۰۵ | ۰/۰۹       | ۰/۰۸  | انعطاف‌پذیری بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت   |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۴  | <۰/۰۱         | -۰/۰۵ | <۰/۰۱      | ۰/۱۹  | رهاشده‌گی بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت      |
| ۰/۰۸   | ۰/۰۵  | <۰/۰۵         | -۰/۰۲ | ۰/۱۰       | ۰/۰۷  | شرم بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت            |
| <۰/۰۵  | ۰/۱۱  | <۰/۰۵         | -۰/۰۳ | <۰/۰۵      | ۰/۱۴  | استحقاق بر پرخاشگری با واسطه‌گری راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت        |

پردازش شناختی فرد اثر بگذارند. وجود طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه زمینه‌سوی سوگیری در تفسیر فرد از رویدادها را فراهم می‌آورند و این سوگیری‌ها خود را به صورت نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، اهداف و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه نشان می‌دهند از جمله، باعث بروز پرخاشگری در افراد می‌شوند. بدین ترتیب در مواجهه با یک موقعیت برانگیزاننده، طرح‌واره‌های ناکارآمد فرد فعال و با تحریف در فرآیندهای روان‌شناختی، زمینه‌ساز انواع مشکلات روان‌شناختی همچون پرخاشگری می‌شوند. طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه با داشتن مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری، منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می‌شوند و به فرد در توضیح تجارب خود کمک می‌کنند. با فعال شدن طرح‌واره‌ها و انتشار سطوحی از هیجان، اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، تعارضات بین فردی و مانند آن به صورت مستقیم یا غیرمستقیم ایجاد می‌شوند [۴۴]. افراد دارای طرح‌واره‌های بریدگی و طرد، انتظار ندارند که نیازهای امنیت، ثبات، محبت، همدلی، در میان گذاشتن احساس‌ها، پذیرش و احترامشان به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی ارضاء شود. در حوزه طرح‌واره‌های خودگردانی و عملکرد مختل انتظارهای فرد از خود و محیط با توانایی‌های محسوس او برای جدایی، بقا و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت آمیز کارها تداخل می‌کند.

علاوه بر آن نتایج نشان داد ۴ بعد محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی و بازداری هیجانی از ابعاد طرح‌واره‌های ناکارآمد دارای قدرت پیش‌بینی معناداری برای راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی هستند. این یافته نیز با نتایج حاصل از یافته‌های تحقیقات قبلی همسو است [۲۹، ۳۰، ۳۱] و در تبیین این نتایج می‌توان گفت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به دلیل اینکه سبب اسنادهای غیرمنطقی و تعمیم‌های افراطی و فاجعه آمیز می‌گردد، باعث می‌شود فرد در موقعیت‌های هیجانی نتواند به صورت کارآمد با هیجانات خود مواجه شود و این موضوع، زمینه را برای بدعملکردی تنظیم هیجانی فراهم می‌کند [۴۵]. افراد دارای طرح‌واره محرومیت هیجانی به علت ارضاء نشدن نیازهای عاطفی، همواره احساس بی‌پناهی و بی‌توجهی از سوی دیگران می‌کنند و گاهی هیچ میزانی از محبت و توجه برایشان ارضاءکننده نیست. مهرطلبی و توقع بالا از دیگران، تا حدود

طبق نتایج مندرج در شکل ۲ و جدول ۵، از بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، مسئولیت‌پذیری، توافق‌پذیری، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری اثر منفی و معناداری بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان (راهبردهای تنظیم هیجانی منفی) داشتند. همچنین، طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی و بازداری هیجانی به طور مثبت و معناداری بر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی اثرگذار بودند. از سوی دیگر، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری تأثیر مثبت و رهاشدگی، شرم و استحقاق تأثیر منفی بر راهبردهای سازگارانه (راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت) داشتند. به علاوه، از بین ویژگی‌های شخصیتی، توافق‌پذیری اثر منفی و معنادار و از بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه، طرح‌واره‌های رهاشدگی، انزوای اجتماعی، آسیب‌پذیری، شکست، بازداری هیجانی و استحقاق تأثیر مثبت و معناداری بر پرخاشگری داشتند. در نهایت، مسئولیت‌پذیری، توافق‌پذیری، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، شرم، بازداری هیجانی و استحقاق توانستند از طریق راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر غیرمستقیم بر پرخاشگری داشته باشند. بقیه متغیرها تأثیر معناداری نداشتند. راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان نیز اثر منفی و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان اثر مثبت و معناداری بر پرخاشگری داشتند. این نتایج نقش میانجی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و ویژگی‌های شخصیتی با پرخاشگری را تأیید می‌نماید.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در رابطه بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و ویژگی‌های شخصیتی با پرخاشگری نوجوانان پرداخت. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، بین طرح‌واره‌های رهاشدگی، انزوای اجتماعی، آسیب‌پذیری شکست، بازداری هیجانی و استحقاق با پرخاشگری در نوجوانان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های دیگر است [۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲]. در تبیین این یافته می‌توان گفت: زمانی که طرح‌واره‌ها فعال می‌شوند، می‌توانند بر ادراک واقعیت و

محیط استفاده می‌کند. در واقع، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از عوامل مؤثر در تجربه مشکلات هیجانی افراد است و به اعتقاد یانگ و همکاران، برجسته بودن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، بی‌نظمی هیجان را افزایش می‌دهد [۴۷]. از این جهت به نظر می‌رسد که آسیب‌شناسی آشفتگی در تنظیم هیجانات تا حد زیادی می‌تواند با حوزه‌های طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه تبیین گردد. زمانی که فرد با شرایط دشواری رو به رو می‌شود، تنظیم هیجانات عامل بسیار مهمی در مدیریت موقعیت و تصمیم‌گیری درست است. در صورتی که طرح‌واره‌های ناسازگار ضعیف باشند و یا وجود نداشته باشند، احتمال بیشتری دارد که فرد از شیوه‌های مدیریت هیجانی سازگارانه‌تر مثل ارزیابی مجدد شناختی، تغییر توجه، به تأخیر انداختن واکنش، بروز کنترل شده خشم، پذیرش و جهت‌گیری مجدد برنامه‌ریزی استفاده کند [۶۴]؛ اما در صورتی که طرح‌واره‌های ناکارآمد در فرد قوی باشند، می‌توانند با فعال کردن سبک اجتناب، موجب بروز پرخاشگری به عنوان شیوه‌ای برای حل مسئله و کنار آمدن با موقعیت شوند. به عبارت دیگر، نقص در تنظیم هیجان که ریشه در نگرش‌های ناکارآمد ناشی از طرح‌واره‌های ناکارآمد دارند، باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های اجتماعی، قادر به کنار آمدن موفقیت‌آمیز با هیجانات ایجاد شده نباشد [۴۸] و نشانه‌های پرخاشگری را بروز دهد. در نتیجه، نقص در تنظیم هیجان که ریشه در نگرش‌های ناکارآمد ناشی از طرح‌واره‌های ناکارآمد فرد دارد، باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های اجتماعی، قادر به کنار آمدن موفقیت‌آمیز با هیجانات ایجاد شده نباشد، برای مثال؛ افراد با طرح‌واره‌های حوزه بریدگی و طرد، بسیار حساسند و هیجانات را بالاتر تجربه می‌کنند و از راهبردهای منفی تنظیم هیجان، برای تنظیم هیجاناتشان استفاده می‌کنند و همین امر، امکان دست زدن به رفتارهای پرخاشگرانه را در موقعیت‌هایی که امکان به کارگیری این راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان وجود دارد افزایش می‌دهد و افراد دارای طرح‌واره استحقاق، به دلیل توقع بسیار بالا و انتظار احترام مضاعفی که از دیگران دارند، تصور می‌کنند دیگران باید طبق خواسته‌هایشان عمل کنند و این را حتی وظیفه دیگران قلمداد می‌کنند. به دلیل توقعات بالا، در تعارضات و چالش‌های میان فردی نیز، انتظار دارند خواسته آنها عملی شود و دیگران کوتاه بیایند و در صورت برآورده نشدن

زیادی، کنترل صحیح و مدیریت مناسب هیجان‌ها و حفظ خونسردی را برای این افراد مشکل می‌کند و احتمال استفاده از راهبردهای ناسازگار هیجانی را افزایش می‌دهد. از طرفی، طرح‌واره‌بازداری هیجانی با محدودیت در ابراز هیجانات همراه است و افراد دارای این طرح‌واره، سعی در کنترل هیجانات مثبت یا منفی خود دارند و به علت ترس از شرم یا پیامدهایی نظیر رهاشدگی و یا تنبیه به هیجانات خود اجازه بروز نمی‌دهند و این اقدام به طور معمول با عدم به کارگیری هیجانات سازگارانه و استفاده از راهبردهای ناسازگارتر همراه است.

یافته‌های تحقیق نشان داد، طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با پرخاشگری رابطه دارند و طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، شرم، بازداری هیجانی و استحقاق توانستند تأثیر غیرمستقیم بر پرخاشگری داشته باشند. این نتایج را می‌توان از جهاتی با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های دیگر [۳۲، ۲۰، ۳۳] که به بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و سایر رفتارهای تکانشی و منفی پرداخته‌اند، همسو دانست. در تبیین این نتایج می‌توان گفت: آشفتگی هیجانی و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد نسبت به خود و دیگران احساس ناخوشایندی تجربه کند و از شیوه‌های تنظیم هیجانی ناسازگارانه در برخورد با شرایط دشوار و استرس‌زا استفاده کند. آشفتگی در تنظیم هیجانات سبب رفتارهای تکانه‌ای، دشواری در پیگیری رفتارهای هدفمند و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم رفتار و هیجان منطقی و هدفمند می‌شود. از این رو، افرادی که آشفتگی هیجانی دارند، زمانی که با شرایط دشوار مواجه می‌شوند به جای استفاده از شیوه‌های راه حل محور و هیجان محور سازنده برای کنار آمدن و حل مسئله، از شیوه‌های مدیریت هیجانی ناسازگارانه‌تر مثل سرزنش خود و سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز پنداری استفاده می‌کنند [۴۶]. این شیوه‌های تنظیم هیجان می‌تواند منجر به پرخاشگری شوند. از سوی دیگر، طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه زمینه‌ای هیجانی دارند. نیازهای افراطی افراد و ارضاء نشدن یا ارضای آن‌ها منجر به شکل‌گیری طرح‌واره می‌شود. با فعال شدن طرح‌واره، فرد از شیوه‌های تنظیم هیجانی ناسازگارانه برای

مثبت با راهبردهای سازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان دارند. این نتایج همسو با یافته‌های برخی از تحقیقات بود [۲۸ و ۳۵]. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، نوع راهبردهای تنظیم هیجان توسط یک فرد و اثربخشی نظم جویانه آنها، وابسته به خصوصیات روانی، جسمانی و شخصیتی فرد است. به عبارت دیگر، ممکن است نوع و اثربخشی راهبردهای تنظیم هیجان بر اساس انتخاب فردی، خصوصیات شخصیتی و موقعیت‌های هیجانی متفاوت باشد. ویژگی‌های شخصیتی افراد باعث می‌شود، به طور ثابتی از راهبردهای تنظیم هیجانی و مقابله‌ای مشخصی بیشتر از راهبردهای دیگر استفاده کنند [۴۷]. همان‌گونه که اشاره گردید وجود برخی ویژگی‌ها نظیر گشودگی نسبت به تجارب جدید، انعطاف و سازش، پذیرا بودن، کنجکاو و متعهدبودن در ابعاد شخصیتی فوق، زمینه را برای کاهش احتمال به کارگیری هیجانات منفی و تعدیل این نوع هیجانات فراهم می‌آورد و علاوه بر آن، چالش‌پذیری و پذیرش عقاید متضاد در افراد برون‌گرا و انعطاف‌پذیر، با احتمال بالاتر به کارگیری هیجانات مثبت همراه خواهد بود. به عنوان مثال، افراد توافق‌پذیر با ویژگی‌هایی مانند نوع دوستی، همدلی، فروتنی و همراهی، بیشتر احتمال دارد که سختی‌ها، مصائب و ناملایمات را تحمل کنند؛ در نتیجه این‌گونه افراد سعی می‌کنند به تجارب ناخوشایند و مشکلات خویش معنی مثبتی دهند (راهبرد ارزیابی مجدد مثبت)، ناملایمات را بپذیرند (راهبرد پذیرش) و برای مدیریت تجارب منفی خود برنامه‌ریزی نمایند (راهبرد تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و بالعکس [۴۹]). برون‌گرایان نیز از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه بیشتر و راهبردهای ناسازگارانه کمتر استفاده می‌نمایند. این افراد در موقعیت‌ها و چالش‌های اجتماعی و میان فردی خوش‌بین و در کلام و رفتار نیز خوش‌مشرب و مهربان هستند. در بین ویژگی‌های شخصیتی، برون‌گرایی با استفاده از سرکوب، همبستگی منفی دارد [۵۰]. این ویژگی‌ها به آنان کمک می‌کند تا در برخورد با تعارضات میان فردی از راهبردهای مثبت برای کنار آمدن فرد با وضعیت تنش‌زا و اتفاقات ناگوار استفاده کنند. درواقع، برون‌گرایی احتمال به کار بستن راهبردهای سازگارانه همچون پذیرش و ارزیابی مجدد موقعیت را که از طریق آنها، هیجان‌های خود را به صورت هوشیارانه تعدیل می‌کنند، افزایش می‌دهد، تا بتوانند به صورت مناسبی به

انتظاراتشان، قادر نیستند افکار و احساسات منفی خود را مدیریت نمایند و به راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانات روی می‌آورند. در واقع، از راهبردهای ناسازگارانه برای رسیدن به خواسته‌های خویش استفاده می‌کنند تا دیگران را مجاب و وادار به پذیرش خواسته خود کنند. این افراد با سرزنش و تحقیر دیگران و یا با تفکر نشخواری، خشم خود را بالا برده و آماده هر گونه اقدام تمانشی و هیجانی هستند. در این وضعیت که افراد هم به لحاظ هیجانی لبریز از خشم و هیجانات منفی هستند و هم به لحاظ شناختی سرشار از افکار خودخواهانه و منفی هستند، احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه به صورت رفتاری یا کلامی افزایش می‌یابد و به جای استفاده از اقدامات منطقی، اقدام به رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه می‌کنند.

نتایج پژوهش همچنین، ارتباط منفی مستقیم بین توافق‌پذیری و پرخاشگری را نیز همسو با نتایج تحقیقات دیگر [۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳] تأیید نمود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، ویژگی‌های شخصیتی الگوی نسبتاً پایداری از احساسات، نگرش‌ها و رفتارهای معمولی یک فرد را تشکیل می‌دهند و به عنوان متغیرهای کلیدی پیش‌بینی‌کننده پرخاشگری در نظر گرفته می‌شوند. در واقع، ویژگی‌های شخصیتی افراد، در واکنش آنها به امور از جمله فشار و استرس زندگی تأثیرگذار بوده و باعث می‌شود افراد با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خود رفتارهای پرخاشگرانه یا سازگارانه نشان دهند و بسته به این ویژگی‌های شخصیتی پرخاشگری افراد کاهش یا افزایش می‌یابد. ویژگی توافق‌پذیری با مهربانی، اعتماد، سازش با دیگران، نوع دوستی و تمایل به همدلی و کمک به دیگران مشخص می‌شود و در مقایسه با سایر افراد، معمولاً سطوح پایین‌تری از خصومت و تحریک‌پذیری دارند و به جای درگیری در زمان بروز تعارضات بین فردی، حتی در موقعیت‌های تحریک‌آمیز از واکنش‌های تهاجمی اجتناب می‌کنند [۱۰]. وجود این مشخصه در افراد، باعث توافق و سازش در موقعیت‌های برانگیزاننده می‌گردد و رفتار پرخاشگرانه را به حداقل می‌رساند.

نتایج همچنین بیانگر این بود، از بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، مسئولیت‌پذیری، توافق‌پذیری، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری، رابطه منفی با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان و برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری رابطه

تقاضاهای محیطی متنوع پاسخ دهند.

علاوه بر یافته‌های فوق، نتایج بیانگر نقش واسطه‌ای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی مسئولیت‌پذیری، توافق‌پذیری، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری با پرخاشگری بود. می‌توان تا حدودی این نتایج را با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های [۳۴] و [۲۸] که نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان را در رابطه بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی و سایر رفتارهای تکانشی و منفی نشان داده‌اند، قابل مقایسه دانست. در تبیین این یافته هم می‌توان ادعان داشت؛ افرادی که از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان بیشتر استفاده می‌کنند، هیجانان و احساسات خود را در هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی بهتر تنظیم نموده و در نتیجه به کارگیری حل مسئله سازگاران در برخورد با موقعیت آشفته‌ساز، موفقیت‌های بیشتری یافته و در این افراد کمتر شاهد رفتارهای مخرب از جمله پرخاشگری هستیم؛ در مقابل، استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان، باعث وقوع مشکلاتی در بازداری تکانه‌های پرخاشگری و دسترسی محدود به راهبردهای مناسب تنظیم هیجان می‌شود و در نتیجه دسترسی محدود به راهبردهای مؤثر تنظیم‌شناختی هیجان، فرد برای خاتمه دادن به حالت عاطفی منفی به رفتارهای پرخاشگرانه دست می‌زند [۵۱]. از سوی دیگر، تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های شخصیتی افراد، منجر به واکنش‌های متفاوت در پاسخ به شرایط تنش‌زا و ناخوشایند خواهد شد. به عنوان مثال، برون‌گرایان بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگاران و کمتر از راهبردهای ناسازگاران بهره می‌گیرند و انعطاف‌پذیری نیز با استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگاران و استفاده کمتر از راهبردهای ناسازگاران همراه است [۲۸]. ویژگی برون‌گرایی افراد را قادر می‌سازد در برخورد با تعارضات میان فردی، بیشتر از راهبردهای سازگاران و مثبت برای کنار آمدن با وضعیت تنش‌زا و اتفاقات ناگوار استفاده کنند. درواقع، برون‌گرایی احتمال به کارگیری راهبردهای سازگاران را افزایش می‌دهد و همین امر به آنها در تعدیل هیجانان و پاسخ بهتر و صحیح‌تر به وقایع محیطی کمک می‌کند. این راهبردهای سازگاران نیز به نوبه خود باعث می‌شوند فرد اقدام به رفتارهای منطقی و سازگاران کند و از رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه اجتناب ورزد. همچنین، افراد برون‌گرا به دلیل برخوردار بودن از

توانمندی‌های شخصیتی همچون جرئت‌مندی، در چالش‌های اجتماعی بر ابعاد مثبت تأکید کرده و به صورت قاطعانه عمل می‌کنند و از راهبردهای هیجانی منفی و در نتیجه رفتارهای هیجانی منفی بالاخص پرخاشگری اجتناب می‌کنند. از سوی دیگر، افراد برخوردار از ویژگی انعطاف‌پذیری، در مورد وقایع پیرامون کنجکاوند و تمایل به پذیرش عقاید جدید و ارزش‌های غیرمعارف دارند. این افراد همچنین عمیق‌تر و بیشتر از اشخاص انعطاف‌ناپذیر، هیجان‌های مثبت و منفی را تجربه می‌کند. این توانایی‌ها این احتمال را افزایش می‌دهد که در برخورد با چالش‌های میان فردی، با روی باز و گشوده و پذیرش بالا به موقعیت و رخداد بنگرند و قبل از هر گونه عمل و اقدام تکانشی، موقعیت را مجدد و به صورت دقیق مورد بررسی و ارزیابی قرار داده و برای اقدامی فکری برنامه‌ریزی کنند که همین امر باعث افزایش توانمندی فرد در بکارگیری راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان می‌گردد. این توانایی‌ها منجر به تجربه‌ای جدید در خزانه رفتاری و روانی فرد و افزایش احتمال اقدامات فکری و منطقی و اجتناب از اقدامات هیجانی و پرخاشگرانه خواهد شد.

هرچند پژوهش حاضر نتایج جالب توجهی را در زمینه نقش واسطه‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه با پرخاشگری در دانش‌آموزان نشان داد، اما در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت که از آن جمله می‌توان به این موارد زیر اشاره کرد: ماهیت پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و استنباط علی از نتایج آن باید با احتیاط صورت گیرد. شرکت‌کنندگان پژوهش صرفاً دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم بوده‌اند و در تعمیم به جمعیت‌های دیگر باید محتاط بود. همچنین، می‌توان از نتایج حاصل از پژوهش حاضر، پیشنهادات پژوهشی و کاربردی مطلوبی استخراج نمود. از جمله اینکه با توجه به نقش واسطه‌گری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی نقش واسطه‌ای سایر راهبردهای تنظیم هیجان از جمله راهبردهای رفتاری تنظیم هیجان نیز مورد بررسی قرار گیرد تا نگاهی جامع‌تر نسبت به راهبردهای تنظیم هیجان در بین متغیرهای شخصیتی با پرخاشگری به دست آید. از سوی دیگر، با توجه به اینکه پژوهش حاضر نشان داد،



- 7- Park S, Lee Y, Seong S, Chang S, Lee Y, Hahm B, Hong J. A cross sectional study about associations between personality characteristics and mental health service utilization in a Korean national community sample of adults with psychiatric disorders. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1322-2>
- 8- Dam V, Hjordt L, Da Cunha-Bang S, Sestoft D, Knudsen G, Stenbæk D. P. 2. 022 - Five-factor personality is associated with aggression and mental distress in violent offenders. *European Neuropsychopharmacology*. 2017; Volume 28: Supplement 1, S35-S36. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.12.061>
- 9- Cavalcanti J, Pimentel C. Personality and aggression: A contribution of the General Aggression Model. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2016; 33(3): 443-451.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1590/1982-02752016000300008>
- 10-Quan F, Yang R, Xia L. The longitudinal relationships among agreeableness, anger rumination, and aggression: *Current Psychology*. 2021; 40: 9-20.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-01030-6>
- 11-Devilly G, O'Donohue R, Brown K. Personality and frustration predict aggression and anger following violent media. *Psychology, Crime & Law*. 2021; 10(1): 1-10. <http://dx.doi.org/10.1080/1068316X.2021.1999949>
- 12-Hyatt CS, Zeichner A, Miller J. D. Laboratory aggression and personality traits: A meta-analytic review. *Psychology of Violence*. 2019; 9(6): 675-689. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/vio0000236>
- 13-Hasan y, Eldous h. The Role of Personality Traits and Situational Factors as Determinants of Aggression. *Open psychology journal*. 2020; 13(10): 288-282.  
<http://dx.doi.org/10.2174/1874350102013010282>
- 14-Pilkingtona P, Younana R, Bishop A. Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review, *Journal of Affective Disorders Reports* 3. 2021; Volume 3. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100051>
- ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری تأثیر منفی بر پرخاشگری دارند پیشنهاد می‌شود؛ مشاوران، روان‌شناسان و معلمان زمینه آموزش این مهارت‌ها را برای دانش‌آموزان فراهم آورند. همچنین، با توجه به تأثیر مثبت طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، شرم، بازداری هیجانی و استحقاق بر پرخاشگری، پیشنهاد می‌گردد متولیان حوزه تعلیم و تربیت و مشاوران در زمینه آموزش مهارت‌های لازم و طرح‌واره درمانی جهت کاهش طرح‌واره‌ها اهتمام ورزند.
- منابع**
- 1- Isaksson J, Selinus EN Åslund C, Nilsson K. W. Physical activity in early adolescence predicts depressive symptoms 3 years later: A community-based study *Journal of Affective Disorders*. 2020; 277: 825-830. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.008>
- ۲- لطفی سعیدآباد ش، بشرپور س. رفیعی‌راد زهره. نقش میانجی مطلوبیت اجتماعی در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و نگرش‌های ناکارآمد با رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۱؛ ۱۱ (۴): ۷۵-۸۸.  
<http://frooyesh.ir/article-1-3349-fa.html>
- 3- Sijtsema JJ, Lindenberg S. Peer influence in the development of adolescent antisocial behavior: Advances from dynamic social network studies. *Developmental Review*. 2018; 50: 140-154. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.08.002>
- ۴- انصافداران ف، بساک‌نژاد س، ارشدی ن. اثربخشی برنامه آموزشی جایگزین پرخاشگری بر رفتارهای ضد اجتماعی و نشخوار خشم در دختران نوجوان شهر اهواز. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. ۱۳۹۸؛ ۷ (۳): ۳۰۶-۳۱۵.  
<http://journal.ihepsa.ir/article-1-1104-fa.html>
- 5- Allen JJ, Anderson CA, Bushman B. General Aggression model. The international encyclopedia of media effects. 2017; 1-15.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.034>
- 6- Deason L6. D, Dahlen ER, Madson MB, Bullock-Yowell E. Five-factor model of personality, social anxiety, and relational aggression in college students, *Journal of College Student Development*. 2019; 60 (1): 110-114, 201. <https://doi.org/10.1353/csd.2019.0007>

- 23-Kokkinos CM, Algiovanoglou I, Voulgaridou A. Emotion Regulation and Relational Aggression in Adolescents: Parental Attachment as Moderator. *Journal of Child and Family Studies*. 2019. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01491-9>
- 24-Garofalo C, Neumann CS, Patrizia V. Psychopathy and aggression: The role of emotion dysregulation. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021; 36(23-24): NP12640-NP12664. <https://doi.org/10.1177%2F0886260519900946>.
- 25-Richmond J, Tull M, Gratz KL. The roles of emotion regulation difficulties and impulsivity in the associations between borderline personality disorder symptoms and frequency of nonprescription sedative use and prescription sedative/opioid misuse. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020; 16: 62-70 <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jcbs.2020.03.002>
- 26-McLean CP, Zang Y, Gallagher T. Trauma-related cognitions and cognitive emotion regulation as mediators of PTSD change among treatment-seeking active-duty military Personnel with PTSD. *Behavior Therapy*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.03.006>
- 27-Dixon-Gordon KL, Conkey LC, Whalen DJ. Recent advances in understanding physical health problems in personality disorders. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21(3): 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.036>
- 28-Barańczuk U. The five factor model of personality and emotion regulation: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*. 2019; 139: 217-227. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.025>
- 29-Franklin RS, Gold mark J. Social anxiety disorders in Anxiety disorders and gender. Springer international publishing Switzerland 2015; 49-67. <https://doi.org/10.17759/cpse.2020090401>
- ۳۰-شعبانی‌خدیو، احمدیان ح. رابطه‌ی ارضاء نیازهای بنیادی روانی و اختلال تنظیم هیجانی با نقش میانجیگری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱۳۹۸؛ ۲۰(۱): ۱۰۱-۱۱۱. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.663548>
- 15-Shorey R, Elmquist J, Anderson S, Stuart G. The relationship between early maladaptive schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2015; 47(3): 230-8. <https://dx.doi.org/10.1080%2F02791072.2015.1050133>
- 16-Taylor D, Harper S. Early maladaptive, social functioning and distress in psychosis: A preliminary investigation. *Clinical Psychologist*. (2017); 21(2): 135-142. <https://doi.org/10.1111/cp.12082>
- 17-Van Wijk-Herbrink M, Roelofs J, Broers, NJ, Rijkeboer MM, Arntz A, Bernstein DP. Validation of schema coping inventory and schema mode inventory in adolescents. *Journal of Personality Disorders*. Advance Online Publication. 2018; 32(2): 220-241. <https://doi.org/10.1111/cp.12082>
- ۱۸-حسین‌پور ص، باباپور خیرالدین جلیل. رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با پرخاشگری در نوجوانان، چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی. تهران: ۱۳۹۵. <https://civilica.com/doc/546899>
- ۱۹-صیدی‌نژاد ع، قدمی مریم، مرادپور بهروز. بررسی رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با پرخاشگری و اضطراب مدرسه در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی: نقش میانجی‌گری سلامت روان والدین [دومین کنفرانس روانشناسی، علوم تربیتی، علوم اجتماعی و علوم انسانی]. ۱۴۰۲. <https://civilica.com/doc/1680287>
- ۲۰-محسنی ش، برزگر م، رضایی آ. تأثیر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیوندهای علی بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه، نشخوار خشم و پرخاشگری. *مجله علوم روانشناختی*. ۱۴۰۱؛ ۲۱(۱۱۹): ۲۲۶۹-۲۲۸۴. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1722-fa.html>
- 21-Li D, Li D, Wu N, Wang Z. Intergenerational transmission of emotion regulation through parents. Reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*. 2019; 101: 113-122. <https://DOI:10.1016/j.childyouth.2019.03.038>
- 22-Wang X, Yang L, Yang J, GAO L, Zhao F, Xie X, Lei L. Trait anger and aggression: A moderated mediation model of anger rumination and moral disengagement. *Personality and Individual Differences*. 2018; 125: 44-49. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2017.12.029>

- ۳۹- روشن چلسی ر، شعیری م، عطری فرد م، نیک خواه اکبر، قائم مقامی ب، رحیمی‌راد ا. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شخصیتی ۵ عاملی نئو، نشریه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۳۸۵؛ ۴ (۱): ۲۷-۳۶. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=57376>
- 40-Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems, Comparison between a clinical and non-clinical sample. *European Journal of Personality*. 2002; 16: 403-420. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/per.458>
- ۴۱- میزانی ش، رضایی آ، خیر م، سهرابی ن. نقش واسطه‌گری تنظیمی هیجان برای طرح‌واره‌های ناسازگار و عواطف منفی در جوانان. فصلنامه علمی - پژوهشی روشها و مدل‌های روان‌شناختی. ۱۴۰۰؛ ۱۲ (۴۳): ۱-۱۴. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1400.12.1.1.2>
- 42-Buss A. H, Perry M. The aggression Questionnaire. *Journal of personality and social psychology*. 1992; 63(3): 452-45. <https://content.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.63.3.452>
- ۴۳- نقدی ه، ادیبراد ن، نورانی پور ر. اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری دانش آموزان پسر سال اول دبیرستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود). ۱۳۸۹؛ ۳ (۴۷): ۲۱۱-۲۱۸. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=119159>
- 44-Turner MJ, Aspin G, Gillman J. Maladaptive schemas as a potential mechanism through which irrational beliefs relate to psychological distress in athletes. *Psychology of Sport and Exercise*. 2019; 44: 9-16. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psychsport.2019.04.015>
- ۴۵- کوچی ص، مامی ش، احمدی و. نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی در دختران نوجوان. مجله علوم روان‌شناختی. ۱۴۰۰؛ ۲۰ (۱۰۲): ۹۵۳-۹۶۶. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1156-fa.html>
- ۴۶- ابراهیمی گ، غضنفری ا. مشهدی‌زاده ش، رحیمی سعید. مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تنظیم هیجان در بزرگ سالان با سابقه ناملایمات کودکی (جسمی و جنسی). *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲؛ ۲۱ (۱): ۹۵-۱۰۲. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16711.1275>
- ۳۱- کوچی ص، مامی ش، احمدی و. نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی در دختران نوجوان. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۱۴۰۰؛ ۲۰ (۱۰۲): ۹۵۳-۹۶۶. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1156-fa.html>
- 32-Gorji M, Salehi S. The Role of Early Maladaptive Schemas and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Predicting Resilience. *Quarterly Journal of Social Work*. 2020; 8(4): 52-60. <http://socialworkmag.ir/article-1-481-en.html>
- 33-Mc Donnell E, Hevey D, McCauley M, Ducray K. N. Exploration of associations between early maladaptive schemas, impaired emotional regulation, coping strategies and resilience in opioid dependent poly-drug users. *Substance Use & Misuse*. 2018; 53(14): 2320-2329. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1473438>
- ۳۴- رزاق پور م، حسین‌زاده، ع. نقش میانجیگر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با نشانه‌های جسمانی‌سازی دانشجویان دختر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۱۳۹۸؛ ۱۳ (۲): ۲۹۵-۳۱۶. <https://doi.org/10.29252/apsy.13.2.295>
- 35-Hughes DJ, Kratsiotis IK, Niven K, Holman D. Personality traits and emotion regulation: A targeted review and recommendations. *Emotion*. 2020; 20(1): 63. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/emo0000644>
- 36-Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. LA: Sage; 2016. <https://www.amazon.com/Applied-Multivariate-Research-Design-Interpretation/dp/1506329764>
- 37-Zargar M, Kakavand AR, Jalali MR, Salavati M. Comparison OF maladaptive early schemas and avoidance behaviors in opioid dependent men and non-dependent men. *Journal of applied psychology*. 2011 [cited 2022May11]; 5(1 (17)): 69-84. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/viewpaper.aspx?Id=135880>
- ۳۸- آهی ق، محمدی فر م، بشارت م. پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های یانگ. *روانشناسی و علوم تربیتی*. ۱۳۸۶؛ ۳۷ (۳): ۵-۲۰. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=86985>

۵۰- قایوسفی ع، ترخان م، فرمانی، ا. نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش‌بینی راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با واسطه‌گری مؤلفه‌های صبر به منظور آرایه مدل. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۹۶؛ ۷(۲۶): ۴۳-۶۴.  
<https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7391>

51-Kobylinska D, Kusev P. Flexible Eemotion regulation: How situational demands and individual differences influence the effectiveness of regulatory strategies. *Frontiers in psychology*. 2019; 10: 72.

۵۲- کمالی ایگلی س، ابوالمعالی الحسینی خ. تبیین پرخاشگری براساس راهبردهای مثبت و منفی تنظیم‌شناختی هیجان در دختران نوجوان. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی*. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۴۰): ۱-۱۱.  
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.28222476.1399.11.40.1.3>

۴۷- رزاق‌پور م، حسین‌زاده ع. نقش میانجیگر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با نشانه‌های جسمانی‌سازی دانشجویان دختر. *روان‌شناسی کاربردی*. ۱۳۹۸؛ ۱۳(۲): ۲۹۵-۳۱۶. sid. <https://www.sid.ir/paper/151702/fa>

48-Gerges S, Hallit S, Malaeb D, Obeid S. Maladaptive Cognitive Schemas as Predictors of Disordered Eating: Examining the Indirect Pathway through Emotion Regulation Difficulties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022; 19 (18): 11620.

۴۹- ایمانی س، الخلیل ی، شگری امید. بررسی رابطه نگرش‌های ناکارآمد با اضطراب اجتماعی در نوجوانان دانش‌آموز: نقش میانجیگری تنظیم‌هیجان. *فصلنامه روانشناسی، تربیتی*. ۱۳۹۸؛ ۱۶(۳۳): ۱-۲۸.

## نقش جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی در استفاده از هرزه‌نگاری جنسی

نویسندگان

زهرا پیربنیان<sup>۱</sup>، زهرا نیک‌منش<sup>۲\*</sup>، ثنا نوری مقدم<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

pirbonyan@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

(نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

nourimoghadam@ped.usb.ac.ir

چکیده

**مقدمه:** تأثیرات منفی گسترده هرزه‌نگاری جنسی به عنوان یک معضل در حال رشد در دنیای امروز، پرسش‌های زیادی درباره عوامل مؤثر در گرایش به آن ایجاد کرده است. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی در استفاده از هرزه‌نگاری جنسی در گروه دانشجویان بود.

**روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری تمامی دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان بودند. تعداد ۳۷۷ نفر، از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، به عنوان نمونه انتخاب گردیدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های هرزه‌نگاری کر و همکاران (۲۰۱۳م)، خودگردانی مذهبی (ریان و همکاران، ۱۹۹۳م) و مکانیسم‌های دفاعی اندروز و همکاران (۱۹۹۳م) استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون انجام شد.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی درون‌فکنی شده و خودپذیر با هرزه‌نگاری جنسی رابطه معکوس و معنی‌دار و بین مکانیسم دفاعی رشدنا یافته با هرزه‌نگاری جنسی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد جهت‌گیری مذهبی خودپذیر و مکانیسم دفاعی رشدنا یافته در گام نخست وارد معادله شده و به ترتیب ۰/۱۳ و ۰/۰۲ درصد واریانس را برای هرزه‌نگاری جنسی تبیین می‌کنند ( $p=0/01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** پایداری مذهبی، نگرش به هرزه‌نگاری و مکانیسم‌های دفاعی نقش تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی میل به هرزه‌نگاری جنسی داشته است؛ بنابراین متخصصان سلامت جامعه می‌توانند در زمینه مقابله با هرزه‌نگاری جنسی، از آموزه‌های مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی استفاده نمایند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۸/۱۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۱/۲۵



کلیدواژه‌ها

جهت‌گیری مذهبی، مکانیسم‌های دفاعی، هرزه‌نگاری جنسی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

znikmanesh@ped.usb.ac.ir

## مقدمه

مکانیسم‌ها سازنده و انطباقی و برخی دیگر مخرب و غیر انطباقی می‌باشند [۷].

استفاده افراطی و اغراق‌آمیز از این مکانیسم‌ها منجر به روان رنجوری و اختلالات روانی و شخصیتی در فرد می‌گردند. در کل مکانیسم‌های دفاعی شکلی از رفتار بهنجار هستند، مشروط بر اینکه در کاربرد آنها زیاده‌روی نشود؛ زیاده‌روی و تکرار مداوم آنها باعث می‌شود به عادت تبدیل شوند. عملکرد دفاعی بالغ، با استفاده از دفاع‌های انعطاف‌پذیر و تنظیم آن در برابر عوامل استرس‌زا بالقوه (مانند تصعید، شوخ طبعی، پیش‌بینی) مشخص می‌شود، از سوی دیگر، ناپخته‌ترین، عظیم‌ترین و سفت و سخت‌ترین دفاع‌ها (مانند پرخاشگری منفعل، عمل کردن، فرافکنی) توانایی واکنش سازگارانه به استرس را مختل می‌کند. آنها با شکل دادن به یک بازنمایی تحریف شده از واقعیت، به بسیج منابع روانی ناکافی و تضعیف در روابط اجتماعی کمک می‌کنند. با این حال، استفاده از دفاع نابالغ ذاتاً بیماری‌زا نیست. این آسیب‌پذیری بیشتر از تداوم و تسلط طولانی مدت آنها در یک فرد ناشی می‌شود؛ بنابراین هنگامی که عوامل استرس‌زا مهم هستند و کنترل آنها دشوار است، می‌توان دفاع‌های نابالغ را بسیج کرد تا زمانی که دفاع‌های انعطاف‌پذیرتر در مرحله دوم بسیج شوند، که تا حدی تسکین موقتی را ایجاد می‌کنند [۷].

مطالعات مربوط به مکانیسم‌های دفاعی عمدتاً بر عملکردهای درون روانی متمرکز است و گزارش می‌نمایند که بین هرزه‌نگاری جنسی و مکانیسم‌های دفاعی ارتباط وجود دارد. به طور خاص، مکانیسم‌های نابالغ با هرزه‌نگاری جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و مصرف الکل و سوء مصرف مواد ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد و باعث افزایش آن در افرادی می‌گردد که از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ به صورت مستمر استفاده می‌کنند [۸].

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند؛ جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی با هرزه‌نگاری جنسی در ارتباط هستند. پژوهش جواهریو همکاران [۹] در زمینه تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر کاهش میل به هرزه‌نگاری جنسی نشان داد، جهت‌گیری‌های مذهبی باعث کاهش هرزه‌نگاری جنسی در افراد می‌گردد. کلاته ساداتیو همکاران [۱۰] در پژوهش خود دریافتند، دین‌داری با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه معکوس و معنی‌داری دارد. فقیهی مقدسو همکاران [۱۱] تأثیر هویتی دینی بر رفتار منحرفانه جنسی و نقش جهت‌گیری

نیاز جنسی یکی از نیازهای مهم انسان است و حرکت صحیح برای ارضای آن موجب آرامش روانی فرد می‌شود [۱] و این مسئله می‌تواند در بهداشت روانی و حفظ و کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد [۲]. گاهی برخی افراد از راه‌های نامناسب درصدد رفع این نیاز برمی‌آیند، یکی از راه‌های نامناسب، هرزه‌نگاری جنسی است. هرزه‌نگاری جنسی به عنوان به تصویر کشیدن موضوع جنسی با هدف تحریک جنسی تعریف می‌شود. معمولاً با استفاده از مجلات، فیلم‌ها، کتاب‌ها و بازی‌های ویدیویی به اشکال مختلف ارائه می‌شود. در سناریوی فعلی، به دلیل دسترسی آسان به اینترنت، این مسئله تقریباً برای تمام گروه‌های سنی به راحتی قابل دسترسی است. مطالعات نشان داده‌اند؛ قرار گرفتن عمدی در معرض استفاده از هرزه‌نگاری جنسی می‌تواند منجر به رفتارهای بزهکارانه، رفتارهای جنسی پرخطر و مصرف مواد شود [۳].

به گفته محققان تئوری شناختی اجتماعی قرارگرفتن گسترده در معرض تصاویر مستهجن جنسی در رسانه‌ها، ادراکات و الگوهای رفتاری در ارتباط با آن ممکن است افراد را ترغیب کند تا هرزه‌نگاری جنسی خود را افزایش دهند [۴]. جامعه‌شناسان مدت‌هاست علاقه‌مند به درک چگونگی تأثیر دین بر هرزه‌نگاری جنسی بوده‌اند. این دانشمندان دریافته‌اند که باورها و تعهدات مذهبی تأثیر بیشتری بر نگرش‌ها و رفتارهای هرزه‌نگاری جنسی دارند. همچنین آنها دریافتند، افراد ساکن در مناطقی که دارای دیدگاه‌های مذهبی و معنوی هستند، ممکن است رفتارهایی را که از نظر جنسی غیراخلاقی تلقی می‌شوند، تأیید نکنند و آن رفتارها را در خود کاهش دهند [۵]. علاوه بر این پژوهش‌ها نشان داده‌اند، افراد مذهبی ممکن است تمایل بیشتری به تعبیر هرزه‌نگاری جنسی به‌عنوان یک عاملی که مخالف ارزش‌های مقدس دینی داشته باشند و در نتیجه، ممکن است به رفتارهای هرزه‌نگاری جنسی به‌عنوان یک آسیب روان‌شناختی نگاه کنند [۶].

یکی دیگر از عواملی که در ارتباط با هرزه‌نگاری جنسی است، مکانیسم‌های دفاعی است. مکانیسم‌های دفاعی پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی، جسمی و سازگاری اجتماعی هستند و تا مدت‌های زیادی بسیاری این مکانیسم‌ها را بیماری‌زا تلقی می‌کردند. با این وجود، برخی از این

گزارش نمودند که بین هرزه‌نگاری جنسی و مکانیسم‌های دفاعی ارتباط وجود دارد. به طور خاص، مکانیسم‌های نابالغ با هرزه‌نگاری جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و مصرف الکل و سوء مصرف مواد ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد و باعث افزایش آن در افرادی می‌گردد که از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ به صورت مستمر استفاده می‌کنند.

بنابراین، باتوجه به شیوع بالای هرزه‌نگاری اینترنتی در سال‌های اخیر و پیامدهای منفی و مخرب آن بر بهزیستی و سلامت فردی و اجتماعی افراد جامعه، بررسی عوامل همبسته و زمینه‌ساز (همانند جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی) میل به هرزه‌نگاری به منظور تدوین برنامه‌های علمی و تخصصی در زمینه پیشگیری و درمان آن حائز اهمیت است. از طرف دیگر در داخل کشور پژوهش‌های بسیار اندکی در رابطه نقش جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی در استفاده از هرزه‌نگاری جنسی در دانشجویان انجام گرفته و تصویر واضحی از عوامل مؤثر بر میل به هرزه‌نگاری در جامعه اسلامی و ایرانی وجود ندارد. درحالی‌که به عقیده کارشناسان، ملاحظات فرهنگی جوامع در پویایی‌های فردی و اجتماعی میل به هرزه‌نگاری نقش اساسی دارند، بر این اساس این پژوهش در پی پاسخگویی به این پرسش اساسی است که آیا جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند استفاده از هرزه‌نگاری را پیش‌بینی نمایند؟

### روش:

**نوع پژوهش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است.

### آزمودنی:

**الف. جامعه آماری:** پژوهش شامل تمام دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان بود.

**ب. نمونه پژوهش:** برای برآورد حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شد. تعداد ۴۲۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که پس از حذف پرسش‌نامه‌های غیر معتبر، در نهایت ۳۷۷ پرسش‌نامه معتبر (۲۰۲ پسر و ۱۷۵ دختر) به دست آمد. از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسش

مذهبی بر کاهش میل به رفتارهای هرزه‌نگاری جنسی را در پژوهشی مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند، داشتن هویتی دینی بر رفتار منحرفانه جنسی و نقش جهت‌گیری مذهبی بر کاهش میل به رفتارهای هرزه‌نگاری جنسی مؤثر است. آدامسکی و همکاران [۵] در پژوهش خود گزارش نمودند، باورها و تعهدات مذهبی تأثیر بر نگرش‌ها و رفتارهای هرزه‌نگاری جنسی دارند. همچنین آنها دریافتند، افرادی که در مناطقی که دارای دیدگاه‌های مذهبی و معنوی بالاتری هستند، رفتارهای جنسی غیراخلاقی کمتری از خود نشان می‌دهند. مستر باچ و همکاران [۶] در پژوهش خود نشان داده‌اند، افراد مذهبی ممکن است تمایل بیشتری به تعبیر هرزه‌نگاری جنسی به عنوان یک عامل مخالف ارزش‌های مقدس دینی، داشته باشند. آدراش و ساهو [۳] در پژوهشی دریافتند، هرزه‌نگاری جنسی با گرایش‌های مذهبی رابطه معکوس و معنی‌داری دارد. بدین‌صورت که هرچه گرایش‌های مذهبی بالاتر باشد هرزه‌نگاری جنسی در افراد پایین‌تر و پایبندی به عقاید دینی بالاتر است.

سید حسینی و همکاران [۱۲] در پژوهشی نشان دادند، مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و روان‌رنجوری با هرزه‌نگاری جنسی در ارتباط است. خانی‌پور، نعمتی و محمدی [۱۳] در پژوهشی نشان دادند، مکانیسم دفاعی رشدیافته باعث کاهش و مکانیسم‌های دفاعی رشدناپخته باعث افزایش هرزه‌نگاری جنسی می‌گردند. غزالی، الکلیت و چن [۱۴] در پژوهشی نشان دادند، نوجوانانی که درگیر هرزه‌نگاری جنسی می‌شوند از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار استفاده می‌کنند. نتایج پژوهش دیسکرتی و اندود [۱۵]، در ارتباط بین مکانیسم‌های دفاعی و هرزه‌نگاری‌های جنسی در بین مجرمان جنسی و در بررسی رابطه مضرات هرزه‌نگاری جنسی و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نشان داد، افراد دارای هرزه‌نگاری جنسی از مکانیسم دفاعی رشدناپخته و ناسازگار استفاده می‌کنند. کونورت، گونثول، ریبلو و کمبالیز [۷] در پژوهشی نشان دادند، استفاده افراطی و اغراق‌آمیز از این مکانیسم‌ها منجر به هرزه‌نگاری جنسی می‌گردد و این دفاع‌های ناپخته (مانند پرخاشگری منفعل، عمل کردن، فرافکنی) توانایی واکنش سازگاران به استرس را مختل می‌کنند و هرزه‌نگاری جنسی را در افراد افزایش می‌دهند. کاسیکا، روسی، کولازینو و همکاران [۸] در پژوهش خود

نامه استفاده شد که در ادامه به آن اشاره شده است.

**پرسش‌نامه هرزه‌نگاری:** مقیاس استفاده مشکل‌ساز از هرزه‌نگاری یک ابزار ۱۲ آیتمی است که به وسیله کر<sup>۱</sup> و همکاران [۱۶] طراحی شده است. این ابزار از یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای هرگز، به ندرت (۱)، گاهی اوقات (۲)، معمولاً (۳)، بیشتر اوقات (۴) و همیشه (۵) برخوردار است. این مقیاس چهار مؤلفه دارد که عبارتند از: مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی، تمایل شدید به استفاده، ناتوانی در کنترل و استفاده به منظور فرار یا پرهیز از هیجان‌های منفی، آلفای کرونباخ این زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۷۵، ۰/۹۳ گزارش شده است [۱۷]. در ایران نیز روایی این پرسشنامه توسط درویش ملا و نیک منش [۱۸] مورد بررسی قرار گرفت و میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

**پرسش‌نامه مکانیزم‌های دفاعی DSQ\_40:** آزمون سبک‌های دفاعی ۴۰ پرسشی نخستین بار توسط باند<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۳ م. تهیه [۱۹] و در سال ۱۹۹۳ م. توسط اندروز<sup>۳</sup> و همکاران، نسخه جدید آن تدوین گردید که شامل ۴۰ پرسش است و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۲۰]. مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته عبارتند از: والایش، پیشاپیش‌نگری، شوخ‌طبعی و فرونشانی. مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته عبارتند از: دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، همه‌کاروانی، نارزنده‌سازی، گذار به عمل، بدنی‌سازی، خیال‌پردازی، لایه‌سازی، پرخاشگری منفعلانه، جابه‌جایی و مجزاسازی. مکانیزم‌های دفاعی روان‌آزرده عبارتند از: دیگردوستی کاذب، تشکل واکنشی، عقلانی‌سازی و ابطال. نتایج مطالعات هنجاریابی خارجی همبستگی بین آزمون و آزمون مجدد را بین ۰/۴۶ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. همچنین آلفای کرونباخ، برای سبک‌های رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۸ و ۰/۸۰ به دست آمده است (حیدری‌نسب و شعیری، ۱۳۹۰) [۲۱]. بالاترین ضریب اعتبار آلفا در گروه‌های مطالعه هنجاریابی در ایران در مردان دانشجو ۰/۸۱ و پایین‌ترین آن در دختران دانش‌آموز ۰/۶۹ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده به ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴

بوده است که نشان‌دهنده اعتبار خوب آزمون است. مقیاس نمره‌گذاری به صورت لیکرت و در یک مقیاس ۹ درجه‌ای است. فرد در هر یک از مکانیزم‌ها نمره‌ای بین ۲ تا ۱۸ به دست می‌آورد. برای به دست آوردن نمره سبک‌های دفاعی میانگین نمرات فرد در مکانیزم‌های آن سبک محاسبه می‌شود [۲۲].

**پرسش‌نامه خودگردانی مذهبی SRQ\_R:** به منظور اندازه‌گیری جهت‌گیری مذهبی از پرسش‌نامه خودگردانی مذهبی [۲۳] استفاده شد. این ابزار یک پرسش‌نامه خودسنجی است که میزان موافقت یا مخالفت پاسخ‌دهنده به ۱۲ گویه که درباره جهت‌گیری مذهبی او هستند را می‌طلبد. پاسخ‌ها در دامنه‌ای ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) قرار می‌گیرد. در این پرسش‌نامه هر جهت‌گیری با ۶ گونه ارزیابی می‌شود. گویه‌های ۱، ۶، ۴، ۸، ۹، و ۱۱ مربوط به بعد جهت‌گیری مذهبی همانندسازی شده و گویه‌های ۲، ۳، ۵، ۷، ۱۰ و ۱۲ مربوط به بعد جهت‌گیری مذهبی درون‌فکنی شده می‌باشد؛ بنابراین هر آزمودنی دو نمره از این ابزار به دست می‌آورد. نمره بیشتر در هر مؤلفه به معنای جهت‌گیری بیشتر آزمودنی است.

البرزی و جوکار [۲۴]، به منظور تعیین روایی این ابزار از روش‌های تحلیل عامل و روایی ملاکی استفاده کردند این محققان با تحلیل عامل اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی و تحلیل عامل تأییدی با استفاده از روش پیشینه احتمالاً دو عامل جهت‌گیری همانندسازی شده و جهت‌گیری درون‌فکنی شده استخراج شده است. این محققان به منظور بررسی روایی ملاکی این مقیاس از پرسش‌نامه خودگردانی یادگیری ریان و همکاران [۲۵]، استفاده کرده‌اند که نتایج حاکی از روایی ملاکی مطلوب این ابزار است. در رابطه با پایایی این ابزار، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی محاسبه شده است که ضریب آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری همانندسازی شده و جهت‌گیری فرافکنی شده به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب پایایی از آزمایی نیز برای جهت‌گیری همانندسازی شده برابر ۰/۷۶ و برای جهت‌گیری فرافکنی شده ۰/۷۶ به دست آمده است [۴].

#### شیوه اجرای پژوهش

پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه، از گروه‌های مختلف آموزشی دانشگاه (علوم انسانی،

1. Kor.
2. Bond.
3. Andrews.



جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد استفاده متغیرهای پژوهش

| متغیر                        | میانگین | انحراف استاندارد |
|------------------------------|---------|------------------|
| جهت‌گیری مذهبی درون‌فکنی شده | ۱۴/۰۲   | ۴/۰۷             |
| جهت‌گیری مذهبی خودپذیر       | ۱۹/۷۳   | ۴/۱۷             |
| استفاده از هرزه‌نگاری        | ۵/۷۹    | ۳/۸۲             |
| مکانیسم دفاعی رشدنا یافته    | ۱۱۷/۵۰  | ۲۶/۵۰            |
| مکانیسم دفاعی رشدیافته       | ۴۳/۷۰   | ۹/۸۷             |
| مکانیسم دفاعی نوروتیک        | ۴۲/۹۹   | ۱۰/۵۷            |

جدول ۲. نتایج ضریب همبستگی جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی با هرزه‌نگاری جنسی

| متغیرها       | هرزه‌نگاری جنسی |        |
|---------------|-----------------|--------|
|               | sig             | r      |
| درون‌فکنی شده | ۰/۰۳            | -۰/۰۱۳ |
| خودپذیر       | ۰/۰۱            | -۰/۳۷  |
| رشدنا یافته   | ۰/۰۱            | ۰/۱۴   |
| رشدیافته      | ۰/۱۰            | ۰/۰۴   |
| نوروتیک       | ۰/۱۲            | ۰/۰۳   |

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی درون‌فکنی شده و خودپذیر با هرزه‌نگاری جنسی و بین مکانیسم دفاعی رشدنا یافته با هرزه‌نگاری جنسی رابطه معنی‌داری است؛ بنابراین بین جهت‌گیری مذهبی درون‌فکنی شده ( $r = -0.13, P \leq 0.05$ ) و خودپذیر ( $r = -0.37, P \leq 0.01$ ) با هرزه‌نگاری جنسی رابطه معکوس و معنی‌داری و بین مکانیسم دفاعی رشدنا یافته با هرزه‌نگاری ( $r = 0.14, P \leq 0.03$ )، رابطه مثبت و معنی‌داری در سطح ۰/۹۵ درصد اطمینان وجود دارد.

فنی و مهندسی، علوم پایه) چند رشته تحصیلی به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس از میان رشته‌های تحصیلی به صورت تصادفی کلاس‌های درس و در نهایت از لیست دانشجویان هر کلاس، دانشجویان به شکل تصادفی انتخاب شدند که با آگاهی از اهداف پژوهش و اعلام رضایت از شرکت در پژوهش، به تکمیل پرسش‌نامه مبادرت ورزیدند. همچنین طرح پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه سیستان و بلوچستان<sup>۱</sup> بررسی و مورد تأیید قرار گرفت.

**شیوه تحلیل داده‌ها:** جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

### نتایج

بررسی اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها نشان داد، نمونه شامل ۳۷۷ دانشجوی با گستره سنی ۱۸-۳۷ سال بودند. ۵۴/۶ درصد در گستره سنی ۱۸-۲۴ سال، ۳۳/۲ درصد در گستره سنی ۲۵-۳۱ سال، ۹/۸ درصد در گستره سنی ۳۲-۳۶ سال و ۲/۴ درصد گروه در گستره سنی ۳۷ سال و بیشتر، در تحصیلات ۷۲/۲ کارشناسی، ۱۹/۴ درصد ارشد و ۳/۴ درصد در سطح تحصیلی دکترا قرار داشتند.

برای بررسی پرسش پژوهش که آیا جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند استفاده از هرزه‌نگاری را پیش‌بینی کنند، از تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک ارائه شده است.

پیش‌فرض‌های آماری تحلیل رگرسیون گام به گام با بررسی هم‌خطی چندگانه به کمک آماره تولرانس، داده‌های پرت، نمودارهای مانده و داده‌های مفقود برقرار بود. آماره تولرانس در پیش‌بینی هرزه‌نگاری جنسی در دو گام تحلیل رگرسیون دارای ضرایب بین ۰/۹۶ تا ۱/۰ بود که حاکی از عدم هم‌خطی و نیز ثبات این تحلیل رگرسیون بود. همچنین، مقدار VIF برای هر متغیر در دو گام تحلیل در دامنه ۰/۳۲ تا ۰/۰۹ قرار داشت. مقدار دوربین-واتسن در پیش‌بینی تاب‌آوری برابر ۰/۸۲ بود؛ بنابراین فرض همبستگی پسماندها نیز رد شد. همچنین، روابط همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک در دو گام تحلیل کمتر از ۲/۹ بود که به معنای عدم هم‌خطی بین متغیرها و صحت انجام تحلیل رگرسیون گام به گام است.

1. IR.USB.REC.1400.049.

### جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون گام جهت پیش بینی هرزه‌نگاری جنسی

| متغیر وابسته    | متغیر پیش‌بین           | R    | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> <sub>adj</sub> | B     | Beta  | t     | sig   |
|-----------------|-------------------------|------|----------------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| هرزه‌نگاری جنسی | جهت‌گیری مذهبی خودپذیر  | ۰/۳۷ | ۰/۱۳           | ۰/۱۳                          | -۰/۳۴ | -۰/۳۷ | -۷/۰۱ | ۰/۰۰۱ |
|                 | مکانیسم دفاعی رشدنیافته | ۰/۱۴ | ۰/۰۳           | ۰/۰۲                          | ۰/۰۳  | ۰/۱۴  | ۲/۸۱  | ۰/۰۱  |

نتایج رگرسیون گام‌به‌گام در جدول ۳ نشان داد؛ جهت‌گیری مذهبی خودپذیر و مکانیسم دفاعی رشدنیافته در همان گام نخست وارد معادله شده و توانسته است به ترتیب ۰/۱۳ و ۰/۰۲ درصد واریانس را برای هرزه‌نگاری جنسی تبیین کنند؛ بنابراین جهت‌گیری مذهبی خودپذیر با هرزه‌نگاری جنسی ( $\beta = -0.37, p = 0.001$ ) رابطه معکوس و معنی‌داری و مکانیسم دفاعی رشدنیافته با هرزه‌نگاری جنسی ( $\beta = 0.14, p = 0.01$ ) رابطه مثبت و معنی‌دار داشت.

### بحث و نتیجه‌گیری

ما در این پژوهش به دنبال پاسخ به این پرسش بودیم که آیا جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی قادر به پیش‌بینی رفتار هرزه‌نگاری جنسی هست؟ نتایج نشان داد، بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی درون‌فکنی شده و خودپذیر با هرزه‌نگاری جنسی رابطه معکوس و بین مکانیسم دفاعی رشدنیافته با هرزه‌نگاری جنسی رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد که جهت‌گیری مذهبی خودپذیر و مکانیسم دفاعی رشدنیافته در همان گام نخست وارد معادله شده و توانسته است به ترتیب ۰/۱۳ و ۰/۰۲ درصد واریانس را برای هرزه‌نگاری جنسی تبیین کنند. این نتایج هماهنگ با نتایج جواهری و همکاران [۹]، کلاته ساداتی و همکاران [۱۰]، فقیهی مقدس و همکاران [۱۱]، آدامسکی و همکاران [۵]، مستر باج و همکاران [۶]، آدراس و ساهو [۳]، سیدحسینی و همکاران [۱۵]، خانپور و همکاران [۱۶]، غزالی و همکاران [۱۷]، کدیسکرتی و اندود [۱۹]، کونورت و همکاران [۷] و

کاسیکا و همکاران [۸] است. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند، جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی با هرزه‌نگاری جنسی در ارتباط هستند. مثلاً پژوهش جواهری و همکاران [۹]، در زمینه تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر کاهش میل به هرزه‌نگاری جنسی؛ کلاته ساداتی و همکاران [۱۰]، در پژوهش رابطه دین‌داری با رفتارهای پرخطر جنسی و فقیهی مقدس و همکاران [۱۱]، تأثیر هویت دینی بر رفتار منحرفانه جنسی و نقش جهت‌گیری مذهبی بر کاهش میل به رفتارهای هرزه‌نگاری جنسی به این نتیجه دست یافتند که داشتن هویتی دینی بر رفتار منحرفانه جنسی و نقش جهت‌گیری مذهبی بر کاهش میل به رفتارهای هرزه‌نگاری جنسی مؤثر است. آدامسکی و همکاران [۵]، در پژوهش باورها و تعهدات مذهبی تأثیر بر نگرش‌ها و رفتارهای هرزه‌نگاری جنسی؛ مستر باج و همکاران [۶]، در پژوهش هرزه‌نگاری جنسی به عنوان یک عامل مخالف ارزش‌های مقدس دینی و آدراس و ساهو [۳]، در پژوهش هرزه‌نگاری جنسی با گرایش‌های مذهبی دریافتند که گرایش‌های مذهبی باعث کاهش هرزه‌نگاری جنسی می‌گردد.

سید حسینی و همکاران [۱۵]، در پژوهش مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و روان رنجوری با هرزه‌نگاری جنسی؛ خانی‌پور و همکاران [۱۶]، در پژوهش مکانیسم دفاعی رشدنیافته و مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته در ارتباط با هرزه‌نگاری جنسی دریافتند، مکانیسم‌های دفاعی ناپخته باعث کاهش هرزه‌نگاری جنسی و مکانیسم‌های دفاعی ناپخته باعث افزایش هرزه‌نگاری جنسی می‌گردند. غزالی و همکاران [۱۷]، در پژوهشی نوجوانان درگیر هرزه‌نگاری جنسی و

می‌گردد؛ بنابراین استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته یکی از روش‌هایی است که باعث کاهش هرزه‌نگاری جنسی و آسیب‌های آن می‌گردد. استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و نورو تیک سبب جدایی فرد از واقعیت و نزدیک شدن به بیماری‌های روانی و رفتارهایی نامناسب از قبیل هرزه‌نگاری جنسی می‌گردد.

### محدودیت‌ها و پیشنهاد های پژوهش

نمونه مورد مطالعه محدود به دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان بوده است؛ بنابراین با توجه به تفاوت‌های جنسیتی و اجتماعی در بین گروه‌های جمعیتی در سطح جامعه، بهتر است در تعمیم نتایج از نمونه به گروه‌های جمعیتی دیگر احتیاط شود.

لذا، پیشنهاد می‌شود، پژوهش مشابه بر روی دانشجویان سایر دانشگاه‌های کشور انجام گیرد تا امکان بررسی مقایسه‌ای نتایج فراهم گردد.

همچنین، یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند تلویحات مهمی در راستای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی در زمینه هرزه‌نگاری جنسی داشته باشد. پیشنهاد می‌شود، متخصصان در کار با مراجعان درگیر در هرزه‌نگاری جنسی مشکل‌ساز میزان پایبندی مذهبی، نگرش به هرزه‌نگاری و مکانیسم‌های دفاعی آن‌ها را مورد سنجش قرار دهند تا تصویر واضح‌تری از عوامل سوق‌دهنده آن‌ها به سمت هرزه‌نگاری در اختیار داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود، در تدوین برنامه‌های آموزشی پیشگیرانه و نیز مداخلات درمانی از آموزه‌های مذهبی و اخلاقی برای آگاهی‌رساندن به افراد و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی مناسب و سازگارانه در این زمینه و نیز اصلاح نگرش آن‌ها نسبت به هرزه‌نگاری جنسی استفاده شود. تولید برنامه‌های آموزشی متنوع در قالب جلسات گروهی، کتاب، مجله، نمایش و فیلم با محتوای مذهبی و آموزش چگونگی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته نیز می‌تواند برای تأثیرگذاری بر نگرش‌های افراد جامعه به ویژه نوجوانان و جوانان نسبت به هرزه‌نگاری جنسی مؤثر باشد.

### سپاسگزاری

از کلیه دانشجویانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار؛ کدیسکرتی و اندود [۱۹]، در ارتباط بین مکانیسم‌های دفاعی و هرزه‌نگاری‌های جنسی در بین مجرمان جنسی؛ کونورت و همکاران [۷]، در پژوهش استفاده افراطی و اغراق‌آمیز از مکانیسم‌های دفاعی در ارتباط با هرزه‌نگاری جنسی و کاسیکا و همکاران [۸]، در پژوهش ارتباط بین هرزه‌نگاری جنسی و مکانیسم‌های دفاعی دریافتند، مکانیسم‌های نابالغ با هرزه‌نگاری جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و مصرف الکل و سوء مصرف مواد ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد.

در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که پای‌بندی مذهبی می‌تواند به وسیله تأکید بر استانداردهای اخلاقی خاص، درونی‌سازی معیارهای رفتاری مورد تأیید جامعه مذهبی، انگیزش دادن به افراد برای خوب بودن، بهره‌برداری از قدرت بازدارنده احساس گناه، مرتبط کردن افراد مذهبی با شبکه‌های اثباتی از روابط اجتماعی با دیگر همکیشان، توانمندسازی شخصیت، پرورش خودانتقادی و خودبازبینی و ایجاد نگرش که همه رفتارهای خوب و بد انسان مورد مشاهده و ثبت و ضبط است، هرزه‌نگاری جنسی را کاهش و خودکنترلی را افزایش دهد. بدین ترتیب، چنانچه فرد کار نادرستی انجام دهد و یا انگیزشی برای آن کار در خود احساس کند به واسطه این ادارک که خداوند می‌تواند رفتار او را ببیند در خلوت شخصی خود نیز احساسات منفی درباره رفتار خود را تجربه می‌کند و به واریسی و کنترل رفتارهای خود مطابق با معیارهای اخلاقی ارائه شده توسط مذهب ادامه می‌دهد. همچنین وقتی یک رفتار متعارض با آموزه‌های مذهبی اتفاق افتاد احساس گناه می‌تواند فرد را از ادامه آن رفتار نامطلوب باز دارد. مذهب، همچنین افراد را به انجام رفتارهای مذهبی (مانند نماز، دعا، خواندن کتاب‌های مذهبی و شرکت در اجتماعات مذهبی) تشویق می‌کند که به آنان در زمان وسوسه شدن کمک می‌کند. تسلط این راهبرد خودکنترلی می‌تواند فرد را از انجام رفتارهایی همانند هرزه‌نگاری جنسی و انجام رفتارهایی که به لحاظ مذهبی نادرست هستند محافظت نماید.

از دیگر سو مکانیسم‌های دفاعی را می‌توان یکی از شاخص‌های ذهنی مرتبط با سلامت روانی در نظر گرفت و افرادی که سعی دارند نگاه واقع بینانه‌ای داشته باشند از مکانیسم‌های دفاعی سازگارانه‌ای استفاده نموده و این امر باعث افزایش احساس تسلط و کنترل بیشتر در زندگی شان

## منابع

- 6- Mestre-Bach G, Blycker GR, Chiclana Actis C, Brand M, Potenza MN. Religion, Morality, ethics, and Problematic Pornography use. sex & addiction (g mestre bache g blycker, section editors). 2021; SEX & ADDICTION (G MESTRE-BACH AND G BLYCKER, SECTION EDITORS).  
<https://doi.org/10.1007/s40429-021-00388-2>
- 7- Gouvernet B, Guérolé N, Rebelo T. Combaluzie S. Defensive styles and sexual motives. *Sexologies*. 2020; 29(4): 93-102.  
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.08.004>
- 8- Ciocca G, Rossi R, Collazzoni A, Gorea F, Vallaj B, Stratta P. et al. The impact of attachment styles and defense mechanisms on psychological distress in a non-clinical young adult sample: A path analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 273: 384-390.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.014>
- ۹- جواهری غر، اسماعیلی م، حاجی تبار فیروزجائی ح، هرزه‌نگاری سایبری: از مبانی نظری تا الگوهای واکنش کیفی. پژوهش حقوق کیفری. ۱۳۹۹؛ ۸ (۳۰): ۱۷۳-۲۰۰.  
<https://doi.org/10.22054/jclr.2020.42595.1923>
- ۱۰- کلاته ساداتی ا، حجازی ح، مرادی نژاد ا. رابطه بین دینداری و رفتار پرخطر در زندگی مجردی: مطالعه پیمایشی زنان شهر یزد ۱۳۹۷. زن در توسعه و سیاست. ۱۳۹۸؛ ۱۷(۱): ۲۷-۴۲.  
<https://doi.org/10.22059/jwdp.2019.274299.1007577>
- ۱۱- فقیه‌ی مقدس ن، مؤمنی‌راد ف، شریفی س. ارائه مدل رفتار منحرفانه جنسی نوجوانان دختر: تأملی بر رویکرد زمینه‌ای. زن در توسعه و سیاست. ۱۳۹۸؛ ۱۷(۱): ۷۱-۹۵.  
<https://doi.org/10.22059/jwdp.2019.276379.1007594>
- ۱- پورجعفری م. نقش کارکردهای خانواده، احساس تنهایی و مهارت ارتباطی در پیش‌بینی اعتیاد به هرزه‌نگاری در بین دانشجویان. فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی. ۱۴۰۰؛ ۱۲(۸): ۱-۱۱.  
<http://jnip.r/article-1-448-fa.html>
- ۲- امیرفخرایی آ. اثربخشی مقدماتی درمان شناختی رفتاری بر اختلال نعوذ جنسی بر شدت علائم روانشناختی همبود: پژوهش مورد منفرد. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۷؛ ۱۸(۲): ۱۷-۲۷.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2854>
- 3- Adarsh H Sahoo S. Pornography and Its Impact on Adolescent/Teenage Sexuality. *Journal of Psychosexual Health*. 2023; 5(1): 35-39.  
<https://doi.org/10.1177/26318318231153984>
- 4- Zillmann D, Bryant J, ed. Pornography [Internet]. 1st Ed. Routledge; 2012 [cited 2022 Sep 26].  
<https://www.taylorfrancis.com/books/9781136461187>. Accessed January 24, 2023.  
<https://doi.org/10.4324/9780203052167>
- 5- Adamczyk A, Liu, Y-H; Scott, J. Understanding the role of religion in shaping cross-national and domestic attitudes and interest in abortion, homosexuality, and pornography using traditional and Google search data. *Social Science Research*. 2021; 100, 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2021.102602>

- 17-Dekeseredy WS, Carlson Endowed A D. Understanding the Harms of Pornography: The Contributions of Social Scientific Knowledge. Prepared for Culture Reframed. 2020: 1-15. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16226.68807>.
- 18-Darvish Molla; M, Nikmanesh Z. Psychometric Properties of the Persian Version of Problematic Pornography Use Scale (Pornography Addiction). *Psychological Models and Methods*. 2017; 8 (27): 49-63. <https://doi.org/20.1001.1.22285516.1396.8.27.4.9>
- 19-Bond M, Gardner St. Ch J, Sigal, JJ. Empirical Study of Self-rated Defense Styles. *Archive General Psychiatry*. 1983; Vol. 40: 333-338. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790030103013>
- 20-Andrews G, Singh M, Bond Michael. The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disorder*. 1993; Vol. 18 No.1: 246-256. <https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006>
- ۲۱- حیدری‌نسب ل، شعیری مر. ساخت عاملی پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) در نمونه‌های غیربالیینی ایرانی . پژوهش‌های نوین روانشناختی. ۱۳۹۰؛ ۶(۲۱): ۹۶ - ۲۱۷. [https://psychologyj.abrizu.ac.ir/article\\_4170.html](https://psychologyj.abrizu.ac.ir/article_4170.html)
- ۲۲- فتحی‌آشتیانی ع، داستانی م. آزمون‌های روانشناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: بعثت: ۱۳۸۹.
- ۱۲- سیدحسینی اس، طیبی ز، کارشکی ح، مدرس غروی م. به کارگیری تحلیل مسیر در تعیین رابطه سبک‌های دل‌بستگی با شدت علائم یائسگی: بررسی نقش میانجی‌گری احساس گناه جنسی و مکانیسم‌های دفاعی. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۳۹۸؛ ۹(۱): ۸-۱. <https://www.magiran.com/p2088125>
- ۱۳- خانی‌پور ح، نعمتی م، محمدی ع. مقایسه خودآسیب‌رسانی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد با اختلال هویت جنسی قبل و بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت. *مجله روانشناسی بالینی*. ۱۳۹۶؛ ۴(پیاپی ۳۶): ۹-۲۳-۳۲. JCP.2018.11263.1116/2075.10
- 14-Ghazali, SR; Elklit, A; Chen YY. Coping Style and Defence Mechanisms among Traumatized and Non-Traumatized Adolescents in Malaysia. *International Journal of Current Research and Review*. 2021; 13 (4): 63-68. <http://dx.doi.org/10.31782/IJCRR.2021.SP121>.
- 15-Alcina J, S Barros, Stefania P. Teche, Carolina Padoan, Pricilla Laskoski, Simone Hauck and Claudio L. *Eizirik Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. September 2020; 48 (3): 302-314. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003925-20>
- 16-Kor A, Fogel Y A, Reid R. C & Potenza M N. should hypersexual disorder be classified as an addiction? *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2013; 20: 27-47. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.768132>

۲۴-البرزی م، جوکار ب. مقایسه خودگردانی مذهبی دانش  
آموزان مدارس تیزهوش با دانش‌آموزان مدارس عادی در  
شهرستان شیراز. *مطالعات روانشناختی*. ۱۳۸۴؛ ۱(۲): ۸۳-  
۹۴  
[https://psychstudies.lzahra.ac.ir/article\\_1663.html](https://psychstudies.lzahra.ac.ir/article_1663.html)

23-Ryan RM, Rigby S, King K. Two types of  
religious internalization and their relations to  
religious orientations and mental health, *Journal  
of Personality and Social Psychology*. 1993; 65:  
586-596.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.3.586>

# مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با بهبودی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

نویسندگان

محمدرضا تمنایی فر<sup>۱\*</sup>، زهرا شیرانی<sup>۲</sup>

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

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

Zahra.shirani@grad.kashanu.ac.ir

چکیده

**مقدمه:** سندرم روده تحریک‌پذیر، یک اختلال عملکردی مزمن و اغلب ناتوان‌کننده تعامل روده و مغز، یک چالش بهداشت عمومی است که بر کار، مشارکت اجتماعی و بهبود روان‌شناختی افراد تأثیر می‌گذارد. در این راستا هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با بهبود روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بوده است.

**روش:** مطالعه حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده مرکز سلامت گوارش بیمارستان الزهرا اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه بر اساس مدل کلاین (۲۰۲۳) و با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰۰ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC) کومپل سیل و آستین (۲۰۰۷)، پرسش‌نامه تنظیم‌شناختی هیجان (CERQ) گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و مقیاس بهبود روان‌شناختی (PWBS) ریف (۱۹۸۹م) بود. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۸ انجام گرفت.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد، تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه ( $\beta = -0.68$  و  $\text{sig} = 0.002$ )، تنظیم‌شناختی هیجان سازگارانه ( $\beta = 0.73$  و  $\text{sig} = 0.002$ ) بر بهبود روان‌شناختی اثر مستقیم و معنادار دارد. در نهایت تاب‌آوری ( $\beta = 0.71$ ) و  $p < 0.05$  دارای اثر مستقیم و معنادار بود و در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با بهبود روان‌شناختی توانست نقش میانجی معنادار ایفا کند. همچنین مدل نهایی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود ( $\text{RMSEA} = 0.026$  و  $p < 0.05$ ).  
**بحث و نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با توجه به نقش میانجی معنادار تاب‌آوری، می‌توان با به‌کارگیری مداخلات مؤثر همانند آموزش تنظیم هیجان و آموزش تاب‌آوری، میزان بهبود روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر را ارتقا داد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۲/۱۱



کلیدواژه‌ها

بهبودی روان‌شناختی، تاب‌آوری، راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان، سندرم روده تحریک‌پذیر.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

tamannai@kashanu.ac.ir

## مقدمه

شایستگی برای رویارویی با چالش‌هایی که دنیا به همراه دارد، هدف در زندگی<sup>۸</sup> (احساس معنا، اهداف و جهت‌گیری در زندگی) و رشد شخصی<sup>۹</sup> (تجربه شخصی و رشد و تحول فردی) هستند [۸] در مورد اثرات بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر بر وضعیت روان‌شناختی این بیماری در افراد مبتلا می‌توان گفت که این بیماری و تجربه علائم آن با بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی ضعیف‌تر در مبتلایان همراه است و افراد مبتلا نسبت به افراد سالم سطوح بالاتری از پریشانی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند [۹]. همچنین سندرم روده تحریک‌پذیر و داروهای مورد استفاده برای درمان آن بر سلامت جنسی و باروری افراد مبتلا تأثیر می‌گذارد که این شرایط می‌تواند منجر به اختلال عملکرد جنسی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شود [۱۰]. یکی از عوامل شناختی و هیجانی که می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند، راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان<sup>۱۱</sup> است، به طوری که تحقیقات نشان داده است، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی و راهبردهای سازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت دارد [۱۱]. نتایج سایر تحقیقات نیز نشان داده است که ارزیابی مجدد مثبت<sup>۱۱</sup> و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی<sup>۱۲</sup> به عنوان راهبردهای سازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان به طور مثبت با بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی مرتبط است و نشخوار فکری<sup>۱۳</sup>، فاجعه‌نمایی<sup>۱۴</sup> و سرزنش خود<sup>۱۵</sup> عنوان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی ضعیف‌تر مرتبط است. این نتایج نشان می‌دهد، راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان ممکن است به طور متفاوتی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی افراد مؤثر باشد [۱۲]. همچنین، در برخی تحقیقات نشان داده شده است که راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با تأثیرگذاری بر توانایی هوش هیجانی و به واسطه آن نیز می‌توانند بر شاخص‌های

سندروم روده تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> یک اختلال عملکردی شایع گوارشی [۱] و یک اختلال مزمن و اغلب آزاردهنده در تعامل روده و مغز است که با درد شکمی همراه با تغییر در دفعات مدفوع و/یا کالیبر مشخص می‌شود [۲] و اغلب بیماران علائمی گوارشی مانند حالت تهوع و سوزش سردل را تجربه می‌کنند [۳]. سندرم روده تحریک‌پذیر یک بیماری روده طولانی‌مدت است و با انواع مشکلات گوارشی مشخص می‌شود که بارزترین آنها ناراحتی مزمن احشایی شکمی است و به طور کلی مرتبط با استرس است و بر استاندارد زندگی افراد مبتلا تأثیر می‌گذارد و معمولاً با علائم پریشانی روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب همراه است [۴]. درحالی‌که درد شکمی و تغییر عادات روده‌ای علائم اولیه سندرم روده تحریک‌پذیر هستند، افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اغلب شدت تهوع و علائم گوارشی فوقانی را در هر دو حالت ناشتا و پس از غذا در مقایسه با افراد سالم گزارش می‌کنند [۵]. از نظر جنسیتی زنان بیشتر از مردان مبتلا به این بیماری می‌شوند، به طوری که در سال ۲۰۲۱م، یک مطالعه نظرسنجی چندملیتی با ۷۳۰۷۶ بزرگسال از ۳۳ کشور نشان داد، شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر با افزایش سن کاهش می‌یابد و در زنان به طور قابل‌توجهی بالاتر از مردان است [۶]. در میان عوامل روان‌شناختی مثبت، بهزیستی روان‌شناختی<sup>۲</sup> در سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند نقش محافظت‌کننده باشد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و پایبندی به رفتارهای بهداشتی کلیدی مانند فعالیت بدنی و اصلاح رژیم غذایی را بهبود بخشد [۷].

بر اساس نظریه ریف<sup>۳</sup> [۸] شش بعد بهزیستی روان‌شناختی نشان‌دهنده عملکرد روان‌شناختی مثبت است که شامل: پذیرش خود<sup>۴</sup> (نگرش مثبت در مورد خود و ویژگی‌های خود)، روابط مثبت با دیگران<sup>۵</sup> (روابط گرم، رضایت‌بخش، اعتماد با دیگران)، خودمختاری<sup>۶</sup> (احساس خودمختاری و استقلال)، تسلط محیطی<sup>۷</sup> (احساس

8 . Purpose in Life.

9 . Personal Growth.

10 . Cognitive Emotion Regulation.

11 . Positive Reappraisal.

12 . Refocus on Planning.

13 . Rumination.

14 . Catastrophizing.

15 . self-Blame.

1 . Irritable Bowel Syndrome.

2 . Psychological well-Being.

3 . Ryff's.

4 . Self-Acceptance.

5 . Positive relations with Others.

6 . Autonomy.

7 . Environmental Mastery.



افزایش می‌دهد و برای ارتقای سلامت و پاسخ به استرس ضروری است و می‌تواند به بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک در مقابل با مشکلات ناشی از بیماری کمک کند [۲۱]. تحقیقات نشان داده است، در آن دسته از بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر که تاب‌آوری کمتری دارند، شدت علائم بیماری بیشتر و کیفیت زندگی بدتر است [۲۲].

بنابراین، مشخص است که هم راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی هیجان [۱۳، ۱۲] و هم تاب‌آوری [۲۲] با علائم روان‌شناختی مثبت در ارتباط هستند و این متغیرها همچنین می‌توانند نقش مهمی بر بهبود یا تشدید علائم در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشته باشند [۱۴، ۲۱]. اما آنچه اهمیت پژوهشی دارد، شناسایی مکانیسم‌های میانجی تأثیرگذار در روابط بین راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی در این بیماران است که در این مطالعه به آن پرداخته شده است؛ لذا تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی پرداخته شده است که به این دلایل که تاب‌آوری تحت‌تأثیر راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی هیجان [۱۵، ۱۶] و خود تاب‌آوری نیز بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیرگذار است [۲۳، ۲۴، ۲۵]؛ بنابراین زمانی که تاب‌آوری بتواند بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر بگذارد و خود تاب‌آوری نیز از راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی تأثیر بپذیرد؛ لذا انتخاب تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی می‌تواند منطقی باشد که در این پژوهش این هدف بررسی شده است. همچنین در اهمیت پژوهش می‌توان گفت؛ نتایج یک پژوهش برای شناخت عوامل مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی این بیماران می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات روان‌شناختی برای بهبود مشکلات روان‌شناختی این بیماران به کار گرفته شود. در این راستا، پژوهش حاضر در پاسخ به این پرسش انجام شده است که آیا تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش میانجی دارد؟

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مرکز سلامت گوارش بیمارستان الزهرا اصفهان در سال

بهزیستی (مانند بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی) تأثیر معنادار بگذارند [۱۳].

در چنین شرایطی اگر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در رویارویی با شرایط استرس‌زا از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌کننده شناختی هیجان استفاده کنند، می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی آنان را تحت تأثیر قرار دهد و باعث شود که این بیماران، بهزیستی روان‌شناختی ضعیف‌تری را تجربه کنند، به طوری که تحقیقات نشان داده است استفاده از راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی هیجان ناسازگارانه با کیفیت زندگی ضعیف‌تر همراه بوده است [۱۴]. این کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی بیماران را تحت تأثیرات منفی خود قرار دهد [۱۵]. بر اساس آنچه گفته شد راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی در ارتباط هستند [۱۱، ۱۳، ۱۲]. اما آنچه می‌توان اهمیت داشته باشد، شناخت متغیرهای میانجی در ارتباط بین راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی است که در این پژوهش به نقش میانجی تاب‌آوری<sup>۱</sup> در این روابط پرداخته شده است. تحقیقات نشان داده است که تاب‌آوری می‌تواند تحت‌تأثیر راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی هیجان باشد [۱۶]. به طوری که پولیزی و لینن<sup>۲</sup> [۱۷] نیز نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی با تاب‌آوری در ارتباط هستند و افرادی که در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا از راهبردهای تنظیم‌کننده شناختی هیجان سازگارانه استفاده می‌کنند در مواجهه با این رویدادهای استرس‌زا تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهند [۱۷].

تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی به عنوان توانایی سازش‌یافتگی موفقیت‌آمیز با شرایط تنیدگی‌زا و تهدیدزا توصیف شده است [۱۸]. به عبارتی، تاب‌آوری به عنوان قدرت و توانایی فرد برای رویارویی و مواجهه با مشقت‌ها<sup>۳</sup> و سختی‌ها تعریف شده است [۱۹] که با تأثیرپذیری از مهارت تنظیم‌کننده هیجان می‌تواند میزان پریشانی احتمالی ناشی از شرایط نامطلوب در مواجهه با بحران‌ها را مهار کند و از این طریق می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی افراد را بهبود بخشد [۲۰]. همچنین، می‌توان گفت؛ تاب‌آوری یک توانایی روانی - اجتماعی است که عواطف منفی را کاهش می‌دهد و درعین‌حال سازگاری با ناملازمات را

1. Resilience.
2. Polizzi & Lynn.
3. Adversity.

طریق تحلیل عاملی تأییدی مورد پذیرش قرار گرفته است. مقدار خطای ریشه مجذور میانگین تقریب در دختران ۰/۱۴ و برای پسران به ۰/۴۵ به دست آورده‌اند و ضرایب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی استفاده شده است و ۰/۷۷ و پسران ۰/۷۶، پذیرش خود (برای دختران ۰/۴۸ و پسران ۰/۵۶)، رابطه مثبت با دیگران (برای دختران ۰/۷۳ و پسران ۰/۷۸)، داشتن هدف در زندگی (برای دختران ۰/۴۶ و پسران ۰/۵۶)، رشد فردی (برای دختران ۰/۶۸ و پسران ۰/۷۷) و استقلال (برای دختران ۰/۷۱ و پسران ۰/۷۴) به دست آمده است [۲۸]. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی ۰/۹۵ به دست آمده است.

#### پرسش‌نامه تنظیم‌شناختی هیجان<sup>۶</sup> (CERQ): این

پرسش‌نامه توسط گرانفسکی و همکاران [۲۹] تدوین شده است و شامل ۳۶ پرسش که شامل راهبردهای ناسازگارانه (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، فاجعه‌نمایی) و راهبردهای سازگارانه (دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) است. نمره‌گذاری در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت است (از هرگز ۱ نمره تا همیشه ۵ نمره). دامنه نمرات راهبردهای ناسازگارانه بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه بیشتر است و دامنه نمرات راهبردهای سازگارانه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده تنظیم‌شناختی هیجان سازگارانه بیشتر است. در نسخه اصلی پرسش‌نامه پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است و روایی ملاکی (هم‌زمان) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون با چک‌لیست اختلالات روانی<sup>۷</sup> (SCL-90) دراگوتیس<sup>۸</sup> و همکاران [۳۰] در دامنه ۱۷ تا ۰/۵۵ گزارش شده است (۲۹). این پرسش‌نامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و ضرایب آلفای کرونباخ برای راهبردهای ناسازگارانه در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۸۷، راهبردهای سازگارانه در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ و کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است و روایی آن با تحلیل عاملی اکتشافی

۱۴۰۲ بودند. باوجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به اعتقاد کلاین<sup>۱</sup> (۲۶) حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ است؛ بنابراین در پژوهش حاضر بر مبنای پیشنهاد کلاین و با احتساب احتمال ریزش برخی پاسخ‌نامه‌ها حجم نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب شد. تشخیص بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس نظر پزشک متخصص، گذشت حداقل ۶ ماه تا ۱ سال از زمان تشخیص بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، ابتلا نداشتن به مشکلات روان‌شناختی حاد و مزمن بر اساس گزارش خود فرد و رضایت آگاهانه از ملاک‌های ورود به پژوهش بود و همکاری ناکافی و تکمیل‌نکردن پرسش‌های پرسش‌نامه‌های پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

#### ابزارها

#### مقیاس بهزیستی روان‌شناختی<sup>۲</sup> (PWBS): این

مقیاس توسط ریفت<sup>۳</sup> [۸] تهیه شده است و شامل ۱۸ پرسش است. این مقیاس ۶ مؤلفه تسلط محیطی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی<sup>۴</sup> و استقلال را اندازه‌گیری می‌کند. پرسش‌های به صورت طیف ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم از تا کاملاً موافقم است به این صورت که کاملاً مخالفم نمره ۱، تا حدودی مخالفم نمره ۲، خیلی کم مخالفم نمره ۳، خیلی کم موافقم نمره ۴، تا حدودی موافقم نمره ۵ و کاملاً موافقم نمره ۶ تعلق می‌گیرد. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بهزیستی روان‌شناختی بیشتر در فرد پاسخ‌دهنده است. سازنده مقیاس برای بررسی روایی مقیاس از روایی ملاکی (هم‌زمان) استفاده کرده است و ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ<sup>۵</sup> [۲۷] بررسی و ضرایب در دامنه ۰/۲۹ تا ۰/۶۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است و همچنین برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل پرسش‌های را ۰/۷۲ محاسبه کرده است [۸]. این مقیاس در ایران هنجاریابی شده است و روایی سازه از

6. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ).  
7. Symptom Checklist- 90 (SCL-90).  
8. Derogatis.

1. Kline.  
2. Psychological Well-being Scale (PWBS).  
3. Ryff.  
4. Personal Growth.  
5. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSEs).

### نتایج

در این پژوهش ۲۳۳ نفر (۷۷/۲ درصد) زن و ۶۹ نفر (۲۲/۸ درصد) مرد بودند. تحصیلات ۹ نفر (۳ درصد) متوسطه، ۹۷ نفر (۳۲/۱ درصد) دیپلم، ۱۵ نفر (۵ درصد) فوق دیپلم، ۱۰۳ نفر (۳۴/۱ درصد)، کارشناسی، ۶۳ نفر (۲۰/۹ درصد) کارشناسی ارشد و ۱۲ نفر (۵ درصد) دکترا بودند. ۱۹۶ نفر (۶۵/۳۳ درصد) متاهل و ۵۳ نفر (۳۵/۳۳ درصد) مجرد بودند. میانگین سن افراد شرکت کننده ۲۹/۳۱ با انحراف معیار ۹/۸۵۹ بود.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش                       | میانگین          | انحراف استاندارد  | چولگی | کشدگی |
|--------------------------------------|------------------|-------------------|-------|-------|
| تسلط محیطی                           | ۹/۸۷             | ۴/۸۴              | -۰/۱۱ | -۱/۴۱ |
| پذیرش خود                            | ۹/۳۸             | ۴/۳۷              | -۰/۱۷ | -۱/۶۴ |
| رابطه مثبت با دیگران                 | ۹/۷۵             | ۳/۹۹              | ۰/۰۳  | -۱/۳۲ |
| داشتن هدف در زندگی                   | ۹/۲۴             | ۵/۰۷              | ۰/۵۲  | -۰/۹۹ |
| رشد فردی                             | ۱۰/۵۳            | ۵/۰۲              | ۰/۱۳  | -۱/۲۰ |
| استقلال                              | ۱۰/۲۸            | ۴/۶۷              | ۰/۱۴  | -۱/۲۲ |
| نمره کل بهزیستی روان‌شناختی          | ۵۹/۰۵            | ۲۵/۹۵             | -۰/۰۶ | -۱/۵۹ |
| سرزنش خود                            | ۸/۲۵             | ۳/۸۲              | ۰/۹۶  | ۰/۳۹  |
| سرزنش دیگران                         | ۸/۷۱             | ۴/۰۴              | ۰/۵۷  | -۰/۲۹ |
| نشخوارگری                            | ۸/۳۶             | ۴/۰۴              | ۰/۱۹  | -۱/۴۰ |
| فاجعه‌نمایی                          | ۹/۳۲             | ۴/۰۳              | ۰/۰۸  | -۱/۵۱ |
| نمره کل تنظیم‌شناختی هیجان‌سازگارانه | ۳۴/۶۴            | ۱۴/۱۶             | ۰/۴۸  | -۰/۹۵ |
| دیدگاه‌گیری                          | ۸/۵۹             | ۴/۸۱              | ۰/۶۹  | -۰/۹۰ |
| تمرکز مجدد                           | ۹/۱۳             | ۴/۲۱              | ۰/۱۷  | -۱/۷۱ |
| ارزیابی مجدد                         | ۹/۱۳             | ۴/۵۵              | ۰/۵۴  | -۰/۹۱ |
| پذیرش                                | ۹/۳۶             | ۴/۲۵              | ۰/۲۴  | -۱/۷۴ |
| تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی            | ۱۰/۲۵            | ۴/۷۹              | -۰/۱۷ | -۱/۸۶ |
| نمره کل تنظیم‌شناختی هیجان‌سازگارانه | ۴۶/۴۶            | ۱۹/۵۶             | ۰/۱۵  | -۱/۴۹ |
| تاب‌آوری                             | ۲۹/۴۰            | ۹/۸۳              | ۰/۴۷  | -۱/۳۶ |
| نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)  | ضریب مردیا: ۰/۹۹ | نسبت بحرانی: ۰/۷۶ |       |       |

بررسی و در مجموع ۹ خرده مقیاس ۷۴ درصد واریانس را تبیین کرده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی<sup>۱</sup> یک و همکاران [۳۱] بررسی و ضرایب همبستگی برای راهبردهای سازگارانه در دامنه ۰/۲۵- تا ۰/۳۲- و برای راهبردهای ناسازگارانه در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است [۳۲]. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی کرونباخ راهبردهای سازگارانه ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ راهبردهای ناسازگارانه به دست آمده است.

مقیاس تاب‌آوری<sup>۲</sup> (CD-RISC): این مقیاس توسط کومپل سیل و آستین<sup>۳</sup> [۳۳] تدوین شده است که نسخه نخست این مقیاس ۲۵ پرسش دارد که توسط کانر و دیویدسون [۳۴] برای بررسی توانایی مقابله با استرس در مواجهه با خطر یا ناملایمات تدوین شده است، اما کومپل سیل و آستین [۳۳] نسخه ۱۰ پرسشی آن را تهیه نمودند. نمره‌گذاری مقیاس به صورت پنج‌درجه‌ای لیکرت است. به این صورت که برای کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۳، کاملاً موافقم نمره ۴ در نظر گرفته شده است حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۴۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر و توانایی مقابله با استرس را در مواجهه با خطر یا ناملایمات است. سازندگان مقیاس پایایی آن را بررسی و ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند و روایی سازه آن با تحلیل عاملی تأییدی پذیرش شده است [۳۳]. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی ۰/۹۶ به دست آمده است.

### شیوه تحلیل داده‌ها

جهت سنجش متغیرهای پژوهش، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی، جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری<sup>۴</sup> استفاده شد. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۸ و برنامه AMOS بود.

1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II).
2. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).
3. Campbell-Sills & Stein.
4. Structural Equation Model (SEM).

بحرانی باید کمتر از ۵ باشد، نشان‌دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است که نتایج در جدول ۱ آمده است که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد؛ بنابراین توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد [۳۵] که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۰/۹۹ و مقدار نسبت بحرانی ۰/۷۶ به دست آمد و نشان‌دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۲، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۲، ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین تنظیم‌شناختی هیجان سازگارانه، تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). بین تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). در ادامه در جدول ۳، ضرایب مستقیم مدل پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱، تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد افراد شرکت‌کننده ۳۰۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان‌دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد [۲۶]. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد و نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان‌دهنده استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد، نتایج نشان داد، هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نیستند. برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می‌شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش                 | ۱       | ۲       | ۳      | ۴ |
|--------------------------------|---------|---------|--------|---|
| بهزیستی روان‌شناختی            | ۱       |         |        |   |
| تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه | -۰/۵۴** | ۱       |        |   |
| ۳ تنظیم‌شناختی هیجان سازگارانه | ۰/۶۰*   | -۰/۴۹** | ۱      |   |
| ۴ تاب‌آوری                     | ۰/۶۹**  | -۰/۶۸** | ۰/۵۹** | ۱ |

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۳. ضرایب استاندارد و مستقیم در مدل برازش شده پژوهش

| مسیرهای مستقیم                                       | ضریب استاندارد (بتا) | خطای استاندارد (S.E) | نسبت بحرانی (آماره t) | سطح معناداری (sig) |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
| تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه ← بهزیستی روان‌شناختی | -۰/۶۸                | ۰/۷۹                 | ۲/۸۸۴                 | ۰/۰۰۲              |
| تنظیم‌شناختی هیجان سازگارانه ← بهزیستی روان‌شناختی   | ۰/۷۳                 | ۱/۰۹                 | ۳/۰۵۴                 | ۰/۰۰۲              |
| تاب‌آوری ← بهزیستی روان‌شناختی                       | ۰/۷۱                 | ۰/۲۹                 | ۳/۷۳۶                 | ۰/۰۰۱              |

جدول ۴. نتایج بوت استروپ راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با میانجی‌گری تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی

| معناداری | ضرایب استاندارد غیرمستقیم |          | مسیرهای غیرمستقیم   |
|----------|---------------------------|----------|---|
|          | حد بالا                   | حد پایین |   |
| ۰/۰۳۳    | -۰/۷۷۱                    | -۰/۱۷۱   | تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه ← تاب‌آوری ← بهزیستی روان‌شناختی |
| ۰/۰۱۷    | ۰/۵۷۱                     | ۰/۱۲۶    | تنظیم‌شناختی هیجان سازگارانه ← تاب‌آوری ← بهزیستی روان‌شناختی   |

هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی از طریق نقش میانجی تاب‌آوری از روش بوت استروپ استفاده شد. بر اساس جدول ۴، نتایج بوت استروپ آمده است. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود. مطابق نتایج جدول ۴، این قاعده در مورد راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی با نقش میانجی تاب‌آوری صدق می‌کند. در جدول شماره ۵ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

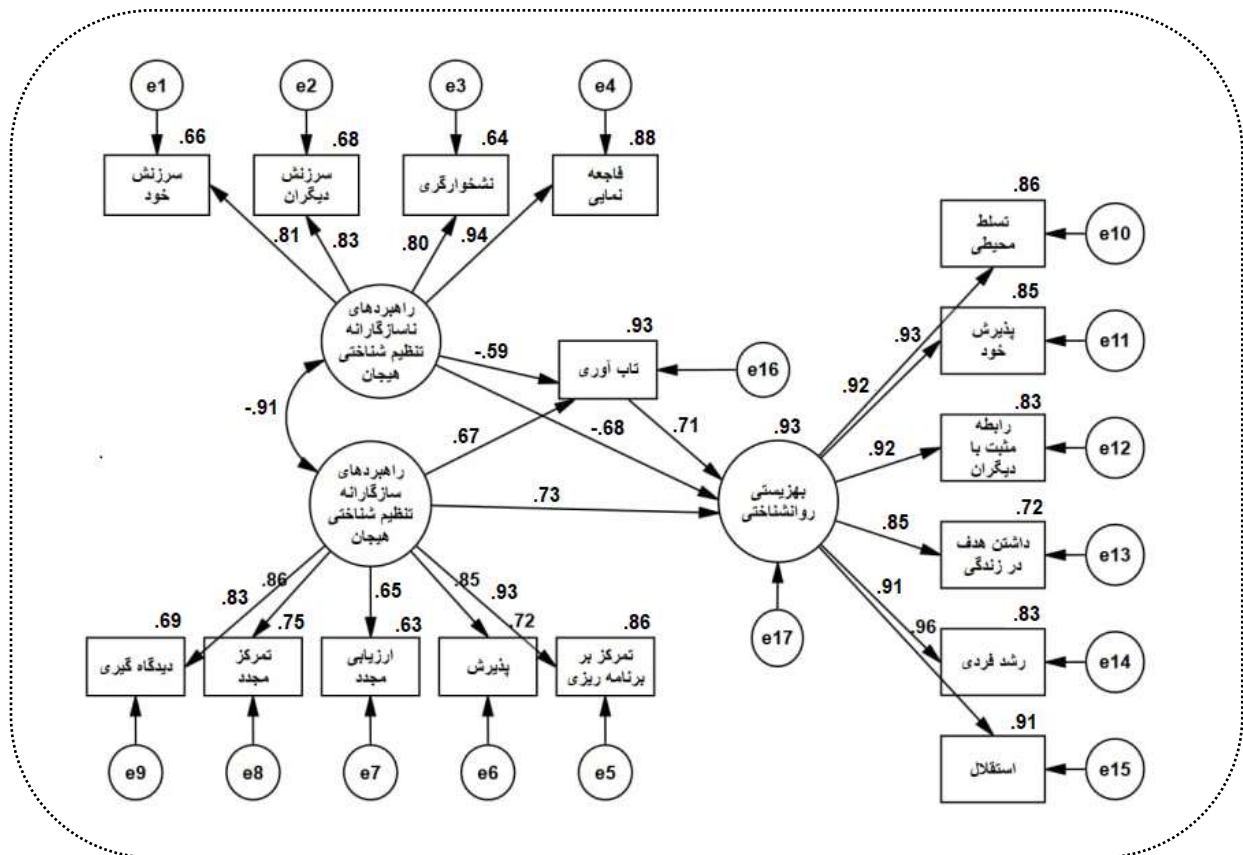
همان‌طور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود ضریب استاندارد و مستقیم تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه ( $\beta = -0/68$  و  $\text{sig} = 0/002$ )، تنظیم‌شناختی هیجان سازگارانه ( $\beta = 0/73$  و  $\text{sig} = 0/002$ ) و تاب‌آوری ( $\beta = 0/71$  و  $\text{sig} = 0/001$ ) بر بهزیستی روان‌شناختی اثر مستقیم و معنادار دارد. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای میانجی یا غیرمستقیم در جدول ۴، ارائه شده است. برای تعیین معنی‌داری راهبردهای تنظیم‌شناختی

جدول ۵. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش

| نوع شاخص      | شاخص‌ها                                       | مقدار به دست آمده | مقدار قابل قبول |
|---------------|---|-------------------|-----------------|
| شاخص‌های مطلق | کای اسکوئر هنجار شده (CMIN)                   | ۱۱۵/۱۸۷           | -               |
|               | درجه آزادی                                    | ۹۹                |                 |
|               | CMIN/DF                                       | ۱/۱۶۳             | کمتر از ۳       |
|               | سطح معناداری                                  | ۰/۰۰۱             | -               |
| شاخص‌های نسبی | خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)         | ۰/۰۲۶             | کمتر از ۰/۰۸    |
|               | شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)                  | ۰/۰۰۱             | -               |
|               | شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)                    | ۰/۹۳۱             | بیشتر از ۰/۹۰   |
|               | شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI) | ۰/۹۳۰             | بیشتر از ۰/۹۰   |
|               | شاخص برازش مقتصد (PCFI)                       | ۰/۷۸۲             | بیشتر از ۰/۶۰   |
|               | شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)             | ۰/۶۷۷             | بیشتر از ۰/۶۰   |
|               | شاخص برازندگی افزایشی (IFI)                   | ۰/۹۳۳             | بیشتر از ۰/۹۰   |
|               | شاخص نیکویی برازش (GFI)                       | ۰/۹۶۰             | بیشتر از ۰/۹۰   |
|               | شاخص برازش هنجار شده (NFI)                    | ۰/۹۸۸             | بیشتر از ۰/۹۰   |

دلالت دارند. بر اساس نتایج مدل نهایی پژوهش همانگونه که مشاهده می‌شود این شاخص‌ها همگی مطلوب هستند. همچنین اگر مقدار به دست آمده از شاخص خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) کمتر از ۰/۰۸ باشد، نشان‌دهنده برازش مدل است [۳۶] که در این پژوهش مقدار معناداری برای شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۲۶ است که بر اساس مدل کلاین (۲۶) نشان‌دهنده برازش مدل است. در شکل ۱، مدل نهایی و برازش شده پژوهش آمده است.

جهت آزمون مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های آمده شده در جدول ۵ استفاده شده است. همچنین اگر شاخص برازش هنجار شده (NFI)، برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) و نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) بزرگتر از ۰/۹۰ و برای برازش مقتصد (PCFI)، برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) بالای ۰/۶۰ باشد و بر برازش مناسب و مطلوب مدل



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

بود. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با بهبودی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش میانجی دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج پژوهش گومز - لیثل و همکاران [۱۱]، بالزاروتی و همکاران [۱۲] و اکسترمرا و همکاران [۱۳] همسویی داشته باشد که نشان دادند راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با بهبودی روان‌شناختی رابطه دارند و همچنین با نتایج پژوهش فادگیاس استانسولتی و همکاران [۲۱] و کیلیپاتریک و همکاران [۲۲] همسویی دارد که نشان دادند تاب‌آوری با بهبودی روان‌شناختی ارتباط دارد. همچنین، یافته‌ای غیرهمسو و غیرهمخوان با نتیجه به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین نتیجه به دست آمده مبنی بر نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان سازگارانه با بهبودی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌توان گفت؛ راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان سازگارانه راهبردهایی را شامل می‌شوند که نقش مهمی در کاهش مشکلات

شکل ۱، مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می‌دهد. واریانس تبیین شده برای بهبودی روان‌شناختی بر اساس راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با نقش میانجی تاب‌آوری برابر با ۰/۹۳ به دست آمد، این موضوع بیانگر آن است که راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با میانجی تاب‌آوری در مجموع ۹۳ درصد از واریانس بهبودی روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر را تبیین می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با بهبودی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، تاب‌آوری دارای اثر مستقیم و معنادار بود و توانست در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با بهبودی روان‌شناختی نقش میانجی معنادار ایفا کند. همچنین مدل نهایی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار

از راهبردهای ناسازگارانه مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی برای مقابله با استرس‌ها و رویدادهای تنش‌زا استفاده می‌کنند، به احتمال زیاد در تلاش برای کاهش یا کم کردن تجربه هیجان‌ات منفی می‌شوند [۳۹] و این باعث می‌شود که تاب‌آوری آنان در برابر مشکلات و رویدادهای تنش‌زا کمتر شود؛ لذا نقص در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه ممکن است بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر منفی بگذارد و وقتی آنان سطوح پایین‌تری از تاب‌آوری را داشته باشند باعث می‌شود که در برابر علائم اضطراب، افسردگی و استرس (به عنوان نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی) ناشی از بیماری آسیب‌پذیر باشند و این، پریشانی روان‌شناختی آنان را نسبت به هم‌تایان آنها بیشتر کند و باعث شود که بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری را تجربه کنند؛ بنابراین، می‌توان گفت؛ راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه با تأثیرگذاری منفی بر تاب‌آوری باعث می‌شود که تاب‌آوری این بیماران کاهش پیدا کند و آنان در برابر مشکلات و مصائب ناشی از بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر، توانمندی هیجانی و روان‌شناختی کمتری از خود نشان دهند و همین سبب می‌شود که بهزیستی روان‌شناختی کمتری را گزارش کنند. بر این اساس منطقی است که گفته شود، تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان ناسازگارانه با بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش میانجی داشته باشد.

### محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

علی‌رغم نقاط قوت این مطالعه، مانند بررسی فرایندهای میانجی و جهت‌گیری اثرات مستقیم و غیرمستقیم، نتایج این مطالعه باید با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌ها تفسیر شود. نخست، در مطالعه حاضر از مقیاس‌ها و پرسش‌نامه‌های خودگزارشی استفاده شده است. یک محدودیت مهم دیگر در این پژوهش که باید به آن توجه کرد، اطلاعات ناکافی در مورد نمونه فعلی پژوهش حاضر یعنی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود، زیرا این مطالعه تنها جنسیت، سن، تحصیلات و وضعیت تأهل را به عنوان ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشخص کرد؛ لذا دامنه جامعه در مطالعه حاضر ممکن است پرسش‌هایی را در مورد

روان‌شناختی افراد دارد. از میان این راهبردها تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی به افکاری در مورد گام‌های بعدی برای مدیریت موقعیت استرس‌زا اشاره دارد. تمرکز مجدد مثبت افکار مربوط به سایر تجربیات مثبت و شاد را منعکس می‌کند. ارزیابی مجدد مثبت به نسبت دادن معنای مثبت به رویداد استرس‌زا اشاره دارد و دیدگاه‌گیری به افکاری اشاره دارد که در مقایسه با سایر موقعیت‌های منفی، ارزش تجربه استرس‌زا را کاهش می‌دهند [۳۷]؛ بنابراین استفاده از راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان‌سازگارانه همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس در بسیاری از مواقع، علاوه بر کاستن از هیجان‌های منفی می‌تواند باعث افزایش هیجان‌های مثبت و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شود. تاب‌آوری توانایی سازگاری مثبت با استرس و ناملایمات است؛ این یک هدف درمانی بالقوه است؛ زیرا در سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد سالم کاهش می‌یابد و با شدت علائم بدتر و کیفیت زندگی ضعیف‌تر همراه است و در آن دسته از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که تاب‌آوری بالاتری دارند شدت علائم بیماری کمتر از دیگر بیماران است [۳۸]؛ بنابراین، تاب‌آوری به آنان کمک می‌کند که بتوانند به طور سازگارانه‌ای با استرس‌ها و ناملایمات زندگی کنار آیند، مصائب و مشکلات ناشی از بیماری آنان را ناتوان نکنند، با مشکلات مبارزه کنند و عواطف منفی زندگی و بیماری خود را بپذیرند. این توانمندی یا تاب‌آوری به آنان کمک کرده که شدت علائم بیماری را در خود کم کنند. از این رو، راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان‌سازگارانه مانند ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی می‌توانند بیماران را در برابر مشکلات و استرس‌ها توانمند کرده و با بالا بردن میزان تاب‌آوری خود، سطح بهزیستی روان‌شناختی بیشتری را نیز تجربه کنند؛ لذا منطقی است گفته شود که تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان‌سازگارانه با بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نقش میانجی داشته باشد.

همچنین، در تبیین نتیجه به دست آمده مبنی بر نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان‌سازگارانه با بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌توان گفت؛ افرادی که کمبودهای بیشتری در تنظیم هیجان نشان می‌دهند یعنی

## منابع

- 1- Wang YN, Zhou LY, Huang YH, Jiang M, Dai C. The incidence and predisposing factors for irritable bowel syndrome following COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2024; 36(2): 168-176. <https://doi.org/10.1097/meg.0000000000002688>
- 2- Travers P, Lacy BE, Cangemi DJ. Irritable bowel syndrome—less irritable, or better treatments?. *Current Opinion in Gastroenterology*. 2024; 40(1): 27-33. <https://doi.org/10.1097/mog.0000000000000987>
- 3- Chen LJ, Burr R, Cain K, Kamp K, Heitkemper M. Age Differences in Upper Gastrointestinal Symptoms and Vagal Modulation in Women With Irritable Bowel Syndrome. *Biological Research for Nursing*. 2024; 26(1): 46-55. <https://doi.org/10.1177/10998004231186188>
- 4- Wal A, Srivastava A, Verma N, Pandey SS, Tyagi S. The Role of Nutraceutical Supplements in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Mini Review. *Current Pediatric Reviews*. 2024; 20(1): 66-75. <https://doi.org/10.2174/1573396319666230102121953>
- 5- Steinsvik EK, Valeur J, Hausken T, Gilja OH. Postprandial symptoms in patients with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: Relations to ultrasound measurements and psychological factors. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2020; 26(1): 96–105. <https://doi.org/10.5056/jnm19072>
- 6- Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, Palsson OS. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021; 160(1): 99-114. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
- 7- Madva EN, Harnedy LE, Longley RM, Rojas Amaris A, Castillo C, Bomm MD, Celano CM. Positive psychological well-being: A novel concept for improving symptoms, quality of life, and health behaviors in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*. 2023; 35(4): 1-10. <https://doi.org/10.1111/nmo.14531>
- 8- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989; 57 (6): 1-10. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه ایجاد کند. محدودیت‌های این مطالعه عمدتاً به ماهیت جانبی آن مربوط می‌شود. جمع‌آوری داده‌ها یک رویداد یکباره بود و در نتیجه داده‌ها عمق زمانی ندارند، درحالی‌که نمرات ممکن است از یک سال به سال دیگر و حتی در همان سال بسته به شرایط شخصی به طور قابل‌توجهی تغییر کنند. مطالعات آتی باید ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کامل‌تری از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مانند شرایط خانوادگی، موقعیت جغرافیایی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده را مشخص کنند تا بتوانند تعیین کنند که چگونه این ویژگی‌ها می‌توانند بر نتایج این‌گونه مطالعات تأثیر بگذارند. مطالعه حاضر فقط تاب‌آوری را به عنوان یک مکانیسم میانجی در رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با بهزیستی روان‌شناختی بررسی کرد. با این حال، برخی متغیرهای میانجی دیگر از جمله عزت‌نفس، خودکنترلی و غیره را نیز می‌توان در نظر گرفت. پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دیگر شهرها هم انجام شود. چرا که بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یک عامل روان‌شناختی مثبت می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف ماهیت متفاوتی داشته باشد و شناسایی عوامل مؤثر بر آن در قالب تحقیقات مدلیابی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اهمیت دارد. به روان‌شناسان و مشاوران فعال در کلینیک‌های سلامت پیشنهاد می‌شود، در راستای بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به نقش راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی تاب‌آوری توجه کنند، چرا که این کارکردهای شناختی - هیجانی و شخصیتی قابل‌آموزش و ارتقا است. بر این اساس، اجرای مداخله‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان و آموزش تاب‌آوری بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند مفید خواهد بود.

## سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان (بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر) که در پژوهش شرکت کردند و همچنین پرسنل و پزشکیانی که برای به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.



- 16-Brites R, Brandão T, Hipólito J, Ros A, Nunes O. Emotion regulation, resilience, and mental health: A mediation study with university students in the pandemic context. *Psychology in the Schools*. 2024; 61(1): 304-328.  
<https://doi.org/10.1002/pits.23055>
- 17-Polizzi CP, Lynn SJ. (Regulating emotionality to manage adversity: A systematic review of the relation between emotion regulation and psychological resilience. *Cognitive Therapy and Research*. 2021; 1(2): 1-21.  
<https://doi.org/10.1007/s10608-020-10186-1>
- 18-Liang M, Chen P, Molassiotis A, Jeon S, Tang Y, Hu G, Ye Z. (2023). Measurement invariance of the 10-item resilience scale specific to cancer in Americans and Chinese: A propensity score-based multidimensional item response theory analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2023; 10(2): 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100171>
- 19-Cachón Zagalaz J, López Manrique I, San Pedro Veledo MB, Zagalaz Sánchez ML, González González de Mesa, C. The importance of the phoenix bird technique (resilience) in teacher training: CD-RISC scale validation. *Sustainability*. 2020; 12(3): 1-10.  
<https://doi.org/10.3390/su12031002>
- 20-Renati R, Bonfiglio, NS, Rollo, D. Italian University Students' Resilience during the COVID-19 Lockdown—A Structural Equation Model about the Relationship between Resilience, Emotion Regulation and Well-Being. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2023; 13(2): 259-270. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13020020>
- 21-Fadgyas Stanculete M, Ismaiel A, Popa SL, Capatina OO. Irritable Bowel Syndrome and Resilience. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(13):10-20.  
<https://doi.org/10.3390/jcm12134220>
- 22-Kilpatrick LA, Gupta A, Tillisch K, Labus JS, Naliboff BD, Mayer EA, Chang, L. Neural correlates of perceived and relative resilience in male and female patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*. 2023; 1(2): 1-10.  
<https://doi.org/10.1111/nmo.14710>
- 23-Arnout BA, Almoied AA. A structural model relating gratitude, resilience, psychological well-being and creativity among psychological counsellors. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2021; 21(2): 470-488.  
<https://doi.org/10.1002/capr.12316>
- 9- Knowles SR, Austin DW, Sivanesan S, Tye-Din J, Leung C, Wilson J, Hebbard G. Relations between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness. *Psychology, health & medicine*. 2017; 22(5): 524-534.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1168932>
- 10-Reed S, Bugwadia AK, Dave S, Wilson HE, Ramesh P, Michel HK. Sexual and reproductive health considerations in the care of young adults with inflammatory bowel disease: A multidisciplinary conversation. *Health Care Transitions*. 2024; 2(1): 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.hctj.2023.100033>
- 11-Gómez-Leal R, Gutiérrez-Cobo MJ, Megías-Robles A, Fernández-Berrocal. PThe dark triad and subjective well-being: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2023; 64(3): 368-375.  
<https://doi.org/10.1111/sjop.12890>
- 12-Balzarotti S, Biassoni F, Villani D, Prunas A, Velotti P. Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. 2016; 17(1): 125-143.  
<https://doi.org/10.1007/s10902-014-9587-3>
- 13-Extremera N, Sánchez-Álvarez N, Rey L. Pathways between ability emotional intelligence and subjective well-being: Bridging links through cognitive emotion regulation strategies. *Sustainability*. 2020; 12(5): 1-10.  
<https://doi.org/10.3390/su12052111>
- ۱۴- خوش سرور س، کاظمی رضایی ع. نقش راهبردهای تنظیم شناختی تنظیم‌شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی و شدت علائم بیماران با سندرم روده تحریک‌پذیر. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری. ۱۳۹۸؛ ۶(۱): ۶۰-۶۸.  
<http://article-1-404-fa.html/http://ijrm.r>
- ۱۵- اسکافی‌ثابت ز، قربان شیرودی ش، زربخش بحری م ر، امینیان ک. اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شدت بیماری، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. نشریه سلامت اجتماعی. ۱۴۰۰؛ ۹(۱): ۳۶-۴۶.  
<https://doi.org/10.22037/ch.v9i1.31290>

- ۳۲- حسنی ج. خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*. ۱۳۸۹؛ ۳(۳): ۷۳-۸۴.  
<https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031>
- 33-Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2007; 20(6): 1019-1028.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- 34-Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- ۳۵- قریب‌بلوک م، میکائیلی ن، بشرپور س. نقش میانجی ذهن‌آگاهی در رابطه بین نگرش ناکارآمد و حساسیت اضطرابی با کیفیت خواب در نوجوانان دوره متوسطه دوم دبیرستان. *نشریه روان پرستاری*. ۱۴۰۱؛ ۱۰(۲): ۶۱-۷۲.  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/IJPN.10.2.61>
- 36-Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*. 2003; 8 (2): 23-74.  
<https://psycnet.apa.org/record/2003-08119-003>
- 37-Rusu PP, Bodenmann G, Kayser K. Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2019; 36(1): 359-376.  
<https://doi.org/10.1177/0265407517751664>
- 38-Parker CH, Naliboff BD, Shih W, Presson AP, Kilpatrick L, Gupta A, et al. The role of resilience in irritable bowel syndrome, other chronic gastrointestinal conditions, and the general population. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2021; 19(12), 2541-2550.  
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.08.043>
- 39-Weiss NH, Sullivan TP, Tull MT. Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. *Current opinion in psychology*. 2015; 3(1): 22-29.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.013>
- ۲۴-حسن‌زاده نمین ف، پیمانی ج، رنجبری‌پور، ط، ابوالمعالی الحسینی خ. مدل پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب‌آوری با در نظر گرفتن نقش میانجی استرس ادراک شده. *مجله علوم روانشناختی*. ۱۳۹۸؛ ۱۸(۷۷): ۵۶۹-۵۷۸.  
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.7.12.5>
- 25-Beri N, Dorji P. (Role of resilience and psychological wellbeing during difficult situations. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 1572-1580. 2021.  
<https://annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/1604>
- 26-Kline RB. (2023). Principles and practice of structural equation modeling. Fourth Edition, Guilford publications.  
<https://books.google.com/books?>
- 27-Rosenberg, M. Determinants of self-esteem-a citation classic commentary on society and the adolescent self-image by Rosenberg, M. *Current Contents/Social & Behavioral Sciences*. 1989; 1 (11): 16-16.  
<https://garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989T475800001.pdf>
- ۲۸- خانجانی م، شهیدی ش، فتح‌آبادی ج، مظاهری م ع، شکر، ا. ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *فصل‌نامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. ۱۳۹۳؛ ۹ (۳۲): ۲۷-۳۶.  
[https://jtbcp.riau.ac.ir/article\\_67.html](https://jtbcp.riau.ac.ir/article_67.html)
- 29-Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Journal Personality and Individual Differences*, 2001; 30(8): 1311-1327.  
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- 30-Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. 1977.  
[https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjt55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1656144](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjt55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1656144)
- 31-Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio. TX: *Psychological Corporation*. 1996.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>

# اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

نویسندگان

نیلوفر جعفریان<sup>۱</sup>، علی رضائی<sup>۲\*</sup>، فاطمه ایزدی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران. jafarianniiofar07@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران. izadi@iaukhsh.ac.ir

چکیده

**مقدمه:** مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری پیش‌رونده عصبی و عامل بسیاری از ناتوانی‌ها در افراد مبتلا به این بیماری است. مجموعه علائم و ماهیت مزمن بودن این بیماری در کنار یکدیگر، باعث تشدید وضعیت روانی فرد و ایجاد علائم روان‌شناختی گسترده‌تری در خصوص وخیم شدن بیماری می‌شود. از این رو، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود.

**روش:** روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین جامعه آماری، تمام افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهرکرد بودند، تعداد ۳۰ نفر به‌طور هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. مداخله به شیوه گروهی، در ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل: پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ، پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI)، مقیاس کیفیت زندگی بیماران ام‌اس (MSQOL) و پرسش‌نامه تحمل ناکامی هرینگتون، بود که افراد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسش‌ها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد، ۹۷/۳ درصد تغییرات مربوط به کاهش اضطراب، ۹۶/۸ درصد تغییرات مربوط به متغیر تحمل ناکامی و ۹۸/۵ درصد تغییرات مربوط به افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون ناشی از تأثیر طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است و طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش اضطراب، افزایش کیفیت زندگی و تحمل ناکامی شده است ( $p < 0/001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب، بهبود کیفیت زندگی و افزایش تحمل ناکامی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۰۷/۲۳

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۱/۱۰



کلیدواژه‌ها

طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اضطراب، کیفیت زندگی، تحمل ناکامی، مالتیپل اسکلروزیس.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

ali.rezaie.112psy@gmail.com

## مقدمه

بیماری ام‌اس، روی کیفیت زندگی افراد نیز تأثیرگذار است. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است [۱۰]. کیفیت زندگی، شرایطی است که خوب زیستن را امکان‌پذیر می‌سازد، به نحوی که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت‌های روزمره باشد و بیمار نیز از کارایی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت نماید [۱۱]. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس به طور معناداری نسبت به جمعیت سالم و افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن مثل دیابت، پایین‌تر و ضعیف‌تر است و بسیاری از نشانه‌های این بیماری از جمله اختلال کارکرد ناتوانی، با کاهش سطح کیفیت زندگی مرتبط است [۱۲].

تحقیقات چیاراوالوتی و دلاکو<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) [۱۳] حاکی از آن است که در مبتلایان به ام‌اس، مشکلات و علائم روان‌شناختی، منبع اصلی ناتوانی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین‌آمدن کیفیت زندگی این افراد می‌شود. تحمل ناکامی به قابلیت فرد در نشان دادن مقاومت در کوشش با وجود شکست مکرر و محیط خصومت‌آمیز اشاره می‌کند [۱۴]. تحمل ناکامی قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناکامی است، بدون این‌که در سازگاری روان‌شناختی اشکالی ایجاد شود؛ یعنی بدون این‌که به شیوه‌های ناپسند رفتاری دست بزند [۱۵].

تاکنون در رابطه با مشکلات روان‌شناختی بیماران ام‌اس درمان‌های زیادی انجام شده‌است؛ اما با وجود درمان‌های ارائه شده، باز هم نیاز به راهکارهایی برای مشکلات روان‌شناختی این بیماران حس می‌شود و از آنجا که تاکنون تأثیر طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی این بیماران مورد مطالعه قرار نگرفته‌است، در این پژوهش از این درمان استفاده شده‌است.

طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برنامه مفصلی

مالتیپل اسکلروزیس (MS) نوعی بیماری پیشرونده و تحلیل‌برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است [۱]. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. در این بیماری پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی دچار آسیب می‌شود [۲]. اگرچه نشانه‌های این بیماری وجود دارند؛ اما علت آن هنوز ناشناخته است [۳]. میلین‌زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم‌های حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب‌شناختی روانی شود [۴].

مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس کمتر از مشکلات فیزیولوژیک آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است. یکی از مشکلات روان‌شناختی این بیماران، اضطراب است. علت دقیق میزان بالای اضطراب در این بیماران ناشناخته است و ترکیبی از فاکتورهای روانی، اجتماعی، نورولوژیکی و مرتبط با بیماری، احتمالاً دخیل هستند [۵]. علت بروز علائم اضطراب در بیماران مبتلا به ام‌اس، شاید به این دلیل باشد که بیماران اغلب مجبورند یادگیرند که با ماهیت غیرقابل پیش‌بینی علائم، زندگی کنند [۶]. هم‌چنین به دلیل مزمن بودن ماهیت بیماری ام‌اس، نداشتن پیش‌آگهی، درمان قطعی و درگیرساختن فرد در سنین جوانی، اضطراب و استرس نیز در این بیماران شیوع بالایی دارد [۷]. اضطراب باعث تشدید علائم بیماری و در نتیجه عود حملات می‌شود [۸].

در مطالعه تورنتون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۶م)، میزان نگرانی در بیماران ام‌اس و ارتباط بین نگرانی با اضطراب و افسردگی در این بیماران بصورت شاهد - موردی بررسی گردید [۹] که نشان داد، نمره اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به ام‌اس از گروه کنترل بالاتر بوده و نگرانی بیماران ام‌اس، شامل دو بخش نگرانی بیماران از تأثیر بیماری بر فعالیت فیزیکی و نگرانی آن‌ها از تأثیر شدت بیماری بر فعل و انفعالات اجتماعی، ارتباط فامیلی و فعالیت روزانه در خانه یا محل کار می‌گردد [۹].

2. Chiaravalloti N, DeLuca J.

1. Thornton E et al.

بوده است. در پژوهش حاضر برای انتخاب گروه نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین منظور به صورت هدفمند به انجمن ام‌اس شهرکرد مراجعه شد و تعدادی پرسش‌نامه در اختیار افراد قرار گرفت و از آنجا که برای طرح‌های نیمه‌آزمایشی نیاز به ۳۰ نفر شرکت‌کننده جهت بررسی اثربخشی می‌باشد [۱۹] از بین این افراد ۳۰ نفر که نمره‌ی بالا در اضطراب و تحمل ناکامی و نمره‌ی پایین در کیفیت‌زندگی داشتند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند.

گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری ام‌اس، داشتن نمرات بالا در اضطراب و تحمل ناکامی و نمرات پایین در کیفیت‌زندگی، قرار داشتن فرد در بازه سنی ۲۰-۵۰ سال، تحصیلات دیپلم تا دکتری، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم دریافت همزمان درمان‌های روان‌شناختی دیگر از ملاک‌های ورود بودند. غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، بدون ضرر بودن مداخله درمانی و حفظ حریم خصوصی را رعایت نمود. روش تجزیه و تحلیل در این پژوهش بدین صورت بود که در ابتدا داده‌ها جمع‌آوری و در سطح توصیفی انحراف‌معیار و میانگین محاسبه شد و در سطح آمار استنباطی نیز از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگورف- اسمیرنوف و برای بررسی یکسان‌سازی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و پس از آن با استفاده از نرم‌افزار SPSS23 مورد تفسیر قرار گرفت. ابزار پژوهش در ذیل مطرح شده‌اند.

#### پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ:

پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ) در سال ۱۹۹۰ م توسط یانگ تدوین شد [۲۰]. به منظور سهولت کاربرد، یانگ و برون در سال ۱۹۹۴ م [۲۱] فرم کوتاه این پرسش‌نامه را تدوین کردند [۲۲]. این پرسش‌نامه ۷۵ پرسش دارد و برای سنجش ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه شناختی طراحی شده است. در نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، هر یک از ۷۵ پرسش این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست، نمره‌گذاری می‌شود. اگر فرد در دو جمله مربوط به طرح‌واره نمره ۵ یا ۶

است که هدفش، کمک به کسب آگاهی از کارکرد طرح‌واره‌ها و یادگیری تشخیص فرایندهایی است که به پاسخ‌های خودکار ما شکل می‌دهند. در این درمان، به تدریج تکنیک‌های توجه‌آگاهی به طرح‌واره درمانی اضافه می‌شود و با شکل‌دهی و تقویت مهارت‌های توجه، بیماران ترغیب می‌شوند تا نحوه عملکرد طرح‌واره‌هایشان را مشاهده کنند و به اثرات خودآیند آن‌ها بر رفتارشان پی ببرند. در حقیقت، آموزش توجه‌آگاهی به جای تلاش برای تغییر در نحوه عمل طرح‌واره‌ها، بر کسب آگاهی از آن‌ها تمرکز می‌کند. در این درمان، طرح‌واره در خلال آموزش در حکم موضوع برای توجه‌آگاهی به کارگرفته می‌شوند [۱۶].

باتوجه به مطالب فوق‌الذکر، انجام مداخلاتی در راستای ارتقاء سطح تحمل‌ناکامی، بهبود اضطراب و کیفیت‌زندگی بیماران ام‌اس ضروری به نظر می‌رسد. هدف این شیوه درمانی کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است [۱۷].

از آنجا که تعداد مبتلایان به ام‌اس در دنیا رو به افزایش است و نیز با توجه به مزمن و طولانی بودن سیر بیماری و عوارض شدید جسمی، روانی و اجتماعی آن [۱۸] از یک سو، و با در نظر گرفتن ضعف این بیماران در تحمل‌ناکامی، شیوع خلق‌منفی (افسردگی و اضطراب) و به تبع آن کاهش کیفیت‌زندگی در آنان از سوی دیگر و با توجه به اثر این عوامل بر روند درمان و بهبود آنان و با ملاحظه این‌که اثربخشی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاکنون بر مشکلات روان‌شناختی بیماران ام‌اس بررسی نشده است، این پژوهش در صدد پاسخ‌گویی به این پرسش خواهد بود که آیا طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب، تحمل‌ناکامی و کیفیت‌زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تأثیرگذار خواهد بود یا خیر؟

#### روش

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها، جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهر شهرکرد در سال ۱۴۰۱

پرسش‌نامه به شرح زیر است: نمره ۰-۷ درجه اضطراب هیچ یا در کمترین حد، نمره ۸-۱۵ درجه اضطراب خفیف، نمره ۱۶-۲۵ درجه اضطراب متوسط و نمره ۲۶-۶۳ درجه اضطراب شدید. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۸۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. فتحی آشتیانی (۱۳۹۲) پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده‌ی کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد [۳۰]. در مطالعه‌ی سالاری مقدم و همکاران (۱۳۹۶) با استفاده از روش تحلیل عاملی اعتبار سازه ۰/۸۶ به دست آمد [۳۱].

#### پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران ام اس (MSQOL):

یکی از ابزارهایی که به‌طور ویژه برای سنجش کیفیت‌زندگی بیماران مبتلا به ام اس طراحی شده، مقیاس MSQOL با ۵۴ پرسش (۳۶ پرسش عمومی و ۱۸ پرسش ویژه بیماران ام اس) است که توسط ویکری در سال ۱۹۹۵ م طراحی شده است [۳۲]. این مقیاس مختص بیماران مبتلا به ام اس، بر پایه مقیاس ۳۶ پرسشی کیفیت‌زندگی (SF-36) تنظیم گردیده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۴ حیطه است و در نهایت نمره کیفیت‌زندگی بیمار به وسیله نمراتی که برای دو حیطه ترکیبی منظور می‌گردند، تعیین خواهد شد. این دو حیطه ترکیبی شامل سلامت جسمانی و سلامت روانی است. نمرات هر ۱۴ حیطه و هم چنین دو حیطه ترکیبی از ۰ تا ۱۰۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر است. این پرسش‌نامه شامل پرسش‌های ۲ تا ۷ گزینه‌ای و لیکرت است [۳۳].

روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و نشان‌دهنده‌ی روایی و پایایی مطلوب این مقیاس است [۳۴]. برهانی حقیقی و قائم (۱۳۸۴)، در پژوهش خود روایی‌صوری و محتوایی این ابزار را سنجیدند و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ اعلام کردند [۳۵].

#### پرسش‌نامه تحمل ناکامی هرینگتون: این مقیاس

توسط هرینگتون در سال ۲۰۰۵ م [۳۶]، با هدف سنجش

بگیرد، به احتمال زیاد آن طرح‌واره در ذهنش نقش بسته است. پژوهش‌های بسیاری از پایایی پرسش‌نامه-YSQ SF حمایت می‌کنند. در مطالعه یالسین، لی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) [۲۳]، کلیه خرده مقیاس‌های ۱۵ گانه فرم کوتاه پرسش‌نامه، از همسانی درونی‌کافی تا بسیارخوبی برخوردار بودند. آلفای کرونباخ همه طرح‌واره‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ محاسبه شد. همچنین در نتایج تحلیل عاملی از ساختار درونی پرسش‌نامه قویا حمایت می‌کند. یالسین، مارایس و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۲۳) [۲۴]، همسانی‌درونی و تحلیل‌عاملی این پرسش‌نامه را در کره و استرالیا مورد بررسی قرارداد و نتیجه گرفت که ۱۳ طرح‌واره دارای نمرات خوبی بودند [۲۵]. در ایران نیز پایایی پرسش‌نامه YSQ-SF با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شده که معنادار بوده است. صدوقی و همکاران (۱۳۸۷) [۲۶] نیز، خصوصیات روان‌سنجی پرسش‌نامه یانگ را با حجم نمونه ۳۷۰ نفر بررسی کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که هر ۱۵ طرح‌واره یانگ در ایران دارای ثبات خوبی می‌باشند. در این تحقیق ثبات درونی برای هفده عامل به وسیله ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ بود [۲۷] همچنین طبق نتایج خسروی نیا و همکاران (۲۰۱۸) [۲۸] فرم کوتاه پرسش‌نامه که در بین نمونه بزرگی از بیماران روانپزشکی انجام شد دارای پایایی و روایی پیش بین و افتراقی قابل قبولی برخوردار است.

#### پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI): بک و همکارانش در

سال ۱۹۹۰ م [۲۹] این پرسش‌نامه را که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را می‌سنجد، معرفی کردند. این پرسش‌نامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای که نشان‌دهنده‌ی شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه‌ی هر پرسش در یک طیف چهاربخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین، نمره کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این

1. Yalcin O, Lee C et al.

2. Yalcin O, Marais I et al.

- نمره بالاتر از ۱۶: میزان تحمل ناکامی افراد در حد پایینی می‌باشد.  
مطالعات انجام شده نشان می‌دهند، این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. نتایج ضریب‌آلفای کرونباخ نشان می‌دهد، پایایی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۴ است. [۳۶] ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۶) [۳۷]، برای این پرسش‌نامه بالای ۰/۷۰ برآورد شد.

### جلسات آموزش طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی [۱۶]

میزان تحمل ناکامی فرد نسبت به رسیدن به اهداف، تدوین شد. این پرسش‌نامه شامل ۳۵ پرسش و ۴ خرده‌مقیاس نبود تحمل عاطفی، نداشتن تحمل ناراحتی، پیشرفت، شایستگی یا استحقاق است که به صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی نمره گذاری می‌شود. مجموع نمرات پایین نشانۀ تحمل ناکامی بالا و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی است [۳۷]. در این پرسش‌نامه حد نمرات به صورت زیر است:

- نمره بین ۳۵ تا ۵۸: میزان تحمل ناکامی افراد در حد بالایی می‌باشد.
- نمره بین ۵۸ تا ۱۱۶: میزان تحمل ناکامی افراد در حد متوسطی می‌باشد.

### جدول ۱. خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسه | محتوا   |
|------|---|
| ۱    | معرفی و آشنایی افرا با یکدیگر و آموزش توجه آگاهی و طرح‌واره درمانی، توضیح درباره طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، معرفی هدایت خودکار و چگونگی تأثیر آن بر زندگی فرد، آموزش تمرین واریسی بدنی، آموزش تمرین مراقبه با استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و یوگا به فاصله ۱۵ دقیقه، جمع‌بندی و اختتام جلسه  |
| ۲    | مرور مطالب، تمرینات و تکالیف خانگی جلسه اول<br>دفتر یادداشت طرح‌واره و ذهنیت‌ها: با توجه به آزمون طرح‌واره، طرح‌واره‌های ناسازگار به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهیم که سه مورد از طرح‌واره‌هایی را که بالاترین امتیاز را گرفته‌اند یادداشت کنند و هر هفته میزان توجه آگاهی را که به هنگام مشاهده هر یک از طرح‌واره‌هایشان داشته‌اند، درجه‌بندی کنند (۰ = طرح‌واره به طور توجه آگاهانه مشاهده نشده ۱۰ = طرح‌واره با توجه آگاهی کامل بررسی شده)<br>آموزش تمرین حضور ذهن و واریسی بدنی، آموزش تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره، آموزش تمرین توجه آگاهانه به محیط پیرامون جمع‌بندی و اختتام جلسه |
| ۳    | مرور مطالب جلسه قبل<br>آموزش تمرین تنفس سه‌دقیقه‌ای، آموزش تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، آموزش تمرین قدم زدن همراه با حضور ذهن جمع‌بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای   |
| ۴    | مرور مطالب جلسه قبل<br>آموزش تمرین شیرین‌کاری توجه آگاهانه، آموزش تمرین توجه آگاهانه به طرح‌واره، جمع‌بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای   |
| ۵    | مرور مطالب جلسه قبل<br>آموزش تعامل توجه آگاهانه با عزیزانمان، آموزش پذیرش توجه آگاهانه خود و دیگران، تمرین توجه آگاهانه سه‌دقیقه‌ای به طرح‌واره جمع‌بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای   |
| ۶    | مرور مطالب جلسه قبل<br>کاهش اتحاد مراجع با افکار، آموزش ایجاد آگاهی از قصدها، تمرین رها کردن طرح‌واره‌ها به حال خود جمع‌بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای   |
| ۷    | مرور مطالب جلسه قبل<br>تمرین توجه آگاهانه به بزرگسال سالم و کودک خوشحال، بزرگسال سالم و کودک خوشحال به چه چیزهایی نیاز دارد؟<br>توجه آگاهانه به طرح‌واره‌ها در حکم افکار محض، تمرین آماده شدن برای آینده، جمع‌بندی و اختتام جلسه با تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای   |
| ۸    | مرور مطالب جلسات قبل<br>توجه آگاهانه به خویشتن به عنوان کودک و بزرگسال، بازنگری و مرور کل برنامه، ارزیابی برنامه توسط شرکت‌کنندگان اجرای مجدد آزمون‌ها جهت مقایسه نتیجه ی آن با خط پایه، جمع‌بندی و اختتام جلسات  |

## نتایج

### جدول ۲. توزیع جنسیتی اعضای نمونه

|        | زن      |      | مرد     |      |
|--------|---------|------|---------|------|
|        | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| کنترل  | ۱۳      | ٪۸۷  | ۲       | ٪۱۳  |
| آزمایش | ۱۲      | ٪۸۰  | ۳       | ٪۲۰  |

در این بخش نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها مطرح می‌شود. مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۲، ۳ و ۴ نشان داده شده است.

### جدول ۳. خلاصه توصیفی سن افراد به تفکیک جنسیت و گروه کنترل و آزمایش

|        | زن      |              | مرد     |              | کل      |              |
|--------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|
|        | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| کنترل  | ۳۵      | ۶/۱۵         | ۴۲      | ۲/۸۳         | ۳۵/۹۳   | ۶/۲۵         |
| آزمایش | ۳۳/۳۳   | ۵/۸۸         | ۴۷/۳۳   | ۵/۶۹         | ۳۵/۳۳   | ۸/۳۹         |

### جدول ۴. توزیع فراوانی میزان تحصیلات اعضای نمونه به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

|        | دیپلم   |      | فوق‌دیپلم |      | کارشناسی |      | کارشناسی ارشد |      | دکتری   |      |
|--------|---------|------|-----------|------|----------|------|---------------|------|---------|------|
|        | فراوانی | درصد | فراوانی   | درصد | فراوانی  | درصد | فراوانی       | درصد | فراوانی | درصد |
| کنترل  | ۲       | ٪۱۳  | ۰         | ٪۰   | ۸        | ٪۵۳  | ۴             | ٪۲۷  | ۱       | ٪۷   |
| آزمایش | ۳       | ٪۲۰  | ۱         | ٪۷   | ۶        | ٪۴۰  | ۵             | ٪۳۳  | ۰       | ٪۰   |

همان‌طور که از جدول ۲ مشاهده می‌شود، تقریباً تعداد هر جنسیت در دو گروه یکسان است که با توجه به تعداد کم نمونه، این تفاوت یک نفر در توزیع و یا به عبارتی در ٪۷ افراد نشان داده شده است.

باتوجه به جدول ۳ میانگین سن خانم‌ها در گروه کنترل ۳۵ و در گروه آزمایش ۳۳/۳۳ و میانگین سن آقایان در گروه کنترل ۴۲ و در گروه آزمایش ۴۷/۳۳ می‌باشد. در حالت کلی میانگین سن دو گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۳۵/۹۳ و ۳۵/۳۳ می‌باشند و می‌توان گفت میانگین سنی گروه‌ها تقریباً برابر است. همچنین مقایسه میانگین سنی نشان می‌دهد، در هر دو گروه آزمایش و کنترل، میانگین سنی مردان از میانگین سنی زنان بیشتر است که در گروه آزمایش، این اختلاف بیشتر مشاهده می‌شود.

توزیع میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان در این تحقیق، طبق جدول ۴ نشان می‌دهد که اکثریت افراد مقطع کارشناسی بودند و پس از آن کارشناسی ارشد، دیپلم و در نهایت دو گروه فوق‌دیپلم و دکتری که فقط یک نفر از هر کدام در این مطالعه شرکت داشته‌اند. توزیع فراوانی مسیزان تحصیلات اعضای نمونه به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

نشان می‌دهد، در گروه آزمایش، هیچ نمونه‌ای تحصیلات فوق دیپلم ندارد. به همین ترتیب، در گروه کنترل، عضو با تحصیلات دکتری مشاهده نمی‌شود؛ اما برای بقیه مقاطع تحصیلی، ترتیب فراوانی ثابت است؛ یعنی اکثریت نمونه را در هر دو گروه کنترل و آزمایش، تحصیلات کارشناسی و سپس تحصیلات کارشناسی ارشد و دیپلم شامل می‌شوند. شاخص‌های توصیفی مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۵ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تغییر میانگین داده‌ها در گروه آزمایش پس از انجام مداخله و تغییر نکردن آن در گروه کنترل کاملاً مشهود است که اثربخشی مداخله را در گروه آزمایش به صورت توصیفی نشان می‌دهد. برای تحلیل کوواریانس لازم است که پیش‌فرض‌هایی بررسی شوند. این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن اطلاعات در پیش‌آزمون، برابری واریانس‌های پیش‌آزمون و برابری شیب خطرگرسیون بین مقادیر پس‌آزمون و پیش‌آزمون می‌باشد. در ادامه این بخش همیشه از این قانون استفاده می‌شود: اگر مقدار Sig بزرگتر از عدد ۰/۰۵ باشد، فرض پژوهش با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود.



جدول ۵. شاخص‌های توصیفی مربوط به اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی

| انحراف معیار                | میانگین | تعداد | پرسش‌نامه     |             |
|-----------------------------|---------|-------|---------------|-------------|
| ۶/۷۲۴                       | ۴۰/۲۷   | ۱۵    | پیش‌آزمون     | اضطراب      |
| ۴/۹۲۸                       | ۴۰      | ۱۵    | پس‌آزمون      |             |
| ۰/۲۷ واحد کاهش یافته است.   |         |       | تفاوت میانگین |             |
| ۷/۰۵۳                       | ۴۱/۲۰   | ۱۵    | پیش‌آزمون     | اضطراب      |
| ۴/۷۴۳                       | ۱۱/۷۳   | ۱۵    | پس‌آزمون      |             |
| ۳۰/۴۷ واحد کاهش یافته است.  |         |       | تفاوت میانگین |             |
| ۱۰/۹۹                       | ۱۳۳/۹۳  | ۱۵    | پیش‌آزمون     | تحمل ناکامی |
| ۱۰/۲۸۸                      | ۱۳۵/۱۳  | ۱۵    | پس‌آزمون      |             |
| ۱/۲ واحد افزایش یافته است.  |         |       | تفاوت میانگین |             |
| ۱۲/۰۸۸                      | ۱۳۴/۴۰  | ۱۵    | پیش‌آزمون     | اضطراب      |
| ۵/۱۵۸                       | ۷۹/۸    | ۱۵    | پس‌آزمون      |             |
| ۵۴/۲ واحد کاهش یافته است.   |         |       | تفاوت میانگین |             |
| ۳/۰۴                        | ۳۲/۴۸   | ۱۵    | پیش‌آزمون     | کیفیت زندگی |
| ۲/۸۲                        | ۳۱/۳۴   | ۱۵    | پس‌آزمون      |             |
| ۱/۱۴ واحد کاهش یافته است.   |         |       | تفاوت میانگین |             |
| ۴/۱۶                        | ۳۱/۰۵   | ۱۵    | پیش‌آزمون     | اضطراب      |
| ۳/۴۵                        | ۷۲/۱۵   | ۱۵    | پس‌آزمون      |             |
| ۴۱/۱ واحد افزایش داشته است. |         |       | تفاوت میانگین |             |

جدول ۶. نتایج آزمون نرمال بودن داده‌های پیش‌آزمون

| ردیف | پرسش‌نامه   | آماره آزمون شاپیرو ویلک | Sig آزمون نرمال |
|------|-------------|-------------------------|-----------------|
| ۱    | اضطراب      | ۰/۹۶۹                   | ۰/۸۴۳           |
|      |             | ۰/۹۸۴                   | ۰/۹۸۹           |
| ۲    | تحمل ناکامی | ۰/۹۴۵                   | ۰/۴۵۱           |
|      |             | ۰/۹۶۸                   | ۰/۸۳۵           |
| ۳    | کیفیت زندگی | ۰/۹۲۹                   | ۰/۲۵۹           |
|      |             | ۰/۹۶۶                   | ۰/۷۹۹           |

از آنجاکه کلیه مقادیر Sig بزرگتر از عدد ۰/۰۵ می‌باشد، فرض نرمال بودن داده‌ها با اطمینان ۹۵ درصد تایید می‌شود.

جدول ۷. نتایج آزمون برابری واریانس و میانگین پیش‌آزمون

| ردیف | پرسش‌نامه | آماره آزمون<br>برابری واریانس‌ها | Sig آزمون<br>برابری واریانس | آماره آزمون<br>برابری میانگین | Sig آزمون<br>برابری میانگین |
|------|-----------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ۱    | اضطراب    | ۰/۱۱۴                            | ۰/۷۳۸                       | -۰/۳۷۱                        | ۰/۷۱۳                       |
| ۲    | ناکامی    | ۰/۳۷۹                            | ۰/۵۴۳                       | -۰/۱۱۱                        | ۰/۹۱۳                       |
| ۳    | کیفیت     | ۱/۱۳۹                            | ۰/۲۹۵                       | ۱/۰۷۲                         | ۰/۲۹۳                       |

بر اساس پراکنش نمرات پرسش‌نامه‌ها و هم‌چنین خط رگرسیون برآورد شده در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون که مشاهده می‌شود این خطوط یکدیگر را در محدوده‌ی داده‌ها قطع نمی‌کنند، می‌توان گفت: فرض برابری شیب رگرسیون برای هر سه پرسش‌نامه برقرار است.

باتوجه به این که پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس برای هر سه پرسش‌نامه تأیید شد، می‌توان فرضیه‌ها را با تحلیل کوواریانس بررسی کرد. نتایج به دست آمده در جدول ۸ نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی وجود دارد و می‌توان گفت، مداخله درمانی اثر بخش بوده است.

همان‌طور که از جدول ۷ مشاهده می‌شود، هر سه مقدار ستون Sig مربوط به آزمون برابری واریانس بزرگتر از عدد ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین فرض برابری واریانس نمرات پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش با اطمینان ۹۵٪ تأیید می‌شود. علاوه بر آن بر اساس مقادیر ستون Sig آزمون برابری میانگین در جدول ۷ که همگی بزرگتر از ۰/۰۵ هستند، نتیجه می‌شود که میانگین نمرات پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش با اطمینان ۹۵ درصد برابرند. برابری میانگین و واریانس نمرات پیش‌آزمون‌ها، همگنی گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای اضطراب، کیفیت زندگی و تحمل ناکامی

| متغیر       | منبع         | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F        | سطح معناداری | مجذور آتا |
|-------------|--------------|---------------|------------|-----------------|----------|--------------|-----------|
| اضطراب      | قبل از آموزش | ۴۸۲/۴۰۸       | ۱          | ۴۸۲/۴۰۸         | ۷۵/۴۹۶   | ۰/۰۰۰        | ۰/۷۳۷     |
|             | گروه         | ۶۲۰۲/۸۱۰      | ۱          | ۶۲۰۲/۸۱۰        | ۹۷۰/۷۳۱  | ۰/۰۰۰        | ۰/۹۷۳     |
|             | میزان خطا    | ۱۷۲/۵۲۶       | ۲۷         | ۶/۳۹۰           |          |              |           |
| کیفیت زندگی | قبل از آموزش | ۹۰/۲۷۱        | ۱          | ۹۰/۲۷۱          | ۱۲/۹۷۰   | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۲۴     |
|             | گروه         | ۱۲۴۱۶/۸۷۰     | ۱          | ۱۲۴۱۶/۸۷۰       | ۱۷۸۳/۹۷۱ | ۰/۰۰۰        | ۰/۹۸۵     |
|             | میزان خطا    | ۱۸۷/۹۲۶       | ۲۷         | ۶/۹۶۰           |          |              |           |
| تحمل ناکامی | قبل از آموزش | ۱۰۸۵/۹۱۰      | ۱          | ۱۰۸۵/۹۱۰        | ۳۸/۱۶۵   | ۰/۰۰۰        | ۰/۵۸۶     |
|             | گروه         | ۲۳۱۶۲/۴۹۱     | ۱          | ۲۳۱۶۲/۴۹۱       | ۸۱۴/۰۷۰  | ۰/۰۰۰        | ۰/۹۶۸     |
|             | میزان خطا    | ۷۶۸/۲۲۳       | ۲۷         | ۲۸/۴۵۳          |          |              |           |

## بحث و نتیجه‌گیری

طرح‌واره‌های ناسازگار می‌تواند شرایط را برای بهبود علائم اضطرابی افراد فراهم سازد. یکی از طرح‌واره‌هایی که به نظر می‌رسد به ویژه در افراد مضطرب می‌تواند بر علائم آن‌ها تأثیرگذار باشد و در راستای فعالیت در گروه آزمایش کاهش یافته است، طرح‌واره رهاشدگی است. این انتظار که نزدیکان باید بیشتر به ملاقات بیایند و باید همه در دسترس فرد باشند در گروه به بحث گذاشته شد و سعی شد به آن‌ها توضیح داده شود که می‌توانند با ایجاد روابط جدید و با ثبات، اعتماد دیگران را جلب کنند و به نگرش واقع بینانه‌تری نسبت به ثبات روابط بین فردی دست یابند. سعی شد تصویر ذهنی بیمار نیز به سمت تصویر ذهنی یک بزرگسال سالم سوق داده شود.

باتوجه به نتایج به دست آمده، طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش اضطراب بیماران ام اس گردیده است. در زمینه اثر بخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، پژوهش حاضر با پژوهش‌های رفتار علی‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹) [۳۸]، محمدی و همکاران (۱۳۹۸) [۳۹] و پژوهش سیمپسون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۴م) [۴۰] همسو است.

طرح‌واره‌ها با بسیاری از اختلالات روانی از جمله اضطراب در ارتباط هستند [۴۰]. به نظر می‌رسد کاهش

1. Simpson R et al.

شرایط تنفس از حالت منظم و هماهنگ خارج می‌شود. یکی از اثرات تمرینات ذهن آگاهی هم این است که فرد بتواند واکنش‌هایی را که هنگام اضطراب در بدن رخ می‌دهد، کنترل کند تا از عواقب بعدی آن جلوگیری شود و هنگامی که نمود علائم بدنی اضطراب کم شود به مرور زمان حملات اضطراب نیز کاهش می‌یابد. هم چنین تحقیقات نشان دادند، یک برنامه ۸ هفته‌ای آموزش ذهن آگاهی، انتقالات راست و چپ را در قشر جلوی پیشانی ایجاد می‌کند که این امر مربوط به حرکت از پاسخ‌گویی اجتناب ناپذیر همراه با اضطراب، به پاسخ‌گویی ارادی و کاهش کلی اضطراب است [۴۳].

تبیین دیگر برای تأیید فرضیه فوق عبارت است از این که طبق تعریف، ذهن آگاهی فرد را از طریق آگاهی لحظه به لحظه و جهت‌گیری رفتاری مبتنی بر مسئولیت عاقلانه ( به جای واکنش‌پذیری خودکار )، به ایجاد رابطه‌ای متفاوت با احساس‌های درونی و حوادث بیرونی، قادر می‌سازد. ذهن آگاهی می‌تواند با به کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از جمله توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی، به طور مؤثر بر واکنش‌های هیجانی ( از طریق بازداری قشری سیستم لیمبیک )، اعمال کنترل نماید [۴۴]. به نظر می‌رسد در گروه آزمایش به سبب تمرین‌های ذهن آگاهی و تأثیر بر فرآیندهای عالی مغز، اضطراب کمتری ادراک می‌شود.

نتایج نشان می‌دهد، طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثر بخشی معناداری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس دارد و می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر در این زمینه به کار گرفته شود. نتایج این تحقیق با پژوهش‌هایی از جمله پژوهش سیمپسون و همکاران (۲۰۱۴) [۴۰]، گراسمن و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) [۴۵] و مطالعه صمدی کاری و جهانگیر (۱۳۹۷) [۴۶] همسو است.

در تبیین این فرضیه باید گفت کاری که ذهن آگاهی انجام می‌دهد این است که از همه افکار چه مثبت و چه منفی یک قدم فاصله می‌گیرد و به بیمار آموزش داده می‌شود که افکار، تنها افکار هستند و واقعیت ندارند ( برای مثال فکر اینکه اطرافیان مرا طرد کرده‌اند و زیاد به ملاقات من نمی‌آیند ). فرد نمی‌تواند افکار را به طور کامل کنترل

انزوای اجتماعی یکی دیگر از طرح‌واره‌هایی است که کاهش آن می‌تواند بر علائم اضطرابی افراد تأثیرگذار باشد. یکی از اهداف عمده درمان افراد دارای این طرح‌واره، بهبود روابط فعلی بیمار با همسالان و گروه‌های اجتماعی است؛ بنابراین احتمالاً علت اصلی کاهش نمرات انزوای اجتماعی افراد در این مطالعه، تشکیل گروه و درمان به شیوه گروهی بوده است. مطالعات نشان داده است که گروه درمانی برای بهبود روابط بین فردی بهتر از درمان انفرادی عمل می‌کند [۲۷]. در این مطالعه تشکیل گروه در طول درمان، شرایطی را فراهم کرد که افراد بتوانند روابط خوبی با دیگر افراد و درمانگر برقرار کنند. در حین درمان نیز افراد آموختند که آنقدر هم که فکر می‌کنند با دیگران متفاوت نیستند، و بسیاری از ویژگی‌هایی را که فکر می‌کنند آن‌ها را از دیگران متمایز کرده، در دیگران نیز وجود دارد.

به گفته باتلر و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۹م) [۴۱]، افراد مبتلا به اختلال اضطراب از موقعیت‌های اضطراب‌زا اجتناب می‌کنند، بدین معنی که به جای اینکه برای افزایش رضایت‌مندی خود از زندگی کاری انجام دهند، خود را درگیر رفتارهایی می‌سازند که هدفشان کاهش اضطراب است و هنگام انجام فعالیت‌های مهم به دلیل نگرانی، تمرکز خود را از دست می‌دهند. در این زمینه درگیری آگاهانه در فعالیت‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است مفید واقع گردد.

ذهن آگاهی، از دیگر تکنیک‌های مهم در این درمان است که به ویژه در پروتکل درمانی این پژوهش نیز تأکید بسیاری بر آن شد و در اغلب جلسات درمان و خارج از جلسات، یعنی در دنیای واقعی نیز، تمرین ذهن آگاهی انجام شد. در همین رابطه، رستمی و همکاران (۲۰۱۳)، با بررسی نقش ذهن آگاهی بر رنج و ناتوانی مرتبط با درد مزمن، به این نتیجه رسیدند که پس از کنترل متغیرها، ذهن آگاهی می‌تواند واریانس نمرات اضطراب و دیگر عوامل مرتبط با درد را تبیین کند [۴۲].

در تبیین اثربخشی ذهن آگاهی بر اضطراب بیماران ام اس باید گفت، هنگامی که افراد در موقعیت اضطراب قرار می‌گیرند، سیستم عصبی و به خصوص سیستم سمپاتیک واکنش نشان می‌دهند و به همین دلیل تغییراتی در بدن رخ می‌دهد؛ برای مثال ضربان قلب تسریع می‌شود و

2. Grossman P et al.

1. Butler E et al.

این طرح‌واره می‌تواند به عنوان یکی از عوامل مؤثر تشدید علائم این بیماری باشد. از طرفی این موضوع می‌تواند هشدار برای افرادی باشد که چنین طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ای دارند تا تعدیل آن از ابتدا به بیماری‌های عصبی همچون ام اس جلوگیری نمایند.

بنابراین، طرح‌واره درمانی از طریق تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار در افراد مبتلا به ام اس و آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه در کاهش افسردگی، استرس و اضطراب و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی اثر معناداری دارد؛ زیرا بین حالات عاطفی و کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی وجود دارد. در نتیجه می‌توان از این درمان به عنوان یک مداخله مؤثر در زمینه افزایش کیفیت زندگی و بهبود حالات عاطفی منفی افراد مبتلا به ام اس بهره گرفت.

همچنین طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش تحمل ناکامی بیماران ام اس شده است.

تاکنون فقط پژوهش علیرزاده اصلی و جعفرنژاد لنگرودی (۱۳۹۷) [۴۹]، به بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی تحمل ناکامی پرداخته که نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر، همسو است. هم چنین شهاب و همکاران (۱۳۹۸) [۵۰]، در پژوهش خود، اثر بخشی طرح‌واره درمانی بر بهزیستی روانی بیماران ام اس را بررسی کردند که با نتایج پژوهش حاضر، همسو است.

میزان تحمل ناکامی در انسان‌ها تا حد زیادی به ظرفیت افراد در مقابله با مشکلات بستگی دارد. برای مثال، به این دلیل که اکثر بیماران ام اس، در سن ازدواج و تشکیل خانواده هستند و به علت بیماری خود دچار شکست‌های عاطفی و گاهی متارکه می‌شوند، بسیاری از انگیزه‌های خود را از دست می‌دهند و نسبت به آینده بدبین می‌شوند و به تبع آن سلامت روانی آن‌ها به خطر می‌افتد و در نتیجه این روند می‌تواند میزان تحمل ناکامی را در این افراد بیش از پیش کاهش دهد، اما در مقابل افرادی هستند که با وجود بیماری خود، دچار ناامیدی نشده، ازدواج‌های موفق داشته و از نظر عاطفی محیط امنی را تجربه کرده‌اند و این روند می‌تواند میزان تحمل ناکامی را در این افراد بالاتر برد.

از طرفی مبتلایان به ام اس نسبت به دیگران، از نرخ بالای مشکلات روانی رنج می‌برند؛ بنابراین کاهش میزان هیجانات منفی و هم چنین کاهش میزان درد در این بیماران منجر به افزایش تحمل ناکامی در این افراد خواهد

کند، بلکه همه کاری که از دستش برمی‌آید این است که افکار را نگاه کند و از آن‌ها فاصله بگیرد و واکنش خود به خودی نسبت به افکارش را متوقف کند. هرچه بتواند این کار را بیشتر انجام دهد احساس تحت کنترل بودن بیشتری پیدا می‌کند؛ بنابراین، وقتی فرد احساس آرامش عمیق حاصل از ذهن آگاهی را در عمق وجود خویش درک کند دیگر از خود نمی‌پرسد که هدف زندگی چیست؟ به وضوح خواهد فهمید که آرامش، عشق و لذت همگی در درون خودش است. فرد درخواهد یافت که همه دردها و رنج‌ها و اندوه موجود در دنیا به خاطر آن است که بشر خود را در درک و استفاده از این منبع درونی آرامش و عشق و شادی محروم ساخته است. وی خواهد فهمید که احساسات بد و ناخوشایندی که وجودش را فرا می‌گیرند به خاطر دیدن دنیا از پنجره‌های اشتباه است.

همچنین در این روش، با استفاده از مهارت‌های ذهن آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد. در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد. ارزش‌هایی چون ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، شغل و... با طریق هدف گذاری‌ها و بعد از آن تعیین تکالیف، ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کند، ارتقاء می‌یابد که این همان تعریف بهبود کیفیت زندگی است [۴۷].

از جمله علل اثربخشی طرح‌واره درمانی بر بهبود حالات عاطفی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نیز این است که مطالعات نشان داده‌اند، برخی طرح‌واره‌های ناسازگارانه در این بیماران شایع‌تر از گروه افراد سالم است و به نوعی با این بیماری و علائم آن نیز در ارتباط است، این طرح‌واره‌های ناسازگار عبارتند از: اطاعت، از خودگذشتگی/ ایثار و معیارهای سخت گیرانه. در این پژوهش نیز طرح‌واره معیارهای سخت‌گیرانه که با کمال‌گرایی در ارتباط است در اعضای گروه بیشتر مشاهده شد و به علاوه طرح‌واره نقص / شرم نیز بین شرکت‌کنندگان دیده شد. از طرفی طرح‌واره معیارهای سخت‌گیرانه با احساس استرس زیاد، فرسودگی، تحت فشار بودن و بسیاری از بیماری‌های عصبی در ارتباط است [۴۸]. به عبارتی داشتن

خودشان را افرادی تلاشگر و بی نقص نشان می‌دهند و باور دارند، برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه، باید به طور مداوم تلاش کنند. در نتیجه، این افراد در راه رسیدن به اهدافشان تحمل رویارویی با ناکامی را ندارند. در این درمان سعی می‌شود با کمک به افراد در جهت شناخت معیارهای غیر معقول خود، مزایا و معایب تلاش برای رسیدن به این معیارها و... از شدت این طرح‌واره کاسته شود و در نتیجه میزان تحمل ناکامی در فرد افزایش یابد. در طرح‌واره خویشنداری / خود انضباطی ناکافی، افراد قادر به کنترل هیجانات و تکانه‌های خود نیستند در نتیجه تحمل ناکامی پایینی دارند. در این راستا به افراد کمک می‌شود تا به استقلال و نظم کافی برسند به طوری که نه به نحوی وسواس‌گونه عمل کنند و اهداف کمال‌گرایانه داشته باشند و نه بیش از حد به حمایت‌گری افراد دیگر نیاز داشته باشد تا بتوانند به صورتی سالم و کنترل شده به هیجانات و تکانه‌هایشان پاسخ دهند و در نتیجه میزان تحمل ناکامی افزایش یابد.

در نهایت می‌توان گفت، طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش اضطراب، بهبود کیفیت زندگی و افزایش تحمل ناکامی در بیماران ام‌اس شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نابرابر بودن تعداد زن و مرد و محدود بودن نمونه آماری اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و وجود دوره‌های پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثر درمان، استفاده شود. از آن جایی که طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمانی جدید با آینده‌ای رو به رشد است؛ بنابراین برگزاری کارگاه‌های آموزشی در این زمینه پیشنهاد می‌شود. همچنین انجام مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی می‌تواند به روند درمان بیماران سرعت ببخشد، بدین جهت همکاری روان‌شناس و سایر پزشکان پیشنهاد می‌گردد.

#### منابع

۱- عظیم‌زاده، حسینی م ع، نوروزی تبریزی کیان. بررسی تأثیر ورزش تای چی چون بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. حیات. ۱۳۹۱؛ ۱۹: ۱-۱۳. بررسی تأثیر ورزش تای چی چون بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

شد؛ بنابراین می‌توان گفت، این درمان از طریق اثرگذاری بر روی هیجانات منفی مانند اضطراب می‌تواند در افزایش میزان تحمل ناکامی بیماران ام‌اس، مؤثر باشد [۵۱].

در تبیین یافته‌های پژوهش باید بیان نمود، کاهش درد و رنج ناشی از بیماری یکی از دغدغه‌های اصلی جامعه در ارتباط با بیماران مبتلا به ام‌اس است. افزایش تحمل ناکامی در این بیماران می‌تواند بخش مهمی از زندگی آنان را تغییر دهد، به نحوی که بیماران با تحمل ناکامی بالا خواهند توانست در مقابله با مسائل زندگی خود دقیق‌تر عمل کنند. با انجام تمرین‌های منظم ذهن آگاهی، تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس و کنترل هیجان ایجاد می‌شود که منجر به کسب مهارت‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب مهارت‌های جسمی می‌گردد و اخذ مهارت‌های لازم برای تغییر چالش‌ها بر اساس ذهن آگاهی، باعث افزایش تحمل ناکامی در بیماران مبتلا به ام‌اس می‌گردد. از طرفی همان‌طور که قبلاً ذکر شد، ذهن آگاهی می‌تواند فرآیندهای عالی مغز مانند توجه و تمرکز را بهبود ببخشد و از این طریق می‌تواند روی کنترل میزان اضطراب و استرس تأثیرگذار باشد که این فرآیند به نوبه خود می‌تواند باعث افزایش میزان تحمل ناکامی شود.

از جمله طرح‌واره‌هایی که به نظر می‌رسد با تحمل ناکامی بیماران ارتباط داشته باشد، می‌توان به طرح‌واره معیارهای سرسختانه و طرح‌واره استحقاق / بزرگ منشی و طرح‌واره خویشنداری / خودانضباطی ناکافی اشاره کرد و می‌توان گفت، این درمان از طریق کاهش هیجانات منفی سبب کاهش این طرح‌واره‌ها می‌شود و از این طریق می‌تواند شرایط تحمل ناکامی بیماران را بهبود ببخشد. افرادی که دارای طرح‌واره استحقاق / بزرگ منشی هستند به بیان ساده نیازهای خود را در الویت قرار می‌دهند و به نیازهای دیگران توجه نمی‌کنند و حتی برای رسیدن به نیازهای خود از دیگران استفاده می‌کنند. در این مداخله به این افراد آموزش داده می‌شود که تلاش کنند خودشان را جای دیگران قرار دهند، با دیگران همدلی کنند، سعی کنند هیجانات خود را تنظیم کنند و کارهایشان را بدون کمک دیگران انجام دهند. در نتیجه، این آموزش‌ها باعث کاهش این طرح‌واره و در آخر کاهش میزان تحمل ناکامی می‌شود. افرادی که دارای طرح‌واره معیارهای سرسختانه هستند،

- ۱۱- همایونی ع. عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس یک مطالعه کیفی. *طلوع بهداشت*. ۱۴۰۱؛ ۲۱: ۴۳-۶۲.  
<https://doi.org/10.18502/tbj.v21i6.12294>.
- 12-Hart S, Fonareva I, Merluzzi N, Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of Life Research*. 2005; 14: 695-703.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-004-1364-z>.
- 13-Chiaravalloti ND, DeLuca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. 2008; 7: 1139-51.  
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70259-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70259-X).
- 14-Rosenbaum JL, Lasley JR. School, community context, and delinquency: Rethinking the gender gap. *Justice Quarterly*. 1990; 7: 493-513.  
<https://doi.org/10.1080/07418829000090701>.
- ۱۵- عرفانیان رزعی م، کشاورزی ارشدی ف، گلشنی ف، حسنی ف، رولت‌شاهی ب. اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با سقط‌های مکرر. *مدیریت بهداشت و درمان*. ۱۴۰۲؛ ۱۴(۴): ۲۱ - ۳۴.  
<http://noo.rs/pbsID>.
- 16-Van Vreeswijk M, Broersen J, Schurink G. Mindfulness and schema therapy: A practical guide. John Wiley & Sons; 2014.
- 17-Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44: 1-25.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- ۱۸- محمودی عالمی ق، نصیری ا، نیازآذری ک. بررسی سلامت روان در بیماران مبتلا به ام. س در استان مازندران در سال ۱۳۸۶. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۱۳۸۷؛ ۱۸: ۳ - ۷.  
<https://civilica.com/doc/1791753>.
- ۱۹- هومن، حج. شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۹۲.
- 20-Young JE. Young Schema Questionnaire-Short Form. *Cognit Ther Res* 1998.
- 21-Young JE, Brown G. Young schema questionnaire. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. 1994; 2: 63-76. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, 3rd ed.
- 2- Halper J, APN-C MS, Holland NJ. Multiple sclerosis: a self-care guide to wellness, Demos medical publishing. 2005.
- ۳- میرهاشمی م، نجفی ف. اثر بخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام اس). *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*. ۱۳۹۲؛ ۲۴: ۱۷۵-۱۸۱. اثر بخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)
- 4- Alavi MS, Jabal Ameli S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Control of MS Patients in the City of Isfahan. *Jorjani Biomedicine Journal*. 2018; 6:44-54.  
<https://doi.org/10.29252/jorjanibiomedj.6.1.44>.
- 5- Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. *Psychiatric Clinics of North America*. 2007; 30: 803-17.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.07.003>.
- 6- Kirchner T, Lara S. Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurol Scand* 2011; 123: 407-13.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2010.01422.x>.
- 7- Smeltzer SC, Bare BG. Text book of medical-surgical nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2008.  
<https://doi.org/10.4236/jbm.2018.61008>.
- ۸- دهقانی ع، محمدخان کرمانشاهی س، معاریان ر. بررسی شیوع فراوانی استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*. ۱۳۹۱؛ ۲: ۸۲-۸۸.  
<https://doi.org/10.18869/acadpub.aums.2.2.82>.
- 9- Thornton EW, Tedman S, Rigby S, Bashforth H, Young C. Worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scale. *Multiple Sclerosis Journal*. 2006; 12: 196-203.  
<https://doi.org/10.1191/135248506ms12730a>.
- 10-Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Saine K, Foster B, Fontaine CS. The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2000; 1: 114-6. The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale - PubMed

- ۳۰- فتحی‌آشتیانی ع، داستانی م. آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: بعثت؛ ۱۳۹۲.
- ۳۱- سالاری سعید، رنجبر ع ر، فتحی‌آشتیانی ع. اعتباریابی و پایایی‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کنترل اضطراب. *روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۹۶؛ ۹: ۳۳-۴۳.  
<https://doi.org/10.22075/JCP.2018.11010.1073>.
- 32-Vickrey BG, Hays RD, Harooni R, Myers LW, Ellison GW. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of Life Research*. 1995; 4: 187-206.  
<https://doi.org/10.1007/BF02260859>.
- 33-Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis: psychometric analysis of inventories. *Multiple Sclerosis Journal*. 2005; 11: 450-8.  
<https://doi.org/10.1191/1352458505ms1169oa>.
- 34-Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosom Med*. 2003; 65:564-70.  
<https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>.
- ۳۵- برهانی حقیقی دا، قائم ه. کیفیت زندگی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس: (MS). ترجمه و تطبیق فرهنگی پرسش‌نامه QoL - 54 MS. علوم مغز و اعصاب ایران ۱۳۸۴؛ ۴(۴۰): ص ۷۴-۸۰.
- 36-Harrington N. The Frustration Discomfort Scale: development and psychometric properties. *Clin Psychol Psychother*. 2005; 12: 374-87.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.465>.
- ۳۷- رحیمی نسیم، افشاری‌نیا کریم. پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی بر اساس میزان تمایز یافتگی و تحمل ناکامی در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*. ۲۰۱۷؛ ۳: ۱۲۷-۱۳۶. پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی بر اساس میزان تمایز یافتگی و تحمل ناکامی در سالمندان
- ۳۸- رفتار علی‌آبادی م ر، شاره ح، تونده‌جانی ح. اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی زنان خیانت دیده: یک کار آزمایشی بالینی تصادفی شده. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*. ۱۳۹۹؛ ۸: ۱۴۰-۱۵۵.  
 ۵۵. اثربخشی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی زنان خیانت‌دیده: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده
- 22-Kirchner T, Lara S. Stress and depression symptoms in patients with multiple sclerosis: the mediating role of the loss of social functioning. *Acta Neurol Scand*. 2011; 123: 407-13.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2010.01422.x>.
- 23-Yalcin O, Lee C, Correia H. Factor Structure of the Young Schema Questionnaire (Long Form-3). *Aust Psychol*. 2020; 55: 546-58.  
<https://doi.org/10.1111/ap.12458>.
- 24-Yalcin O, Marais I, Lee CW, Correia H. The YSQ-R: Predictive Validity and Comparison to the Short and Long Form Young Schema Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20: 1778.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph20031778>.
- 25-Li L, Young D, Xiao S, Zhou X, Zhou L. Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. *Bull World Health Organ*. 2004; 82: 493-502. Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China - PubMed
- ۲۶- صدوقی ز، آگیلار م، و، رسول‌زاده طباطبایی س ک، اصفهانیان ن. تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ در نمونه غیربالینی ایرانی. *مجله روانپزشکی روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۸۷؛ ۱۴: ۲۱۴.  
[20120329155557-5076-99.pdf](https://doi.org/10.20120329155557-5076-99.pdf)
- ۲۷- صبغ کرمانی ل. اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی بر حالات هیجانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. دانشکده ادبیات و علوم انسانی. گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان. ۱۳۹۶.
- 28-Khosravani V, Najafi M, Mohammadzadeh A. The Young Schema Questionnaire-Short Form: a Persian Version Among a Large Sample of Psychiatric Patients. *Int J Ment Health Addict* 2020; 18: 949-67.  
<https://doi.org/10.1007/s11469-018-9997-2>.
- 29-Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck anxiety inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1990.

۴۶- صمدی طاری م، جهانگیر پ. پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس طرح‌واره‌های ناسازگار و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به بیماری ام اس مراجعه‌کننده به انجمن ام اس تهران. نشریه علمی رویش روان‌شناسی. ۱۳۹۷؛ ۷: ۲۰۷-۲۱۸. پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس طرح‌واره‌های ناسازگار و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به بیماری ام اس مراجعه‌کننده به انجمن ام اس تهران

۴۷- مقدس تبریزی ی، رجبی ر، سبزی دیزج یکان ک، نبوی م، رستمی ر. تأثیر تمرین‌های نوروفیدبک بر تعادل، خستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی. ۱۳۹۵؛ ۷: ۸۹-۱۰۰  
<https://doi.org/10.22059/japr.2017.61082>

48-Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: guilford publications; 2003.

۴۹- علیزاده اصلی ا، جعفرنژاد لنگرودی ز. اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر برنامه غنی‌سازی ارتباطی پذیرش و ذهن‌آگاهی در صمیمیت، سازگاری و تاب‌آوری در زنان با تعارضات زناشویی شهرستان کرج. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز. ۱۳۹۷؛ ۷: ۲۴۸-۲۵۶  
<https://doi.org/10.29252/aums.7.3.248>

۵۰- شهاب آ، احدی ح، جمهری ف، کراسکیان م. بررسی اثربخشی (تأثیر) طرح‌واره درمانی هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلا به بیماری ام اس. فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روان‌شناختی. ۱۳۹۸؛ ۷۷: ۹۶-۱۰۷  
1597645143-10009-38-5.pdf

۵۱- قنبری س. اثربخشی مشاوره گروهی بر اساس الگوی خودتنظیمی زیمرمن بر تحمل شکست و غربت دانشجویان دختر خوابگاهی. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه رفاه؛ ۱۳۹۶.

۳۹- محمدی ف، میرزائی م، سلطانی ن، فدایی م. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نشخوارهای ذهنی و اضطراب بیماران وسواسی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۱۳۹۸؛ ۱۹۴۵: ۱۹۵۹-۱۹۶۲.

<https://doi.org/10.22038/MJMS.2020.15842>.

40-Simpson R, Booth J, Lawrence M, Byrne S, Mair F, Mercer S. Mindfulness based interventions in multiple sclerosis - a systematic review. *BMC Neurol*. 2014; 14: 15.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2377-14-15>.

41-Butler E, Thomas R, Carolan A, Silber E, Chalder T. 'It's the unknown' – understanding anxiety: from the perspective of people with multiple sclerosis. *Psychol Health*. 2019; 34: 368-83.  
<https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1541989>.

۴۲- رستمی، م. تأثیر ورزش بر سیگنال‌های مغزی: زنان افسرده و مضطرب مبتنی بر ذهن‌آگاهی. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه فردوسی مشهد؛ ۲۰۱۳.

43-[Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*. 2011; 6: 537-59.  
<https://doi.org/10.1177/1745691611419671>.

44-Lee CSC, Ma M-T, Ho H-Y, Tsang K-K, Zheng Y-Y, Wu Z-Y. The Effectiveness of Mindfulness-Based Intervention in Attention on Individuals with ADHD: A Systematic Review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 2017; 30: 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2017.05.001>

45-Grossman P, Kappos L, Gensicke H, D'Souza M, Mohr DC, Penner IK, et al. MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: a randomized trial. *Neurology*. 2010; 75: 1141-9.  
<https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181f4d80d>



# ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان: بررسی نقش تعدیل‌کنندگی کارکرد تأملی

نویسندگان

فاطمه عرب علی دوستی<sup>۱</sup>، محمود دهقانی<sup>۲\*</sup>، مریم روشن<sup>۳</sup>، سمیه رباط میلی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

falidoosty@yahoo.com

۲. استادیار دانشکده علوم رفتاری و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. maryamroshan@pnu.ac.ir

۴. استادیار واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. robotmili.@ut.ac.ir

چکیده

**مقدمه:** اگرچه در پژوهش‌های زیادی رابطه بین دلبستگی و تنظیم هیجانی تأیید شده است؛ اما توجه اندکی به عوامل میانجی آن شده است. حال اصطلاح کارکرد تأملی بعنوان مفهوم جدیدی که در روان‌تحلیل‌گری مورد تأمل قرار گرفته است و به فرآیندهای روان‌شناختی با زیربنای ذهنی‌سازی اشاره و ریشه‌های مشترکی با این دو سازه دارد، در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. هدف این مطالعه بررسی نقش تعدیل‌کنندگی کارکرد تأملی در ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان بود.

**روش:** طرح این پژوهش غیرآزمایشی از نوع همبستگی است. شرکت‌کنندگان این مطالعه، شامل دانشجویان دانشگاه‌های پیام‌نور آذربایجان غربی (میاندوآب، شاهین‌دژ، بوکان، ارومیه) است که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند و به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای (مرحله اول دانشگاه، مرحله دوم دانشکده، مرحله سوم کلاس) ۱۸۰ نفر انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های کارکرد تأملی (RFQ)، سبک‌های دلبستگی (هازن و شیور، ۱۹۸۷م) و دشواری تنظیم هیجان (گراتز، ۲۰۰۴م) پاسخ دادند.

**نتایج:** رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد، افراد با سبک دلبستگی ایمن بالاتر اطمینان بالاتری دارند که موجب کاهش دشواری تنظیم هیجان می‌شود. به علاوه داشتن سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی با بی‌اطمینانی بالا موجب افزایش دشواری تنظیم هیجان می‌شود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت، کارکرد تأملی اطمینان و نبود اطمینان رابطه بین دلبستگی با دشواری تنظیم هیجان را تعدیل می‌کند و سبک‌های دلبستگی ایمن و ناایمن با همراهی کارکرد تأملی اطمینان و نبود اطمینان موجب کاهش و افزایش دشواری تنظیم هیجان می‌شوند.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۰۹/۱۴

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۳/۰۵



کلیدواژه‌ها

کارکرد تأملی، سبک‌های دلبستگی، دشواری تنظیم هیجان، قطعیت، قطعیت‌نداشتن.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

dehghani.m@iums.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

## مقدمه

تجربیات توسعه دهد. معمولاً انسان‌ها با تصور حالات ذهنی مختلف حاکم بر تعاملات بین‌فردی، دنیای اجتماعی خود را معنا می‌کنند [۶]. این ظرفیت به فرد کمک می‌کند تا تجربیات عاطفی را تحمل و تنظیم کند، تکانه‌های خود را کنترل کند، و احساس خود عاملیتی را در خود ایجاد می‌کند [۷]. همچنین به فرد اجازه می‌دهد، تعاملات پایدار و مؤثر با دیگران داشته باشد [۸]. تئوری ذهنی‌سازی ادعا می‌کند که ذهنی‌سازی دقیق و خوب در افراد و خانواده‌ها روابط قوی را تسهیل می‌کند، تأثیر منفی سوءتفاهم‌ها را کاهش می‌دهد و توانایی‌های فراشناختی مؤثرتر را افزایش می‌دهد [۹].

همان‌طور که گفته شد، کارکرد تأملی ارتباط مثبتی با دلبستگی ایمن دارد [۱]. کودک یاد می‌گیرد که حالات ذهنی را کشف کند و رفتار را به‌عنوان انگیزه‌های عمدی از طریق تعامل احتمالی و آینه‌ای با مراقبین درک کند [۱۱]. دلبستگی ایمن، سبکی از تعامل کلامی و عاطفی بین مادر و کودک ایجاد می‌کند که به‌نوبه خود از گسترش توانایی فرد در فکر کردن در مورد احساس‌ها و نیت‌های دیگران (ذهنی‌سازی) حمایت می‌کند [۹]. نتیجه‌ی جالب مطالعه برون<sup>۱</sup> و همکاران [۱۲]، نشان می‌دهد که سبک دلبستگی آشفته، بیشترین اختلال را در ذهنی‌سازی پیش‌بینی می‌کند. همچنین مطالعات از ارتباط بین دلبستگی ناایمن و ذهنی‌سازی ضعیف، حمایت می‌کنند [۱۳]. یافته‌هایی ولوتی<sup>۲</sup> و همکاران [۱۴] هم نشان داد که ذهنی‌سازی آسیب‌پذیر (بیش‌ازحد ذهنی) باعث بی‌نظمی در دلبستگی می‌شود، که به‌نوبه خود باعث برانگیختگی شده و ذهنی‌سازی بیشتر را تضعیف می‌کند.

فردی که ظرفیت ذهنی توسعه‌یافته‌تری دارد به‌جای اینکه در یک دیدگاه گیر کند، می‌تواند انعطاف‌پذیر باشد. چنین فردی می‌تواند بازیگوش باشد و از شوخ‌طبعی برای تعامل با دیگران استفاده کند، می‌تواند مشکلات را با استفاده از دادوستد بین دیدگاه‌های افراد مختلف حل کند و بین تجربیات خود و دیگران تفاوت قائل شود. چنین افرادی می‌توانند مسئولیت رفتار خود را بپذیرند.

تئوری دلبستگی و نظریه روانکاوی (که نظریه ذهنی‌سازی برگرفته از آن است) مفاهیم مشترکی در مورد

تنظیم هیجان (نظم‌جویی هیجانی) شامل طبقه‌وسیعی از فرایندهای داخلی و خارجی و پاسخ‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیکی است [۱۶] بسیاری از محققان تنظیم هیجان را هم‌ابزاری برای کنترل تجربیات هیجانی و هم‌کنترل بیان هیجان‌ات می‌دانند [۱۷]. تنظیم هیجانی به‌طور ویژه‌ای توضیح می‌دهد که افراد چگونه هیجان را تجربه، تعدیل و سازمان‌دهی می‌کنند و چگونه چنین مدیریتی بر رفتار انسان تأثیر می‌گذارد [۱۸ و ۱۹]. دلبستگی یا پیوند عاطفی بین کودک و مادر نقش تعیین‌کننده در کنترل هیجان‌ات فرد در دوران نوجوانی و بزرگسالی دارد [۲۰]. دلبستگی تأثیر فوق‌العاده‌ای در تنظیم هیجانی فرد دارد [۱۰]. مورل<sup>۱</sup> و پاپوچیس<sup>۲</sup> [۲۱] نشان دادند افرادی که دلبستگی ایمن داشتند مشکلات کمتری در تنظیم هیجان‌ات بین‌فردی گزارش کردند و دلبستگی اضطرابی و اجتنابی همبستگی معناداری با مشکل در تنظیم هیجان داشت.

در همین راستا کارکرد تأملی ارتباط مثبتی با دلبستگی دارد [۱]. اصطلاح کارکرد تأملی<sup>۳</sup> (RF) به فرآیندهای روان‌شناختی با زیربنای ذهنی‌سازی<sup>۴</sup> اشاره دارد که هم در روان‌تحلیل‌گری [۱ و ۲] و هم در روان‌شناسی شناختی [۳] مورد تأمل قرار گرفته است. فوناگی و بیتمن<sup>۵</sup> [۴] مطرح می‌کنند وقتی صحبت از ذهنی‌سازی، فراشناخت، شناخت اجتماعی، ذهن آگاهی و کارکرد تأملی می‌شود، با مجموعه‌ای مشابه و یا حداقل همپوشان از ظرفیت‌های شناختی بالاتر روبرو هستیم. فوناگی و همکارانش اصطلاح ذهنی‌سازی را ابداع کردند که به‌عنوان ظرفیت درک رفتار در خود و دیگران از نظر حالات ذهنی تعریف می‌شود [۵].

توانایی ذهنی‌سازی معمولاً یک فعالیت ذهنی خودکار است که شامل درک و تفسیر رفتار انسان برحسب حالات ذهنی است. این امر به فرد اجازه می‌دهد تا رفتارها را درک و پیش‌بینی کند و ظرفیت تشخیص حالات درونی خود و همچنین حالات دیگران را به‌منظور معنا بخشیدن به

1. Morel.
2. Papouchis.
3. Reflective Functioning.
4. Mentalization.
5. Bateman.

6. Brüne.
7. Velotti.

به لحاظ شیوه جمع آوری داده‌ها جز پژوهش‌های غیرآزمایشی از نوع همبستگی بود.

### آزمودنی‌ها

شرکت‌کنندگان این مطالعه، دانشجویان دانشگاه‌های پیام‌نور آذربایجان غربی (میان‌دوآب، شاهین‌دژ، بوکان، ارومیه) و تبریز بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند. شرکت‌کنندگان این مطالعه از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین‌صورت که ابتدا از بین واحدهای دانشگاهی پیام‌نور پنج واحد انتخاب شدند و از کلاس‌های این واحدهای دانشگاهی به تصادف در هر واحد پنج کلاس انتخاب شد و سپس کل دانشجویان کلاس به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

حجم نمونه در این مطالعه از نرم‌افزار جی پاور نسخه ۳/۱ برآورد شد. بدین‌صورت که بر اساس روش آماری رگرسیون چندگانه تعداد پیش‌بین‌ها مشخص شد، همچنین مقدار سطح خطای نوع اول ۰/۰۱، توان آزمون ۰/۹۹ درصد و اندازه اثر حداقلی ۰/۱۵ درصد به عنوان سایر ملاک‌ها انتخاب شد. تعداد حجم نمونه برآورد شده ۱۶۴ نفر بود. با توجه به ملاحظات اجرایی این تعداد به ۱۹۰ نفر افزایش یافت تا دچار افت آزمودنی نباشیم. پس از بررسی پرسش‌نامه‌ها ۱۰ نفر که پاسخ‌های مناسبی ندادند کنار گذاشته شدند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان شامل حداقل سن ۱۹ سال و دانشجو بودن (به معنایی داشتن تحصیلات دانشگاهی ملاک دوم بود) می‌شد. ملاک خروج شرکت‌کنندگان تسلط کافی نداشتن بر زبان فارسی (به دلیل این‌که برای پاسخ به پرسش‌ها نیاز بود که معنای واژگان برای آزمودنی قابل‌فهم باشد) و همچنین مصرف نکردن دارو یا دریافت خدمات خاص روان‌شناسی در زمان جمع‌آوری داده می‌شد که از طریق دو پرسش در پرسش‌نامه سنجیده شد.

### ابزارهای پژوهش

#### الف. پرسش‌نامه کارکرد تأملی (RFQ)<sup>۱</sup>

ذهنی‌سازی یا کارکرد تأملی ظرفیت ما برای درک خود و دیگران برحسب حالات ذهنی عمدی مانند هیجانات،

چگونگی رشد خود از تجربه رابطه مراقب و نوزاد دارند. هر دو دیدگاه، هماهنگی مراقب با نوزاد را محوری برای خودسازی سالم می‌دانند. سبک دلبستگی از نخستین رابطه اجتماعی انسان (یعنی با مراقبان) شکل می‌گیرد و به این ترتیب دلبستگی برای نخستین بار در زمینه روابط نوزاد و مادر مورد مطالعه قرار گرفته است [۱۰]. از طرفی دیگر ذهنی‌سازی یک دستاورد رشدی است که به کیفیت روابط دلبستگی و به‌ویژه به تعامل کودک با مراقب بالغ و حساس بستگی دارد [۵].

به اعتقاد فونانگی، مؤلفه تنظیم هیجان با ظرفیت ذهنی‌سازی هم رابطه نیرومندی دارند. بر اساس صورت‌بندی جدید وی، ظرفیت ذهنی‌سازی تعیین‌کننده مهمی در سازمان‌دهی خود و گسترش ظرفیت تنظیم هیجان است؛ بنابراین درک از خود و ظرفیت تنظیم آن و به تبع آن تنظیم هیجان، از طریق تعامل و در روابط بین‌فردی شکل می‌گیرد. ذهنی‌سازی نوعی انعکاس خود و مؤلفه بین فردی است. این ترکیب برای فرد ظرفیتی ایجاد می‌کند تا واقعیت درونی و بیرونی را تشخیص دهد و فرایندهای ذهنی و هیجانی درون روانی را از تعامل‌های بین فردی متمایز کند. از نظر وی، ذهنی‌سازی تنها یک نموداری ژنتیک نیست، بلکه ساختاری است که از نوزادی تا کودکی تحول می‌یابد و تحول آن به تعامل با ذهنی نموداری‌تر (مراقب) بستگی دارد که حاضر و انعکاس‌دهنده است. بر اساس این نظریه، ظرفیت تنظیم هیجانات و توانایی تعدیل حالت‌های عاطفی با توانایی فرد در ذهنی‌سازی مرتبط است [۲۲]. از طرفی دیگر توانایی توسعه‌یافته برای ذهنی‌سازی یک عامل کلیدی در توسعه توانایی‌های تنظیم هیجان در نظر گرفته می‌شود [۵].

از این رو با توجه به مطالعات انجام‌گرفته در پژوهش حاضر ارتباط بین سه متغیر مهم سبک‌های دلبستگی، تنظیم هیجان و کارکرد تأملی مورد بررسی قرار می‌گیرد به این صورت که فرضیه پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل‌گری کارکرد تأملی در ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان خواهد بود.

### روش پژوهش

#### نوع پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و

1. Reflective Functioning Questionnaire.

ترتیب این مقدار برابر با ۰/۸۴ و ۰/۷۵ بود. روایی و پایایی این ابزار در نمونه ایرانی [۲۴] در تحلیل عاملی تأییدی ساختار دو عاملی را نشان داد ( $\chi^2=76/12$ ,  $df=48$ ,  $p=0/01$ ,  $GFI=0/98$ ,  $AGFI=0/96$ ,  $CFI=0/98$ ,  $RMSEA=0/03$ ). ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌ها به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۶ به دست آمد. به علاوه نتایج بازآزمایی برای عامل‌های قطعیت و ناقطعیت به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۳ و شاخص پایایی ترکیبی نیز برای این دو عامل به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ بدست آمد. روایی همگرا نیز رابطه معناداری در سطح ۰/۰۱ را نشان داد. همچنین شاخص فورنل و لاکر روایی واگرا را تأیید کرد.

### ب. پرسش‌نامه دشواری‌های تنظیم هیجانی (ERDQ)<sup>۱</sup>

این پرسش‌نامه را گراتز<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۴ م ساخته است که دارای ۳۶ عبارت است؛ به هر عبارت در قالب ۵ گزینه لیکرتی «تقریباً هرگز»، «گاهی اوقات»، «تقریباً نیمی از اوقات»، «بیشتر اوقات» و «تقریباً همیشه» پاسخ داده می‌شود. این پرسش‌نامه شامل شش خرده مقیاس است: پذیرش‌نشدن (۱۱-۱۲-۲۱-۲۳-۲۵-۲۹)، دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند (۱۳-۱۸-۲۰-۲۶-۳۳)، دشواری‌های کنترل تکانه (۳-۱۴-۱۹-۲۴-۲۷-۳۲)، فقدان آگاهی هیجانی (۲-۶-۸-۱۰-۱۷-۳۴)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (۱۵-۱۶-۲۲-۲۸-۳۰-۳۱-۳۵-۳۶)، و فقدان شفافیت هیجانی (۱-۴-۵-۷-۹). مقیاس حاضر در پژوهش اصلی [۲۵] دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس ۰/۹۳) و پایایی آزمون - باز آزمون برای نمرات کلی این مقیاس ۰/۸۸ است. در مطالعه‌ای که بشارت [۲۶]، روایی پرسش‌نامه دشواری تنظیم هیجان از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی کرده است شش مؤلفه را استخراج کرده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داده است، ۵۸/۶۳ درصد از واریانس پرسش‌نامه توسط عامل‌ها تبیین می‌شود و بزرگ‌ترین ارزش ویژه ۸/۷۱ است. ارزش‌های ویژه بالاتر از ۱ به عنوان عامل در نظر گرفته شده اند. به علاوه پایایی از روش بازآزمایی محاسبه شده است که برای مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۹ به دست آمد. پایایی کل آزمون ۰/۸۱ در مطالعه بشارت بوده است.

خواسته‌ها، آرزوها، اهداف و نگرش اشاره دارد. پرسش‌نامه کارکرد تأملی (RFQ) به‌عنوان یک معیار غربالگری مختصر و آسان برای بررسی کارکرد تأملی [۲۳] تهیه شده است. نسخه استفاده شده در این مطالعه شامل ۸ آیتم می‌شود، پاسخ‌دهی در طیف ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» صورت می‌گیرد. این مقیاس با استفاده از یک روش امتیازدهی دو جهتی تهیه شده است و دارای دو مؤلفه اطمینان و نبود اطمینان است. در مؤلفه اطمینان آیتم‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۱ و ۳ استفاده شده‌اند و بدین‌صورت اصلاح می‌شود: ۱=۳، ۲=۲، ۳=۱، ۴=۰، ۵=۰، ۶=۰ و ۷=۰ به دلیل اینکه برخی از آیتم‌ها بین دو مؤلفه مشترک هستند (به عبارتی یک آیتم هر دو مؤلفه را اندازه‌گیری می‌کند) برای مؤلفه نبود اطمینان آیتم‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۸ بدین‌گونه اصلاح می‌شوند: ۱=۰، ۲=۰، ۳=۰، ۴=۰، ۵=۱، ۶=۲ و ۷=۳. عبارات آیتم‌های پرسش‌نامه بدین شرح‌اند: ۱. افکار مردم برای من یک رمز و راز است؛ ۲. من همیشه نمی‌فهمم چرا چنین کاری را انجام می‌دهم؛ ۳. هنگامی که عصبانی می‌شوم چیزهایی را می‌گویم بدون اینکه بدانم چرا من آن‌ها را به زبان می‌آورم؛ ۴. هنگامی که من عصبانیم، چیزهایی را می‌گویم که بعداً پشیمان می‌شوم؛ ۵. اگر من احساس ناامنی کنم، می‌توانم به‌گونه‌ای رفتار کنم که کفر دیگران را درآورم؛ ۶. گاهی اوقات من چیزها را بدون درک درستی به‌کار می‌برم؛ ۷. من همیشه چیزی را که احساس می‌کنم، می‌دانم. و ۸. احساسات شدید اغلب فکر من را تیره و تار می‌کند.

لازم به ذکر است در پرسش‌نامه اصلی تجزیه و تحلیل در نمونه‌های بالینی و جامعه متفاوت نتوانست شواهد را برای اعتبار خود به دست آورد و به همین دلیل در حالت دوقطبی نتایج بهتری در تمایز افراد از نظر اطمینان و نبود اطمینان حاصل می‌شد؛ بنابراین آیتم‌ها در دو بعد اطمینان و نبود اطمینان استفاده شده است.

فوناگی و لویتن [۲۳] در مطالعه‌ای که روایی پرسش‌نامه کارکرد تأملی را بررسی کردند، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده کردند. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی در این مطالعه ( $\chi^2/df=2/2$ ,  $RMSEA=0/06$ ,  $CFI=0/95$ ,  $NNFI=0/93$ ) نشان داد، ساختار عاملی این پرسش‌نامه دارای دو عامل قطعیت و ناقطعیت است. همچنین پایایی این آزمون از طریق روش بازآزمایی بررسی شد که در دو مؤلفه قطعیت و ناقطعیت به

1. Emotion Regulation Difficulties Questionnaire.  
2. Gratz.

صورت تصادفی کل کلاس به ابزارهای مورد اندازه‌گیری پاسخ دادند. از آنجایی که پاسخ‌دهندگان در ابتدای کلاس بهتر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ می‌دادند؛ بنابراین با اجازه مدرس در مدت ۱۵ دقیقه داده‌ها جمع‌آوری می‌شد. در پایان از دانشجویان و اساتید محترم تشکر و قدردانی شد.

#### شیوه تحلیل داده‌ها

هدف این مطالعه بررسی نقش تعدیل‌کنندگی بود. آزمون این هدف از طریق رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله‌مراتبی انجام شد. بدین‌صورت که نخست متغیر پیش‌بین، سپس متغیر تعدیل‌کننده و در انتها متغیری که از حاصل‌ضرب متغیرهای پیش‌بین و تعدیل‌کننده به‌دست‌آمده بود وارد معادله شد. محاسبات از طریق نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۶ انجام شد.

#### یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر که با هدف بررسی نقش تعدیل‌کنندگی کارکرد تأملی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و دشواری تنظیم هیجان انجام شد، ۱۸۰ نفر شرکت‌کننده در این مطالعه حضور داشتند که از نظر جنسیت ۷۸ نفر مرد (۴۳/۳ درصد) و ۱۰۲ نفر زن (۵۶/۷ درصد) بودند. از نظر سطح تحصیلات ۱۸ نفر (۱۰ درصد) فوق‌دیپلم، ۱۵۹ نفر (۸۸/۶ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۳ نفر (۱/۴ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر با ۲۲/۱۵ و ۳/۵۲ بود.

قبل از آزمون نقش تعدیل‌کنندگی رابطه بین متغیرها از طریق ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون بررسی شد. ضریب همبستگی پیرسون به‌دست‌آمده از رابطه بین سبک‌های دلبستگی و دشواری تنظیم هیجان با اطمینان و عدم اطمینان نشان داد که بین این متغیرها رابطه معناداری وجود دارد. مفروضه خطی بودن نیز از طریق همبستگی نشان داده شده است. همچنین بی‌ارتباطی بالا بین متغیرها (کمتر از ۰/۸۰) نشان‌دهنده هم‌خطی نبودن بین متغیرها است؛ بنابراین این مفروضه رگرسیون نیز تأیید شد.

سپس برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی کارکرد تأملی (اطمینان و نبود اطمینان) در رابطه بین سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) با دشواری تنظیم هیجان از رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی استفاده شد.

ج. پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (AAT)<sup>۱</sup> مقیاس دلبستگی بزرگسالان را هازن<sup>۲</sup> و شیور<sup>۳</sup> [۲۷] و [۲۸] ساخته‌اند. هازن و شیور با تقسیم سبک‌های دلبستگی به دو دسته کلی ایمن و نایمن (اجتنابی و دوسوگرا)، سه سبک دلبستگی را تعریف کردند. این پرسش‌نامه یک آزمون ۱۵ آیتمی است که در مورد دلبستگی بزرگسالان سه سبک دلبستگی ایمن<sup>۴</sup> (۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۳)، اجتنابی<sup>۵</sup> (۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴) و دوسوگرا<sup>۶</sup> (۳، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵) را می‌سنجد. پاسخ‌ها به این ابزار در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ «خیلی کم»، «کم»، «متوسط»، «زیاد»، «خیلی زیاد» نمره‌گذاری می‌شوند. روایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ای که بشارت در نمونه ایرانی انجام داده است از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل را تأیید کرده است. این عامل‌ها به ترتیب: سبک دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن بودند که ۵۶/۷۸ درصد از واریانس را تبیین کردند. به‌علاوه پایایی این ابزار از طریق روش بازآزمایی بررسی شده که در سه سبک دلبستگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بوده است. در همان مطالعه، ضریب اعتبار بازآزمایی مقیاس دلبستگی بزرگسالان در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۲ بوده است. در مطالعه هازن و شیور [۲۸] با تحلیل عاملی سبک‌های دلبستگی به سه عامل تقسیم شدند و روایی آن تأیید شد به‌علاوه در مطالعه بازآزمایی میزان پایایی در این سه سبک به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۱ به‌دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هریک از زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی، و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها (n=۲۴۰) به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ به‌دست آمده است. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی، و دوسوگرا به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به‌دست آمد.

#### شیوه انجام پژوهش

اجرای این پژوهش در دانشگاه‌های نام برده شده انجام شد. بدین‌صورت که پس از انتخاب کلاس از بین کلاس‌ها به

1. Adult Attachment Inventory.
2. Hazan.
3. Shaver.
4. Secure attachment style.
5. Avoidant.
6. Ambivalent.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، آلفای کرونباخ و ماتریس همبستگی کارکرد تأملی، دلبستگی و دشواری تنظیم هیجان

| ردیف | متغیر               | M     | SD   | ۱      | ۲      | ۳      | ۴     | ۵     | ۶    |
|------|---------------------|-------|------|--------|--------|--------|-------|-------|------|
| ۱    | اطمینان             | ۶/۱۸  | ۴/۰۳ | ۰/۷۸   |        |        |       |       |      |
| ۲    | نبود اطمینان        | ۶/۱۱  | ۳/۶۰ | *-۰/۶۳ | ۰/۷۶   |        |       |       |      |
| ۳    | دلبستگی ایمن        | ۱۱/۲۴ | ۴/۲۳ | *۰/۵۴  | *-۰/۴۰ | ۰/۷۹   |       |       |      |
| ۴    | دلبستگی اجتنابی     | ۱۳/۰۸ | ۵/۰۱ | *-۰/۴۴ | *۰/۴۷  | *-۰/۶۰ | ۰/۸۱  |       |      |
| ۵    | دلبستگی اضطرابی     | ۱۲/۲۳ | ۳/۹۸ | *-۰/۳۹ | *۰/۴۳  | *-۰/۵۴ | *۰/۶۰ | ۰/۷۸  |      |
| ۶    | دشواری تنظیم هیجانی | ۲۸/۴۸ | ۶/۶۰ | *-۰/۴۶ | *۰/۴۲  | *-۰/۳۶ | *۰/۳۹ | *۰/۳۳ | ۰/۸۷ |

نکته: مقادیر نوشته‌شده در قطر ماتریس آلفای کرونباخ است. تعداد = ۱۸۰، \*در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

اطمینان) تبیین واریانس ۷ درصد تغییر کرد و مجموعاً ۴۳ درصد واریانس تبیین شد، در گام سوم با وارد شدن تعامل بین متغیرهای پیش‌بین و متغیرهای تعدیل‌کننده تبیین واریانس دشواری تنظیم هیجان ۶ درصد افزایش یافت و به ۴۹ درصد رسید. همچنین قابل ذکر است که معناداری آزمون F در هر سه گام نتایج تحلیل رگرسیون را تأیید کرد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در گام سوم، نتایج نشان داد که اثر متقابل دلبستگی ایمن با اطمینان معنادار است. بدین معنی که اطمینان رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و دشواری تنظیم هیجان را تعدیل می‌کند. بدین معنی که افراد با دلبستگی ایمن بالاتر اطمینان بالاتری را تجربه کرده و دشواری تنظیم هیجان کمتری را دارند. به‌علاوه نبود اطمینان دلبستگی اجتنابی و اضطرابی را در رابطه با دشواری تنظیم هیجان تعدیل می‌کند. بدین معنی که هر چه دلبستگی اجتنابی و اضطرابی بالاتر باشد با نبود اطمینان بالاتر موجب دشواری تنظیم هیجان بدتر در فرد می‌شود.

بدین‌منظور در ابتدا متغیرهای پیش‌بین (دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) در گام نخست وارد شد. در گام دوم، متغیر کارکرد تأملی (اطمینان و نبود اطمینان) به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده وارد مدل شد. در گام سوم، تعامل بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر تعدیل‌کننده وارد مدل شد و نتایج آن گزارش شد. تعامل بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر تعدیل‌کننده با استفاده از ضرب متغیرهای پیش‌بین در متغیر تعدیل‌کننده (اطمینان و نبود اطمینان) به دست آمد. برای انجام این کار ابتدا نرمال بودن داده‌ها بررسی شد و سپس دو متغیر پیش‌بین و تعدیل‌کننده در هم ضرب شدند (لازم به ذکر است برای جلوگیری از هم خطی بین متغیرها، متغیرهای ضرب شده مرکزی سازی شد تا از هم خطی جلوگیری شود).

نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد، در گام نخست، متغیرهای پیش‌بین (سبک‌های دلبستگی) ۳۶ درصد از واریانس دشواری تنظیم هیجان را تبیین می‌کنند. در گام دوم، با وارد شدن متغیرهای تعدیل‌کننده (اطمینان و نبود

جدول ۲. نتایج ضرایب رگرسیون چندگانه نقش تعدیل‌کنندگی کارکرد تأملی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و دشواری تنظیم هیجان

| گام | پیش‌بین         | b     | Std.E | $\beta$ | T     | p     | F     | sig   | R <sup>2</sup> | adj R <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ |
|-----|-----------------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|----------------|--------------------|--------------|
| ۱   | ثابت            | ۴۱/۶۷ | ۰/۸۱  |         | ۵۱/۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۹۳/۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸           | ۰/۳۶               | ۰/۳۶         |
|     | دلبستگی ایمن    | -۰/۲۴ | ۰/۰۵  | -۰/۲۴   | -۴/۴۵ | ۰/۰۰۱ |       |       |                |                    |              |
|     | دلبستگی اجتنابی | ۰/۱۹  | ۰/۰۶  | ۰/۱۸    | ۲/۹۱  | ۰/۰۰۴ |       |       |                |                    |              |
|     | دلبستگی اضطرابی | ۰/۱۳  | ۰/۰۲  | ۰/۴۰    | ۶/۴۲  | ۰/۰۰۱ |       |       |                |                    |              |

ادامه جدول ۲. نتایج ضرایب رگرسیون چندگانه نقش تعدیل‌کنندگی کارکرد تأملی در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و دشواری تنظیم هیجان

| گام | پیش‌بین                       | b      | Std.E | $\beta$ | T     | p     | F     | sig   | R <sup>2</sup> | adj R <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ |
|-----|-------------------------------|--------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|----------------|--------------------|--------------|
| ۲   | ثابت                          | ۳۱/۹۷  | ۲/۱۲  |         | ۱۵/۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۵۷/۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴           | ۰/۴۳               | ۰/۰۷         |
|     | دل‌بستگی ایمن                 | -۰/۳۳  | ۰/۱۶  | -۰/۱۰   | -۲/۰۶ | ۰/۰۴  |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی اجتنابی              | ۰/۵۴   | ۰/۱۷  | ۰/۵۲    | ۳/۲۰  | ۰/۰۰۲ |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی اضطرابی              | ۰/۱۶   | ۰/۰۳  | ۰/۵۰    | ۵/۸۵  | ۰/۰۰۱ |       |       |                |                    |              |
|     | اطمینان                       | -۰/۰۶  | ۰/۰۲  | -۰/۱۶   | -۲/۶۱ | ۰/۰۰۹ |       |       |                |                    |              |
|     | نبود اطمینان                  | ۰/۱۲   | ۰/۰۲  | ۰/۴۷    | ۷/۸۶  | ۰/۰۰۱ |       |       |                |                    |              |
| ۳   | ثابت                          | ۶/۰۶   | ۱/۷۱  |         | ۳/۵۳  | ۰/۰۰۱ | ۳۹/۱۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰           | ۰/۴۹               | ۰/۰۶         |
|     | دل‌بستگی ایمن                 | -۰/۰۹  | ۰/۰۲  | -۰/۰۸   | -۴/۵۰ | ۰/۰۰۱ |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی اجتنابی              | ۰/۴۸   | ۰/۱۷  | ۰/۴۴    | ۲/۸۲  | ۰/۰۰۲ |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی اضطرابی              | ۰/۱۲   | ۰/۰۳  | ۰/۳۸    | ۴/۰۱  | ۰/۰۰۱ |       |       |                |                    |              |
|     | اطمینان                       | -۰/۰۵  | ۰/۰۲  | -۰/۱۰   | -۲/۰۳ | ۰/۰۱  |       |       |                |                    |              |
|     | نبود اطمینان                  | ۰/۱۰   | ۰/۰۲  | ۰/۴۷    | ۷/۸۶  | ۰/۰۰۱ |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی ایمن*اطمینان         | -۰/۱۸  | ۰/۰۴  | -۰/۱۶   | -۲/۵۰ | ۰/۰۴  |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی اجتنابی*اطمینان      | ۰/۰۰۱  | ۰/۰۰۱ | ۱/۳۸    | ۱/۷۶  | ۰/۰۸  |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی اضطرابی*اطمینان      | ۰/۰۱   | ۰/۰۱  | ۰/۷۵    | ۰/۹۸  | ۰/۳۳  |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی ایمن*نبود اطمینان    | -۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | -۰/۰۸   | -۰/۳۲ | ۰/۷۵  |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی اجتنابی*نبود اطمینان | ۰/۰۰۱  | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶    | ۲/۰۱  | ۰/۰۴  |       |       |                |                    |              |
|     | دل‌بستگی اضطرابی*نبود اطمینان | ۰/۰۰۱  | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۰    | ۲/۳۰  | ۰/۰۳  |       |       |                |                    |              |

### بحث و نتیجه‌گیری

کند، به‌طوری‌که رابطه مثبت بین دل‌بستگی نایمن و دشواری در تنظیم هیجان برای افرادی که ظرفیت بیشتری برای کارکرد تأملی دارند، کمتر باشد. از این رو نتایج

در پژوهش حاضر فرض بر این بود که کارکرد تأملی رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و تنظیم هیجان را تعدیل

تنظیم هیجانات شکل می‌گیرد) یکدیگر را تقویت می‌کنند. سپس هر دوی این عملکردها در نوجوانی و بزرگسالی با هم ادغام می‌شوند و زمانی که سطح آن‌ها پایین است، مشکلات عاطفی و بین فردی خاصی ایجاد می‌کنند.

در مورد ارتباط بین سه متغیر کارکرد تأملی، دلبستگی و تنظیم هیجان می‌توان گفت؛ دلبستگی نایمن، همراه با کاهش سطح ذهنی‌سازی، منجر به عملکرد بدتر در تنظیم هیجانات می‌شود. فرایندهای تنظیم هیجان و کارکرد تأملی هر دو در چارچوب دلبستگی ایمن در روابط اولیه کودک و مراقب توسعه می‌یابند [۳۵]. همچنین سبک‌های دلبستگی نایمن از طریق تجارب نامطلوب کودک با مراقب خود مشکلاتی در تنظیم هیجان و نقص در ذهنی‌سازی به دنبال می‌آورد [۳۶ و ۳۷]. سبک‌های دلبستگی نایمن، زمانی که در زمینه تعارض بین فردی فعال می‌شوند، ممکن است بر توانایی تنظیم مؤثر هیجانات تأثیر بگذارند و ظرفیت کارکرد تأملی برای مقابله با پریشانی را مهار کنند. مثلاً سطح بالایی از دلبستگی نایمن، پیش‌بینی‌کننده سطح بالایی از اختلال در تنظیم هیجانات است. افراد مضطرب که هیجانات منفی بیشتری تجربه می‌کنند در تمرکز بر دستیابی به اهداف خود مشکل دارند و دسترسی محدودی به استراتژی تنظیم هیجان دارند. چنین اضطرابی با بی‌اعتقادی به امکان تغییر واکنش‌های عاطفی در موقعیت‌های عاطفی دشوار همراه است. افراد مضطرب تمایل دارند، واکنش‌های عاطفی خود را نپذیرند - یعنی در تشخیص هیجانات منفی مرتبط با اتفاقات دشوار مشکل دارند. این ممکن است منجر به تمایل به واکنش با هیجانات منفی ثانویه در شرایط دشوار شود. افرادی که دارای سطوح بالای دلبستگی اضطرابی هستند ممکن است در کنترل تکانه‌ها و رفتار خود در مواقع دشوار هیجانی مشکل داشته باشند. همچنین کاهش شناخت و آگاهی از هیجانات خود را تجربه کنند. مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد، افراد دارای دلبستگی نایمن، به‌طور قابل‌توجهی با گروه ایمن از نظر توانایی در تنظیم هیجانات خود متفاوت هستند. افراد اولی عموماً سطوح بالاتری از بی‌نظمی هیجانی را نشان می‌دهند. الگوی ضرایب نشان می‌دهد، هر چه دلبستگی اضطرابی فرد بیشتر باشد، میزان اختلال در تنظیم هیجان بالاتر است.

همان‌طور که ذکر آن رفت؛ تحقیقات قبلی در مورد کارکرد تأملی نشان می‌دهند، کیفیت دلبستگی با ظرفیت

تحلیل‌های آماری نشان داد، کارکرد تأملی (اطمینان) رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و دشواری تنظیم هیجان را تعدیل می‌کند. به‌علاوه کارکرد تأملی (نبود اطمینان) دلبستگی اجتنابی و اضطرابی را در رابطه با دشواری تنظیم هیجان تعدیل می‌کند. به‌عبارت‌دیگر افرادی که دلبستگی ایمن بالاتری داشتند، با اطمینان بالاتر دشواری تنظیم هیجان کمتری دارند و هر چه دلبستگی اجتنابی و اضطرابی بالاتر باشد با نبود اطمینان بالاتر موجب دشواری تنظیم هیجان بدتر در فرد می‌شود.

تعبیر آور نیست که مطالعات زیادی نشان داده‌اند، ذهنی‌سازی کم‌تر با سطوح بالاتری از دلبستگی نایمن همراه است [۲۹]. بورلی<sup>۱</sup> و همکاران [۳۰]، به سه مسیر رشدی ممکن برای ذهنی‌سازی و دلبستگی اشاره می‌کند: از یک‌سو، ذهنی‌سازی شاید امکان شکل‌گیری پیوند دلبستگی را فراهم کند. از سوی دیگر، دلبستگی ایمن ذهنی‌سازی مؤثر را ممکن می‌سازد و همچنین ممکن است که هر دوی این فرایندها با هم‌پوشانی یک متغیر سوم، به‌عنوان مثال، واکنش هیجانی، به هم مرتبط شوند.

از طرفی دیگر سطوح بالاتر اختلال در تنظیم هیجانات با سطوح پایین‌تر ذهنی‌سازی مرتبط است. بر اساس ادبیات موجود در مورد این موضوع، نمی‌توان نتیجه گرفت که یک رابطه علی بین ذهنی‌سازی و بی‌نظمی هیجانی وجود دارد. از یک‌سو، بی‌نظمی هیجانی، ذهنی‌سازی را دشوار می‌کند [۳۱]، به‌عنوان مثال، تحت تأثیر برانگیختگی عاطفی، عملکرد ذهنی‌سازی دچار اختلال می‌شود [۳۲]. این امر با ارتباط منفی بین ظرفیت ذهنی و ناگویی هیجانی مشهود است [۳۳]. از سوی دیگر، سطح ذهنی‌سازی بر عملکرد تنظیم هیجانی تأثیر می‌گذارد، به‌عنوان مثال، تفسیر بیش‌ازحد هیجانات خود و دیگران، منجر به علائم اختلال شخصیت مرزی می‌شود [۳۴]. به‌علاوه، ذهنی‌سازی یک بازنمایی نمادین از حالات عاطفی را پیش‌فرض می‌گیرد که سبب می‌شود هیجانات دشوار در سطح درون روانی، با کنش‌های ناسازگارانه و تکانشی پاسخ داده شود. به‌طور خلاصه، به نظر می‌رسد که این رابطه متقابل است و ذهنی‌سازی و بی‌نظمی هیجانی از اوایل کودکی (زمانی که در زمینه رابطه بین کودک و مراقب، ذهنی‌سازی و توانایی

1. Borelli.



### منابع

- 1- Fonagy P, Target M, Steele H & Steele M. Reflective-functioning manual version 5 for application to adult attachment interviews. An open access version is available from UCL Discovery.1998.  
<https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1461016>
  - 2- گوهری س م، رسولزاده طباطبایی س ک، قنبری س. واریسی مؤلفه‌های ذهنی‌سازی در الگوی ارتباطی متاهلین ناراضی ایرانی: تحلیل محتوا. *دوفصلنامه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲): ۱۰۵-۱۲۰.  
<https://civilica.com/doc/1842719/>
  - 3- Morton J, Frith U. Causal modeling: A structural approach to developmental psychopathology. *Developmental psychopathology*. 1995; 1: 357-390. Causal modeling: A structural approach to developmental psychopathology.
  - 4- Fonagy P, Bateman A.W. Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*. 2016; 64: 59-66.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
  - 5- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press; 2002.
  - 6- Choi-Kain L.W, Gunderson J.G. Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(9): 1127-1135.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
  - 7- Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*. 1997; 9(4): 679-700.  
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579497001399>
  - 8- Bleiberg E. Mentalizing-based treatment with adolescents and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2013; 22(2): 295-330.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.01.001>
- کارکرد تأملی مرتبط است [۷] و کارکرد تأملی هم‌ابزاری برای تنظیم هیجان فراهم می‌کند [۳۲]. ولی تحقیقات تجربی که مشخصاً به بررسی نقش تعدیل‌گری کارکرد تأملی در ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان بپردازند، محدود است [۳۸]. نتیجه مطالعه مارسال و جانزاک [۳۵]، همسو با مطالعه حاضر بود. ولی یافته‌های مطالعه مورل و پاپوچیس [۲۱] نشان داد که کارکرد تأملی نتوانست ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان را تعدیل‌گری کند. این نتیجه‌ی ناهم‌راستا می‌تواند به دلیل محدودیت‌های مطالعه باشد. به‌عنوان مثال، نمونه انتخاب‌شده در پژوهش مورل و پاپوچیس [۲۱]، نمرات کارکرد تأملی بسیار پایینی داشتند به‌صورتی که در مطالعات دیگر، میانگین نمرات کارکرد تأملی به‌دست‌آمده در نمونه‌های غیر بالینی بالاتر از ۵ بوده ولی در نمونه آن‌ها میانگین کارکرد تأملی به‌دست‌آمده کمی بالاتر از ۳ بود. علاوه بر نمرات پایین، تنوع بسیار کمی هم در نمرات درون نمونه وجود داشت. قابل‌ذکر است، روابط بین دلبستگی ناامنی، بی‌نظمی هیجانی و نقص در کارکرد تأملی در تحقیقاتی که اختلالات روان‌شناختی را بررسی می‌کنند به‌وفور مشاهده می‌شود [۳۹].
- ### محدودیت‌ها و پیشنهادها
- از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مقطعی‌بودن مطالعه اشاره کرد. تحلیل‌های طولی با استفاده از همین سازه‌ها می‌تواند در تعیین اینکه آیا ذهنی‌سازی رابطه بین دلبستگی و شخصیت را در طول عمر تعدیل می‌کند یا خیر مفید باشد. علاوه بر این، سوگیری‌های حاصل از استفاده از پرسش‌نامه‌های خود گزارش را هم نمی‌توان نادیده گرفت. مطالعات آینده می‌توانند داده‌ها را از طریق رویکردهای غیرخودگزارشی، مانند مصاحبه یا روش‌های مشاهده‌ای جمع‌آوری کنند تا اعتبار پژوهش را افزایش دهند.
- ### سپاسگزاری
- در انتها از تمامی دانشجویان و استادانی که در راستای انجام این پژوهش با ما همکاری کردند، سپاسگزاری می‌کنیم.

- ۱۶- روشن چلسی ر، فراهانی ح، مرواریدی م. برآزش مدل ساختاری رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و طرح‌واره‌های هیجانی با توجه به متغیرهای میانجی نظم‌جویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی با رغبت به ازدواج. *دوفصلنامه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲ بهار و تابستان؛ ۲۱(۱): ۵۷-۷۲.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16191.1227>
- 17-Garner PW, Spears FM. Emotion regulation in low-income preschoolers. *Social development*. 2000; 9(2): 246-264.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9507.00122>
- 18-Elliott R, Watson J. C., Goldman R. N., & Greenberg L. S. Process-experiential theory made simple. Learning emotion-focused therapy: *Theory and practice*. 2nd ed: 19-41. Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change
- ۱۹- ابراهیمی گ، غضنفری ا، مشهدی‌زاده ش، رحیمی س. مدل یابی افکار خودکشی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تنظیم‌هیجانی در بزرگسالان با سابقه ناملايمات کودکی (جسمی و جنسی). *دوفصلنامه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲ بهار و تابستان؛ ۲۱(۱): ۹۵-۱۰۲.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16711.1275>
- 20-Feeney JA. Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction. *Personal Relationships*. 1999; 6(2): 169-185.  
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1999.tb00185.x>
- 21-Morel K, Papouchis N. The role of attachment and reflective functioning in emotion regulation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2015; 63(4): NP15-NP20.  
<https://doi.org/10.1177/0003065115602447>
- 22-Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *Routledge*. 2018. 567-571.  
<https://doi.org/10.4324/9780429471643>
- 9- Sharp C, Fonagy P. The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*. 2008; 17(3): 737-754. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x>
- 10-Bowlby J. Attachment and Loss. Attachment Basic Books). Vol. 1. New York.
- 11-Fonagy P, Target M. The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*. 2006. 20(6): 544.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
- 12-Brüne M, Walden S, Edel MA, Dimaggio G. Mentalization of complex emotions in borderline personality disorder: The impact of parenting and exposure to trauma on the performance in a novel cartoon-based task. *Comprehensive psychiatry*. 2016; 64: 29-37.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.003>
- 13-Petersen R, Brakoulias V, Langdon R. An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2016; 64: 12-21.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.10.004>
- 14-Velotti P, Garofalo C, D'Aguzzo M, Petrocchi C, Popolo R, Salvatore G, Dimaggio G. Mindfulness moderates the relationship between aggression and antisocial personality disorder traits: Preliminary investigation with an offender sample. *Comprehensive Psychiatry*. 2016; 64: 38-45.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.004>
- 15-Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions. *Clinical psychology review*. 2006; 26(1): 66-85.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.009>

- 30-Borelli JL, Compare A, Snavely JE, Decio V. Reflective functioning moderates the association between perceptions of parental neglect and attachment in adolescence. *Psychoanalytic Psychology*. 2015; 32(1): 23.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0037858>
- 31-Kuipers GS, van Loenhout Z, van der Ark LA, & Bekker MH. Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment & human development*. 2016; 18(3): 250-272.  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1136660>
- 32-Fonagy P, & Bateman A. W. Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*. 2007; 16(1): 83-101.  
<https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
- 33-Demers LA, Koven NS. The relation of alexithymic traits to affective theory of mind. *The American journal of psychology*. 2015; 128(1): 31-42.  
<https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.128.1.0031>
- 34-Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel A. B., Sturek J, Fonagy P. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011; 50(6): 563-573.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
- 35-Marszał M, Jańczak A. Emotion dysregulation, mentalization and romantic attachment in the nonclinical adolescent female sample. *Current Psychology*. 2018; 37(4): 894-904.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-017-9573-0>
- 36-Bizzi F, Ensink K, Borelli JL, Mora SC, Cavanna D. Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019; 28(5): 705-717.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1238-5>
- 37-Nazzaro MP, Boldrini T, Tanzilli A, Muzi L, Giovanardi G, Lingiardi V. Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality?. *Psychiatry research*. 2017; 256: 169-175.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.045>
- 23-Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, et al. Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS one*. 2016; 11(7): e0158678.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- ۲۴-عرب علی دوستی ف، دهقانی م، روشن م، رباط میلی س. رواسازی و اعتباریابی فرم کوتاه پرسش‌نامه کارکرد تاملی. پژوهش‌های روانشناختی. ۱۴۰۲؛ ۲۴(۱): ۷۱-۸۹.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2024.18550.1466>
- 25-Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. (2004); 26(1): 41-54. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale | Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment
- ۲۶-بشارت محمدعلی. بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. گزارش پژوهشی دانشگاه تهران. ۱۳۸۶. ۸۹-۹۲.
- 27-Besharat MA. Development and validation of adult attachment inventory. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. (2011); 30: 475-479.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.093>
- 28-Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 52: 511-524.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>
- 29-Allen JP. The attachment system in adolescence. In J. Cassidy, P. R. Shaver, J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd ed. 2008; 419- 435. New York: Guilford Press. The attachment system in adolescence.

- 39-Trull TJ, Freeman LK, Vebares TJ, Choate AM, Helle AC, Wycoff AM. Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2018; 5(1): 1-12.  
<https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
- 38-Tanzilli A, Di Giuseppe M, Giovanardi G, Boldrini T, Caviglia G, Conversano C, et al. Mentalization, attachment, and defense mechanisms: a Psychodynamic Diagnostic Manual-2-oriented empirical investigation. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*. 2021; 24(1): 531-543.  
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.531>

# مدل ساختاری رابطه رضایت جنسی و نگرانی درباره تصویر بدنی در زنان و مردان: واسطه‌گری عزت‌نفس و تعدیل‌کنندگی جنس در دانشجویان

نویسندگان

حسین مرادی<sup>۱</sup>، عباسعلی الهیاری<sup>۲\*</sup>، حجت‌اله فراهانی<sup>۳</sup>

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

Hosein\_Moradi@modares.ac.ir

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

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

چکیده

**مقدمه:** رضایت جنسی عامل مهمی در سلامت عمومی افراد به‌خصوص مشکلات زناشویی و طلاق است که از جمله مهمترین متغیرهای تأثیرگذار بر آن نگرانی درباره تصویر بدنی، عزت‌نفس و جنس افراد است که در این پژوهش، رابطه همزمان این متغیرها در یک مدل ساختاری بررسی شد.

**روش:** طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه دانشجویان متأهل دانشگاه‌های تهران بود. نمونه مورد نظر، ۲۰۰ نفر از افرادی که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند و به سوالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. به منظور سنجش متغیرهای پژوهش از پرسش‌نامه‌های رضایت جنسی لارسون (LSQQ)، پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ (RSES) و پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی لیتتون (BICI) استفاده شد.

**نتایج:** تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد، مدل پیشنهادی پس از حذف یک مسیر غیرمعنادار از برازش مناسبی برخوردار است. شاخص‌های برازش مدل نیکویی برازش نشان دادند ( $AGFI, NNFI, CFI, GFI, NFI > 0.9$ )؛ بنابراین نتایج تحلیل مسیر نشان داد، عزت‌نفس در رابطه بین رضایت جنسی و نگرانی درباره تصویر بدنی نقش میانجی ایفا می‌کند ( $p < 0.01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نگرانی درباره تصویر بدنی عامل مهم و اثرگذاری بر رضایت جنسی است؛ اما در این رابطه باید به نقش مهم و اثرگذار عزت‌نفس افراد نیز توجه کافی شود. همانطور که نتایج حاصل از مدل‌سازی در این پژوهش نشان داد، با وجود همبستگی بین رضایت جنسی و نگرانی درباره تصویر بدنی، در صورتی که نقش عزت‌نفس در این رابطه در نظر گرفته شود نگرانی درباره تصویر بدنی صرفاً با اثرگذاری بر عزت‌نفس افراد باعث کاهش رضایت جنسی می‌شود.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۰۹/۱۰

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۳/۱۶



کلیدواژه‌ها

رضایت جنسی، نگرانی درباره تصویر بدنی، عزت‌نفس، جنس.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

allahyar@modares.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

## مقدمه

اضطراب است که مطالعات بسیار زیادی نقش آن را در اختلالات جنسی و اختلال در تجربه احساس رضایت جنسی تأیید کرده‌اند [۸]. در این پژوهش به دلیل رشد شبکه‌های مجازی و ورود رسانه‌های اجتماعی در زیست اجتماعی افراد و تأثیر مخربی که تصویرسازی ایده‌آل از بدن مناسب در این فضا ارائه می‌شود متغیر «نگرانی درباره تصویر بدنی»<sup>۳</sup> به عنوان نمودی از اضطراب و عامل مخرب رضایت جنسی مورد بررسی قرار گرفته است [۹]. پژوهش‌های بسیاری نقش نگرانی درباره تصویر بدنی بر کاهش میزان رضایت جنسی را تأیید کرده‌اند. ابعاد مختلفی از «تصویر بدن»<sup>۴</sup> شامل نگرانی از وزن، وضعیت جسمانی، جذابیت جنسی، افکار مرتبط با بدن در طول فعالیت جنسی<sup>۵</sup>، و رضایت جنسی را در زنان پیشبینی می‌کند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد، درمان‌های ویژه مؤثر بر ابعاد ذکر شده برای زنانی که رضایت جنسی پایینی را تجربه می‌کنند ممکن است سودمند باشد [۱۰]. نگرانی درباره تصویر بدنی عاملی است که در ارتباط با نگرش منفی نسبت به تصویر بدن ایجاد می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد، بسیاری از زنان شک کردن نسبت به زیبایی بدن و جذابیت خود را یکی از نگرانی‌های خود در طول فعالیت جنسی می‌دانند [۱۱].

تصویر بدن، تصویری روانی است که فرد از ظاهر جسمانی خود دارد. به عبارتی احساسات مثبت و منفی است که فرد در مورد ظاهر بدن، یعنی فرم و اندازه بدن خود دارد [۱۲]. به نظر می‌رسد افراد دارای دو تصویر از بدن خود هستند: یکی نشان‌دهنده حالت واقعی و دیگری مبین حالت مطلوب و آرمانی است. فاصله بین تصویر واقعی بدن با تصویر مطلوب و آرمانی شده از آن می‌تواند مشکل آفرین گردد و با ایجاد نگرانی و اضطراب، زمینه را برای بروز بسیاری از اختلالات فراهم آورد. پژوهش‌های بسیاری به اثرگذاری نقش نگرانی از تصویر بدن بر رضایت جنسی اشاره کرده‌اند، در پژوهشی نشان داده شد که نگرانی از تصویر بدن با رضایت جنسی در زوجین رابطه منفی دارد [۱۳]. همان‌طور که ذکر شد از بین متغیرهای بسیاری که بر رضایت جنسی اثرگذارند دلیل نیاز بیشتر به بررسی این

انسان موجودی چندوجهی با نیازهای متنوع و گوناگون است که برای رسیدن به رشد و تکامل لازم است نیازهای خود را بشناسد و متناسب با هرکدام اقداماتی را برای مرتفع ساختن این نیازها انجام دهد؛ از جمله این نیازها نیاز جنسی است که به نظر می‌رسد در زیر مجموعه نیازهای فیزیولوژیکی قرار می‌گیرد و با برقراری رابطه جنسی با جنس مخالف، فرد به رضایت جنسی حصول می‌یابد؛ اما با توجه به پیچیدگی‌های گونه انسانی، متوجه می‌شویم ابژه میل جنسی و ارضای میل جنسی در انسان متفاوت از سایر موجودات است و عوامل بسیار زیادی بر احساس رضایت جنسی<sup>۱</sup> اثرگذارند [۱].

مطالعات بسیاری در زمینه رضایت جنسی و ارتباط آن با انواع سازه‌های روان‌شناختی از جمله دلبستگی [۲]، تنظیم هیجان [۳]، ویژگی‌های شخصیتی [۴]، رضایت زناشویی، عزت‌نفس و همچنین بسیاری از اختلالات روان‌شناختی انجام شده‌است. از جمله این موارد می‌توان به پژوهش جوزف<sup>۲</sup> و همکاران در زمینه رابطه بین رضایت جنسی و سلامت عمومی اشاره کرد که رابطه بین سلامت روانی، عوامل مرتبط با استرس و سبک زندگی را با رضایت جنسی تأیید می‌کند [۵]. پژوهش دیگری که درباره اهمیت رضایت جنسی و ارتباط آن با انواع اختلالات روانی انجام شده است، نشان می‌دهد، افراد مبتلا به اختلالات خلقی، اضطرابی و مصرف مواد میزان بالایی از ناراضی جنسی را گزارش می‌دهند؛ حتی در صورتی که عوامل مخدوش‌کننده مربوطه کنترل شوند [۶]. همچنین تحقیقات نشان می‌دهد، عدم ارضای میل جنسی ارتباط نزدیکی با معضلات اجتماعی همچون طلاق دارد. چرا که یکی از اصلی‌ترین انگیزه‌های ازدواج، آمیزش و تأمین نیازهای جنسی است. روابط جنسی شکل‌دهنده بخشی از ادراکات زوجین از یکدیگر است که این ادراکات در بین زوجین ارتباط مثبتی با رفتارهای نگه‌دارنده و تداوم بخش ازدواج دارند و در صورتی که به درستی شناخته نشوند و ارضای نیاز جنسی مختل شود می‌تواند به طلاق منجر شود [۷]. از جمله عوامل تأثیرگذار بر عدم ارضای میل جنسی

3 . Body Image Concern.

4 . Body Image.

5 . Sexual Activity.

1 . Sexual Satisfaction.

2 . Joseph.

ارزش‌ها، تجربیات و پیشینه شخصی فرد است. بعد کمال‌گرایی نیز به تلاش فرد برای رسیدن به نیازها، اهداف و آرزوهای شخصی اشاره دارد. فرد با دستیابی به اهداف و نیازهای خود، احساس اعتماد به نفس و کارآمدی می‌کند. این بعد مرتبط با توانایی‌ها، مهارت‌ها، پتانسیل‌ها و عملکرد فرد است [۱۹].

افراد با عزت‌نفس بالاتر میزان پذیرش بیشتری نسبت به تصویر بدنی خود دارند و نگرانی درباره تصویر بدنی کم‌تری را گزارش می‌دهند. از طرف دیگر در مطالعات انجام شده در ارتباط با عزت‌نفس و رضایت جنسی، نقش عزت‌نفس در افزایش میزان رضایت جنسی تأیید شده است. نتایج حاصل در مطالعاتی که به بررسی نقش میانجی‌گری عزت‌نفس بر رابطه بین سلامت جنسی و تصویر بدنی پرداخته‌اند، بین ادراک تصویر بدنی و عزت‌نفس و رضایت جنسی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۲۰].

هدف از پژوهش حاضر بررسی و مطالعه بیشتر در زمینه ارتباط بین متغیرهای ذکر شده در جامعه ایرانی است تا با شناخت بهتری در ارتباط با متغیرهای ذکر شده و روابط آشکار و پنهانی که با یکدیگر دارند، بتوانیم با شناخت دقیق این عوامل و میزان اثرگذاری آنان، برنامه‌ریزی و اقداماتی در جهت بهبود سلامت جامعه انجام دهیم.

آیا مدل مفروض بررسی رابطه نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی با میانجی‌گری عزت‌نفس و تعدیل‌کنندگی جنس در دانشجویان متأهل دانشگاه‌های تهران برانزده داده‌ها است؟

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر باتوجه به موضوع و هدف آن از نوع همبستگی و مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه را تمام دانشجویان شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول تحصیل در دانشگاه‌های تهران بودند تشکیل داد. برای شرکت داوطلبان در این پژوهش از طریق بسترهای مورد حمایت اینترنتی استفاده شد و ۲۰۰ نفر در این پژوهش شرکت کردند. در ابتدا از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه تربیت مدرس مجوز اجرای تحقیق کسب شد و پس از ساخت پرسش‌نامه در سایت پرس آنلاین، لینک پرسش‌نامه از طریق شبکه‌های اجتماعی مربوط به دانشگاه‌های تهران (صفحات اینستاگرامی

متغیر شیوع استفاده از شبکه‌های اجتماعی در بین مردم و گرایش افراد به گرفتن تأیید در این فضا می‌باشد چرا که مطالعات انجام شده نقش احتمالی تمایل به گرفتن بازخوردهای مثبت در شبکه‌های اجتماعی و افزایش نگرانی درباره تصویر بدنی را تأیید می‌کنند [۱۴]. از طرف دیگر افزایش گرایش افراد به جراحی زیبایی در سال‌های اخیر نیز می‌تواند تحت تأثیر افزایش میزان نگرانی درباره تصویر بدنی باشد که لزوم بررسی و پژوهش در این زمینه را دوچندان می‌کند. [۱۵].

با این وجود، برخی مشاهدات حاصل از تحقیقات نشان‌دهنده نتایج متفاوتی در رابطه نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی است. برای مثال: در برخی از این پژوهش‌ها، جنبه‌های متفاوتی از نگرانی درباره تصویر بدنی ارزیابی شده‌است که نتایج متضادی را در رابطه نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی نشان می‌دهد. از جمله این عوامل نقش مؤلفه‌های مرتبط با عزت‌نفس<sup>۱</sup> در تعریف نگرانی درباره تصویر بدنی می‌باشد [۱۶]. پژوهشی به منظور ارزیابی رابطه تصویر بدن و رضایت جنسی نشان داد بهبود سطح BMI<sup>۲</sup> و رضایت از بدن، افزایش سطح رضایت جنسی را تبیین نمی‌کنند [۱۷].

از این‌رو در این پژوهش با در نظر گرفتن عزت‌نفس به عنوان متغیر تعدیل‌کننده سعی شده است تا با جدا کردن اثر احتمالی این متغیر، رابطه نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی مجدداً مورد بررسی قرار گیرد.

عزت‌نفس یا احترام به خود، یک مفهوم روان‌شناختی است که به احساس ارزشمندی که فرد درباره خود دارد، اشاره می‌کند. این مفهوم به توانایی فرد برای ارزیابی خود، پذیرش خود و اعتماد به خود ارتباط دارد. عزت‌نفس با ارتباطات اجتماعی، عملکرد شغلی، عملکرد تحصیلی و کیفیت زندگی در ارتباط است و تأثیر گسترده‌ای در رفتارها، تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های فرد دارد [۱۸]. عزت‌نفس بر اساس دو بُعد اساسی تشریح می‌شود. بُعد ارزش شخصی که این بُعد به میزانی از ارزشمندی و وقوفی که فرد درباره خود حس می‌کند، اشاره دارد. فرد با ارزیابی مثبت و قابل قبول خود، احساس ارزشمندی، استقلال و اهمیت شخصی تجربه می‌کند که این احساس مرتبط با اعتقادات،

1 . Self-Esteem.

2 . Body Mass Index.

### ب. پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ (Rosenberg)

**(Self-Steem Scale- RSES):** پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ<sup>۱</sup> یک ابزار برای اندازه‌گیری عزت‌نفس کلی است که توسط روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ م تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۰ ماده است و از آزمودنی درخواست می‌شود تا عبارات را به دقت بخواند و به جمله‌هایی که درباره او صادق است پاسخ مثبت (بله) و به جمله‌هایی که در مورد او صدق نمی‌کند پاسخ منفی (خیر) دهد [۲۳]. روش نمره‌گذاری این مقیاس نیز بدین شکل است که به پاسخ مخالفم به هر یک از عبارت‌های ۱ تا ۵ نمره ۱- و به پاسخ موافقم نمره ۱+ تعلق می‌گیرد. همچنین به پاسخ مخالفم به هر یک از پرسش‌ها ۶ تا ۱۰، نمره ۱+ و به پاسخ موافقم به آنها نمره ۱- تعلق می‌گیرد. نمره‌های نزدیک به ۱۰- نشان از عزت نفس پایین و نمره‌های نزدیک به ۱۰+ نشان‌دهنده عزت نفس بالاست. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس عزت‌نفس (RSES) در نسخه اسپانیایی، طبق گزارش لورنزو - هرناندز<sup>۲</sup> و اولت<sup>۳</sup> در سال ۱۹۹۸ م، ۰/۷۷ گزارش شده است [۲۴]. همچنین، روایی و پایایی مقیاس عزت‌نفس (RSES) با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸ و ۰/۶۸ برای دانشجویان گزارش شده است [۲۳]. این مقادیر نشان می‌دهند، مقیاس عزت‌نفس (RSES) دارای روایی و پایایی قابل قبولی است، با امتیازات بالا به عنوان یک ابزار اندازه‌گیری عزت‌نفس معتبر است. همچنین آلفای کرونباخ برای داده‌های این پژوهش محاسبه و مشخص شد که آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در نمونه مورد بررسی برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۷۸ بود.

### پ. پرسش‌نامه رضایت جنسی لارسون (Larson)

**(Sexual Satisfaction Questionnaire):** پرسش‌نامه رضایت جنسی توسط لارسون و همکاران در سال ۱۹۸۸ م طراحی و بر اساس طیف لیکرت درجه بندی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ عبارت و چهار مؤلفه گرایش به روابط جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی است. نمره کلی پرسش‌نامه از مجموع نمره همه عبارت‌ها به دست می‌آید و دامنه نمره بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار

دانشگاه تهران (Tehran\_scholars)، دانشگاه تربیت مدرس (TMU\_AC) و دانشگاه خوارزمی (KHU\_Students) به اشتراک گذاشته شد و از دانشجویان خواسته شد در صورت داشتن شرایط مورد نیاز یعنی متأهل بودن و داشتن رابطه جنسی در طول ۶ ماه گذشته، لینک پرسش‌نامه را باز کرده و به پرسش‌ها آن پاسخ دهند. در پیام مربوط به درخواست شرکت در پژوهش به تمام موارد اخلاقی مورد نیاز از جمله اصل رازداری و ناشناس ماندن اطلاعات شخصی افراد و داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش اشاره شد. از روش تحلیل مسیر و از نرم‌افزار R 4.3.0 و نسخه SPSS ۲۷ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

### ابزارها

#### الف. پرسش‌نامه نگرانی درباره تصویر بدنی (Body Image Concern Inventory- BICI):

جهت سنجش میزان نگرانی درباره تصویر بدنی از این مقیاس استفاده شد که توسط لیتلتون و همکاران، طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۹ گویه شامل دو مؤلفه (عامل) است. برخی گویه‌ها عامل نارضایتی از ظاهر و مابقی گویه‌ها ترس از عملکرد فردی ضعیف را می‌سنجند. در طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بین ۱۹-۷۵ قرار می‌گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیشتر در مورد تصویر بدن است. پایایی BICI به روش همسانی درونی، بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی هر یک از پرسش‌ها با نمره کل پرسش‌نامه، ۰/۷۲-۰/۳۲ (میانگین ۰/۶۲) بوده است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ عامل نخست و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل، ۰/۶۹ گزارش شده است. همچنین ضریب روایی این پرسش‌نامه از طریق همبستگی با مقیاس خود گزارشی اختلال بد ریخت‌انگاری بدنی برابر با ۰/۸۳ گزارش شده است [۲۱]. در ایران روایی این آزمون براساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است [۲۲]. آلفای کرونباخ برای داده‌های این پژوهش محاسبه و مشخص شد که آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در نمونه مورد بررسی برای زیر مقیاس نارضایتی از ظاهر (عامل نخست) ۰/۸۷۹، برای زیر مقیاس ضعف در عملکرد (عامل دوم) ۰/۸۲۶ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۱۱ بود.

1. Rozenberg.

2. Lorenz-Hernandez.

3. Oullette.



محاسبه و مشخص شد که آلفای کرونباخ این پرسشنامه در نمونه مورد بررسی برای زیر مقیاس گرایش به روابط جنسی ۰/۷۰۸، برای زیر مقیاس نگرش جنسی ۰/۷۰۸، برای زیر مقیاس کیفیت زندگی جنسی ۰/۶۵۲، برای زیر مقیاس سازگاری جنسی ۰/۶۳۷ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۸۴ بود.

#### یافته‌ها

۲۰۰ دانشجوی در این پژوهش شرکت کردند که ۱۳۸ زن (۶۹ درصد) و ۶۲ مرد (۳۱ درصد) بودند. از بین نمونه مورد مطالعه؛ ۱۸ نفر دارای تحصیلات کاردانی، ۸۹ نفر کارشناسی، ۸۱ نفر کارشناسی ارشد و ۱۲ نفر دکتری بودند. همچنین ۶ نفر در بازه سنی ۱۶-۲۰، ۷۶ نفر ۲۱-۲۵، ۹۱ نفر ۲۶-۳۰، ۱۸ نفر ۳۱-۳۵ و ۹ نفر بالاتر از ۳۵ سال بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای نگرانی درباره تصویر بدنی، رضایت جنسی و عزت‌نفس در نمونه کل در جدول ۱ مشخص شده است. در این جداول میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی داده‌ها به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها آورده شده است.

دارد. نمره بالاتر نشان‌دهنده رضایت جنسی بیشتر است. لارسون همکاران در یک مطالعه مقدماتی در ۷۰ زوج آمریکایی ضریب روایی همگرای پرسشنامه رضایت جنسی را با پرسشنامه عزت‌نفس آیزنک ۰/۵۶ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب الفا کرونباخ را در ۷۰ زوج آمریکایی ۰/۷۳ برآورد کردند [۲۵].

در ایران پرسشنامه رضایت جنسی توسط بهرامی به روش برگردان به فارسی ترجمه و در یک مطالعه در ۱۵۰ زوج نابارور در شهر قزوین اجرا شده است. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی هر ۴ عامل را تأیید کرده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب الفا کرونباخ در ۱۵۰ زوج نابارور شهر قزوین ۰/۷۰ گزارش شده است. سلطان‌زاده و باجلانی در مطالعه دیگری در ۲۱۱ تن از زوجین اصفهانی روایی همگرای پرسشنامه رضایت جنسی با پرسشنامه صمیمیت زناشویی ۰/۶۵ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب الفا کرونباخ در ۲۱۱ تن از زوجین اصفهانی ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند [۲۶]. همچنین آلفای کرونباخ برای داده‌های این پژوهش

جدول ۱. توصیف متغیرهای پژوهش و چولگی و کشیدگی جهت نرمال بودن داده‌ها

| شاخص‌های توصیفی مقیاس‌ها       | میانگین | انحراف معیار | کجی    | کشیدگی |
|--------------------------------|---------|--------------|--------|--------|
| خرده مقیاس نارضایتی از ظاهر    | ۲۶/۳۷   | ۹/۲۷         | ۰/۵۹۰  | -۰/۲۰۹ |
| خرده مقیاس عملکرد فردی ضعیف    | ۲۱/۷۳   | ۷/۲۳         | ۰/۱۵۵  | -۰/۵۵۳ |
| نگرانی درباره تصویر بدنی       | ۴۸/۰۹   | ۱۵/۲۵        | ۰/۳۸۱  | -۰/۳۴۵ |
| خرده مقیاس گرایش به روابط جنسی | ۲۰/۵۷   | ۳/۴۴۳        | ۰/۸۹۶  | ۰/۷۵۸  |
| خرده مقیاس نگرش جنسی           | ۲۶/۱۲   | ۳/۴۳۶        | -۱/۰۵۸ | ۱/۱۶۰  |
| خرده مقیاس کیفیت زندگی جنسی    | ۳۰/۴۲   | ۴/۸۰۴        | -۰/۷۲۶ | ۰/۵۷۸  |
| خرده مقیاس سازگاری جنسی        | ۲۳/۰۹   | ۳/۸۰۳        | -۰/۵۳۴ | ۰/۲۸۹  |
| رضایت جنسی                     | ۱۰۰/۱۹  | ۱۳/۲۷۰       | -۰/۶۹۸ | ۰/۱۰۷  |
| عزت‌نفس                        | ۴/۲۹    | ۴/۵۶۹        | -۰/۷۲۲ | -۰/۲۱۳ |

درباره تصویر بدنی همبستگی منفی، رضایت جنسی با عزت نفس همبستگی مثبت و عزت‌نفس با نگرانی درباره تصویر بدنی همبستگی منفی و معناداری دارد.

در جدول ۲، ضرایب همبستگی بین متغیرها و خرده مقیاس‌ها آورده شده است. همانطور که اطلاعات به دست آمده در جدول ۲ نشان می‌دهد رضایت جنسی با نگرانی

جدول ۲. ضریب پیرسون و سطح معناداری در ماتریس همبستگی بین متغیرها

| متغیرها |                          | ۱        | ۲        | ۳        | ۴       | ۵       | ۶       | ۷       | ۸       | ۹ |
|---------|--------------------------|----------|----------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---|
| ۱       | نارضایتی از ظاهر         | ۱        |          |          |         |         |         |         |         |   |
| ۲       | عملکرد فردی ضعیف         | ۰/۷۰۲**  | ۱        |          |         |         |         |         |         |   |
| ۳       | نگرانی درباره تصویر بدنی | ۰/۹۴۱**  | ۰/۹۰۱**  | ۱        |         |         |         |         |         |   |
| ۴       | گرایش به روابط جنسی      | -۰/۱۳۸   | -۰/۱۱۳   | -۰/۰۹    | ۱       |         |         |         |         |   |
| ۵       | نگرش جنسی                | -۰/۱۴۰*  | -۰/۱۰۷   | -۰/۱۳۶   | ۰/۴۷۰** | ۱       |         |         |         |   |
| ۶       | کیفیت زندگی جنسی         | -۰/۱۵۵*  | -۰/۱۳۹*  | -۰/۱۶۰*  | ۰/۶۱۲** | ۰/۷۰۵** | ۱       |         |         |   |
| ۷       | سازگاری جنسی             | -۰/۱۵۴*  | -۰/۰۷۱   | -۰/۱۲۷   | ۰/۶۴۳** | ۰/۷۲۹** | ۰/۶۸۸** | ۱       |         |   |
| ۸       | رضایت جنسی               | -۰/۱۷۲*  | -۰/۱۰۲   | -۰/۱۵۳*  | ۰/۷۸۷** | ۰/۸۴۵** | ۰/۸۹۵** | ۰/۸۸۴** | ۱       |   |
| ۹       | عزت‌نفس                  | -۰/۴۳۹** | -۰/۲۶۹** | -۰/۳۹۵** | ۰/۲۷۸** | ۰/۲۳۵** | ۰/۲۱۶** | ۰/۳۰۴** | ۰/۲۹۸** | ۱ |

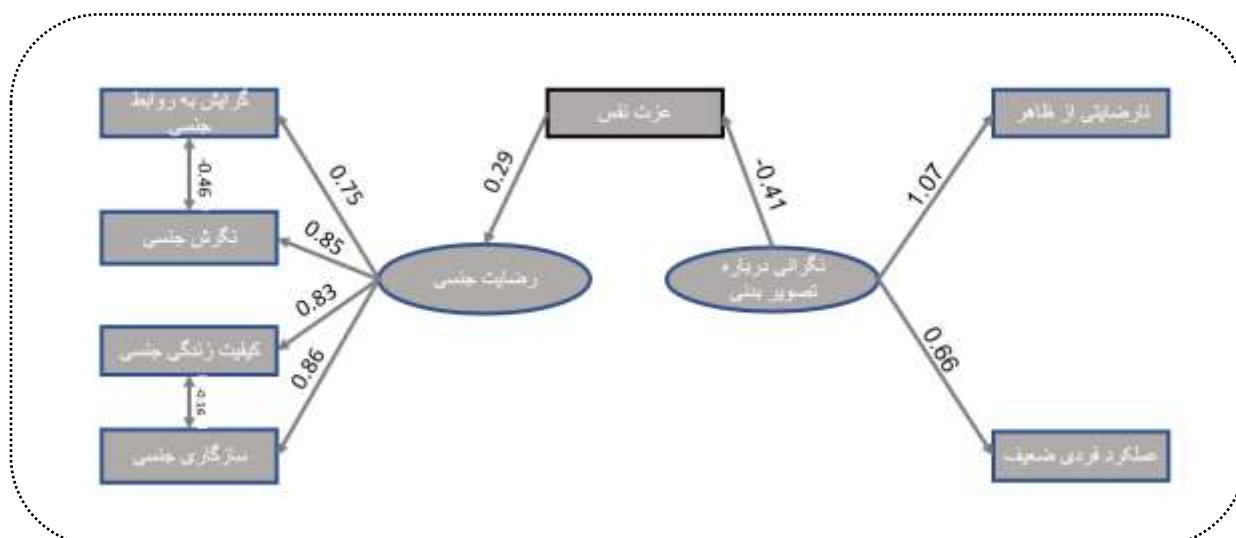
\*\*در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار هستند. \*در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار هستند.

ضریب مسی‌راستندارد ۰/۴۱۰- معنادار شده است. همچنین مشخص شده است که مسیر مستقیم نگرانی درباره تصویر بدنی به رضایت جنسی با ضریب مسی‌راستندارد ۰/۰۴۶- غیرمعنادار است. در شکل ۲ مسیرهای مستقیمی که ضرایب اثر معناداری دارند مشخص شده‌اند.

همان‌گونه که اطلاعات موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد برخی از مسیرهای مستقیم معنادار شده‌اند و برخی معنادار نشده‌اند. با توجه به آزمون‌های آماری انجام شده، اثر عزت‌نفس بر رضایت جنسی با ضریب مسی‌راستندارد ۰/۲۹۵ و اثر نگرانی درباره تصویر بدنی بر عزت‌نفس با

جدول ۳. ضرایب  $\beta$ ،  $P$  و  $t$  مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای عزت‌نفس در رابطه نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی

| مسیر                             | برآورد غیراستاندارد (b) | نسبت بحرانی (t) | سطح معنی‌داری (p) | برآورد استاندارد (β) |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------|----------------------|
| رضایت جنسی از مسیر               | ۱/۰۰۰                   | -               | $\leq ۰/۰۰۱$      | ۰/۷۴۶                |
| گرایش به روابط جنسی              | ۱/۱۳۴                   | ۱۰/۰۳۸          | $\leq ۰/۰۰۱$      | ۰/۸۴۷                |
| نگرش جنسی                        | ۱/۵۴۵                   | ۶/۸۸۳           | $\leq ۰/۰۰۱$      | ۰/۸۲۶                |
| کیفیت زندگی جنسی                 | ۱/۲۷۸                   | ۷/۰۰۲           | $\leq ۰/۰۰۱$      | ۰/۸۶۳                |
| نگرانی درباره تصویر بدنی از مسیر | ۰/۴۷۶                   | ۵/۳۱۱           | $\leq ۰/۰۰۱$      | ۰/۶۵۵                |
| عملکرد فردی ضعیف                 | ۱/۰۰۰                   | -               | $\leq ۰/۰۰۱$      | ۱/۰۷۲                |
| نارضایتی از ظاهر                 | -۰/۱۸۸                  | -۴/۲۳۰          | $\leq ۰/۰۰۱$      | -۰/۴۱۰               |
| عزت‌نفس                          | -۰/۰۱۲                  | -۰/۶۴۶          | $\leq ۰/۰۰۱$      | -۰/۰۴۶               |
| رضایت جنسی                       | ۰/۱۶۶                   | ۳/۷۰۰           | $\leq ۰/۰۰۱$      | ۰/۲۹۵                |
| عزت‌نفس از مسیر                  |                         |                 |                   |                      |
| رضایت جنسی                       |                         |                 |                   |                      |



شکل ۱. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم معنادار در مدل مفروض

جدول ۴. ضرایب P، B و t مسیر غیرمستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای عزت نفس در رابطه نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی

| متغیر   | B      | Z      | P     |
|---|--------|--------|-------|
| نقش واسطه‌ای عزت نفس در رابطه بین نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی | -۰/۱۲۱ | -۲/۸۴۵ | ۰/۰۰۴ |

در جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیر غیر مستقیم مدل مفروض نقش واسطه‌ای عزت نفس در رابطه بین نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی ارائه شده است. مطابق اطلاعات موجود در جدول ۴ و با توجه به ضرایب استاندارد مسیر غیرمستقیم، عزت نفس در رابطه بین نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی اثرگذاری معناداری داشته است (ضریب استاندارد اثر گذاری ۰.۰۲۱-). با توجه به مدل مفروض و یافته‌های آماری سایر مسیرهای غیر مستقیم اثرگذاری معناداری نداشته‌اند.

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل

| مدل       | NNFI  | RMSEA | CFI   | GFI   | NFI   | df | AGFI  | P     | خی دو  |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|----|-------|-------|--------|
| اصلاح شده | ۰/۹۹۷ | ۰/۰۲  | ۰/۹۹۹ | ۰/۹۸۵ | ۰/۹۸۳ | ۱۰ | ۰/۹۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۱۰/۸۳۳ |

### بحث

نگرانی درباره تصویر بدنی و عزت نفس اهمیت قابل توجهی بر رابطه جنسی و به تبع آن رضایت جنسی دارد که با بررسی این عوامل می‌توان مداخلات درمانی مناسبی جهت بهبود رضایت جنسی زوجین ارائه کرد. همبستگی معکوس میان نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی نشانگر آن است که سطح پایین‌تر نگرانی

مطابق یافته‌های آماری این پژوهش، مدل نهایی این پژوهش، ۶۳.۲ درصد از واریانس متغیر رضایت جنسی را تبیین کرده است. برای آزمودن فرضیه کلی (مدل مفروض برازندگی کافی دارد) از آزمون‌های آماری متناسب استفاده و نتایج حاصل در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج آزمون برازش مدل نشان‌دهنده این است که مدل مفروض برازندگی کافی داشته است و نتایج آن قابل تعمیم به سایر جمعیت جامعه هدف می‌باشد.

عنوان متغیر میانجی و رضایت جنسی به عنوان متغیر درون‌زا، در نظر گرفته شده‌اند. باتوجه‌به یافته‌های پژوهش با اینکه متغیر نگرانی درباره تصویر بدنی به صورت خطی رابطی منفی و معناداری با رضایت جنسی دارد؛ اما در صورتی که در یک مدل، در ارتباط با سایر متغیرهای ذکر شده در نظر گرفته شود این رابطه غیر معنادار شده و تحت تأثیر اثری که بر عزت نفس می‌گذارد بر پراکندگی نمرات رضایت جنسی اثر معناداری می‌گذارد. بر خلاف بسیاری از پژوهش‌های پیشین که رابطه خطی نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی را بررسی کرده بودند و از این طریق سعی در پیشبینی رضایت جنسی از نگرانی درباره تصویر بدنی داشتند در پژوهش حاضر نشان داده شد، بررسی متغیرهای مداخله‌گر دیگری همچون عزت نفس می‌تواند تبیین دقیق‌تری نسبت به بررسی رابطه خطی بین این دو متغیر به دست بدهد. اندازه بعضی از شاخص‌های برازندگی و تشخیص یک مسیر غیرمعنی‌دار در مدل پیشنهادی نشان دهنده این بود که مدل پیشنهادی نیازمند اصلاح است؛ بنابراین اصلاحاتی در جهت برازندگی بهتر مدل پیشنهادی انجام شد. این یافته‌ها در به‌زیستی افراد با سطح رضایت جنسی پایین کمک کننده است. لازم به ذکر است محدود بودن نمونه به دانشجویان دانشگاه‌های تهران از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ لذا برای بررسی تناسب مدل مفروض در جمعیت‌های دیگر، اجرای مدل در سایر جمعیت‌ها پیشنهاد می‌شود.

### تعارض منافع

حمایت مالی و تعارض منافع در پژوهش حاضر وجود نداشته است.

### سپاسگزاری

از تمامی دانشجویان عزیزی که با پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها، امکان نمونه‌گیری را فراهم کردند، قدردانی می‌شود.

### منابع

- 1- Moghaddam Tabrizi F, Ghadampour E, Khezri Moghadam N, Alavi NM. Sexual satisfaction in Iranian couples: A systematic review and meta-analysis. *Electronic physician*. 2010; 11(11): 8397-8404. High Prevalence of Vitamin D Deficiency among Iranian Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. - Abstract - Europe PMC

درباره تصویر بدنی با رضایت جنسی بالاتر همراه است. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۲۹] همسو بود؛ اما نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها در مدل نشان می‌دهد در صورتی که متغیر عزت‌نفس به عنوان متغیر میانجی وارد شود، رابطه مستقیم نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی فاقد معناداری می‌شود. طبق یافته‌های میلهاوسن<sup>۱</sup> و همکاران در صورتی که رضایت از رابطه<sup>۲</sup> کنترل شود، رابطه نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی فاقد معناداری می‌شود [۳۱]. از ارتباط بین این یافته با یافته‌های ارول<sup>۳</sup> و ارث<sup>۴</sup> که عزت‌نفس را پیش‌بینی کننده رضایت از رابطه ارزیابی کردند [۳۲] می‌توان تعارض بین یافته‌های حاصل از محاسبه همبستگی و مدل‌سازی را چنین تبیین کرد که با وجود ارتباط بین نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی در صورتی که متغیر میانجی عزت نفس در این رابطه وارد شود ممکن است به دلیل تأثیری که بر رضایت از رابطه می‌گذارد اثر مستقیم نگرانی درباره تصویر بدنی بر رضایت جنسی را نامحسوس کند. این یافته با نظریات برآمده از رویکرد تحلیلی که ارضای نیازها را وابسته به بستر ارتباطی در نظر می‌گیرد نیز همخوان است. به عبارتی نگرانی درباره تصویر بدنی در صورتی که در بستری از یک رابطه امن وارد شود می‌تواند تعدیل شود و مانع از کاهش رضایت جنسی شود.

در انتها بررسی نقش تعدیل‌کنندگی جنس در رابطه نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی مورد نظر بود. یافته‌ها نشان داد؛ تفاوت جنسی نمی‌تواند به عنوان تعدیل کننده، در رابطه میان نگرانی درباره تصویر بدنی و رضایت جنسی نقشی داشته باشد؛ چرا که رابطه مستقیم بین دو متغیر در مدل مفروض تأیید نشد؛ بنابراین تفاوتی از نظر جنسی در این رابطه وجود نداشت.

### نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین رضایت جنسی و نگرانی درباره تصویر بدنی با میانجی‌گری عزت‌نفس و نقش تعدیل‌کنندگی جنس بود. در این پژوهش متغیر نگرانی درباره تصویر بدنی به عنوان متغیر برون‌زا، عزت نفس به

1. Milhausen.
2. Relationship Satisfaction.
3. Erol.
4. Orth.

- 10- Yaisca P, Cindy M Meston, Brooke N. Seal, The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women, *The Journal of Sexual Medicine*. Volume 7. Issue 2, Part 2. 2010; 905-916. ISSN 1743-6095.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>
- 11-Poovey K, de Jong DC, Morey K. The Roles of Body Image, Sexual Motives, and Distraction in Women's Sexual Pleasure. *Arch Sex Behav*. 2022 Apr; 51(3): 1577-1589.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-021-02210-6>. Epub 2022 Feb 3. PMID: 35113273
- 12-Hosseini SA, Padhy RK. Body Image Distortion. 2023 Sep 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 31536191.
- ۱۳-افضلی گروه ع، فرخزادیان ع. بررسی اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح رضایت جنسی، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی (BICI) در کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۱۶(۲): ۱۱۳-۱۲۱.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2862>
- 14-Fardouly J, Lenny R. Vartanian. Social Media and Body Image Concerns: *Current Research and Future Directions*, *Current Opinion in Psychology*. Volume 9. 2016; 1-5. Social Media and Body Image Concerns: Current Research and Future Directions
- 15-Perloff RM. Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*. 2014; 71(11-12): 363-377.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11199-014-0384-6>
- 16-Davison TE, McCabe MP. Relationships Between Men's and Women's Body Image and Their Psychological, Social, and Sexual Functioning. *Sex Roles* 52. 2005; 463-475 .  
<https://doi.org/10.1007/s11199-005-3712-z>
- 17-Kvalem IL, Træen B, Markovic A, von Soest T. Body Image Development and Sexual Satisfaction: A Prospective Study From Adolescence to Adulthood. *J Sex Res*. 2019 Jul-Aug; 56(6): 791-801.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1518400>. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30260677.
- 2- Anzani A, Di Sarno M, Di Pierro R, Prunas A. Narcissistic Personality Traits and Sexual Satisfaction in Men: The Role of Sexual Self-Esteem. *Sexes*. 2021; 2: 17-25.  
<https://doi.org/10.3390/sexes2010002>
- 3- Vinicius Jobim Fischer, Gerhard Andersson, Joël Billieux, Claus Vögele, The Relationship Between Emotion Regulation and Sexual Function and Satisfaction: A Scoping Review, *Sexual Medicine Reviews*, Volume 10, Issue 2. April 2022; 195-208.  
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.11.004>.
- 4- Dhir R, Vasudha KG. Relationship between Sexual Fantasy, Sexual Communication, Personality Traits and Sexual Satisfaction in Married Individuals. *Journal of Psychological Research*. 2021; 3(3): 44-50.  
<https://doi.org/10.30564/jpr.v3i3.3483>
- 5- Joseph TF Lau, Jean H Kim, Hi Yi Tsui, Mental health and lifestyle correlates of sexual problems and sexual satisfaction in heterosexual Hong Kong Chinese population, *Urology*. Volume 66. Issue 6. 2005; 1271-1281. ISSN 0090-4295.  
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.06.093>
- 6- Vanwesenbeeck I, Ten Have M, De Graaf R. Associations between common mental disorders and sexual dissatisfaction in the general population. *British Journal of Psychiatry*. 2014; 205(2): 151-157.  
<https://doi.org/10.1192/bjpp.113.135335>
- ۷- زارع درخشان ا، روشن چسلی ر. رابطه بین رضایت جنسی، خودکارآمدی جنسی و شادکامی بر رضایت زناشویی: نقش میانجی ناگویی هیجانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱): ۱-۱۶.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2918>
- 8- Chisari C, Monajemi MB, Scott W, Moss-Morris R, McCracken LM. Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. *European Journal of Pain*. 2021; 25(1): 39-50. <https://doi.org/10.1002/ejp.1668>
- 9- Madelaine K de Valle, María Gallego-García Paul Williamson, Tracey D Wade, Social media, body image, and the question of causation: Meta-analyses of experimental and longitudinal evidence, *Body Image*, Volume 39. 2021; 276-292. ISSN 1740-1445.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.10.001>

- ۲۶- وحیدهرندی س، انصاری شهیدی م، حقایق س ع، رئیسی ز. همبستگی رضایت جنسی و حمایت اجتماعی درک شده با گرایش به عمل جراحی زیبایی در زنان و مردان، نشریه مدیریت/ارتقای سلامت. ۱۴۰۰: ۱۰(۴).  
<https://civilica.com/doc/1357366/>
- ۲۷- فرحدل س، مهدیان ح. بررسی رابطه نگرانی تصویربدنی و رضایت جنسی با سازگاری زناشویی در زنان متأهل دانشجوی. [پنجمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت نگرا]. بندرعباس: ۱۳۹۸. <https://civilica.com/doc/871071/>
- ۲۸- ظریف پ، قاسمیان ایوب. تأثیر افسردگی، اضطراب، تصویر بدنی بر رضایت زناشویی. مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی. دی ۱۳۹۹؛ ۳(۳۲): ۴۷-۶۰. [1615374133-10144-32-5.pdf](https://civilica.com/doc/1615374133-10144-32-5.pdf)
- 29-Kourayem A. Prediction of sexual satisfaction based on body image and perfectionism amongst pregnant women. *Family and Sexual Health*. 2021; 2(1): 65.  
<https://doi.org/10.52547/fash.2.1.65> [In Persian]
- ۳۰- آریان‌نژاد، م ج، شهبازی پ. پیش‌بینی رضایت جنسی بر اساس تصویر بدنی و نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی در زنان متأهل. مجله پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش. خرداد ۱۴۰۲؛ ۶(۶۰).  
<http://noo.s/clyZr>
- 31-Milhausen RR, Buchholz AC, Opperman E A. et al. Relationships Between Body Image, Body Composition, Sexual Functioning, and Sexual Satisfaction Among Heterosexual Young Adults. *Arch Sex Behav*. 2015; 44: 1621-1633 .  
<https://doi.org/10.1007/s10508-014-0328-9>
- 32-Erol RY, Orth U. Development of self-esteem and relationship satisfaction in couples: Two longitudinal studies. *Developmental Psychology*. 2014; 50(9): 2291-2303.  
<https://doi.org/10.1037/a0037370>
- 18-Monteiro RP, Coelho GLd, Hanel PHP. et al. The Efficient Assessment of Self-Esteem: Proposing the Brief Rosenberg Self-Esteem Scale. *Applied Research Quality Life* 17, 931-947 (2022).  
<https://doi.org/10.1007/s11482-021-09936-4>
- 19-Deci EL, Ryan RM. Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*. 2008; 49(3): 182-185.  
[2008\\_DeciRyan\\_CanPsych.pdf](https://doi.org/10.1037/a0012984)
- 20-Lin Hsiu-Chou, Lin Yen-Chin. (The Study of Body Image, Self-esteem and Sexual Satisfaction of College Students in Southern Taiwan. *Universal Journal of Educational Research*. 6. 2018; 647-652.  
<https://doi.org/10.13189/ujer.2018.060408>.
- 21-Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behav Res Ther*. 2005 Feb; 43(2): 229-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>. PMID: 15629752
- ۲۲- بساک نژاد س، غفاری م. رابطه بین ترس از بدریختی بدنی و اختلالات روانشناختی دانشجویان دانشگاه. مجله علوم رفتاری. ۱۳۸۶؛ ۱(۲): صص ۱۷۹-۱۸۷.  
<http://noo.rs/fDPFD>
- ۲۳- محمدی ن. بررسی مقدماتی اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس حرمت خود روزنبرگ. فصل‌نامه روانشناسان ایرانی. ۱۳۸۴؛ ۱(۴): ۳۱۳-۳۲۰.  
<https://civilica.com/doc/1319794/>
- 24-Lorenz-Hernandez J, Oullette SC. Ethnic identity, self-esteem, and values in Dominicans, Puerto Ricans, and African Americans. *Journal of Applied Social Psychology*. 1998; 28: 2007-2024.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01358.x>
- ۲۵- بهرامی ن، یعقوب‌زاده آ، شریف‌نیا س ح، سلیمانی م ع، حق دوست ع ا. بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه رضایت جنسی لارسون در زوجین. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۱۳۹۵؛ ۲۳(۳): ۳۴۴-۳۵۶.  
<https://sid.ir/paper/161/fa>

# رابطه احساس تنهایی با بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری در دانشجویان: بررسی نقش میانجی استرس ادراک‌شده

نویسندگان

بصیر ترکاشوند<sup>۱</sup>، عبدالعزیز افلاک سیر<sup>۲\*</sup>، مهدی ایمانی<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. basir.t.d@gmail.com

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

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. dr.mahdiimani@gmail.com

چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه احساس تنهایی با بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری دانشجویان و بررسی نقش میانجی استرس ادراک‌شده در این رابطه انجام شد.

**روش:** بدین منظور، ۳۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از ۸ دانشکده این دانشگاه انتخاب شدند. روش این پژوهش از نوع همبستگی و توصیفی است. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی (فرم کوتاه) ریف (۱۹۸۹م)، نشخوار فکری نولن - هوکسما و مورو (۱۹۹۱)، احساس تنهایی راسل (۱۹۹۶م) و استرس ادراک‌شده کوهن (۱۹۸۳م) استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و در ادامه از نرم‌افزار ایموس برای تحلیل مسیر و ارائه مدل استفاده شده است.

**نتایج:** پس از بررسی مفروضه‌های تحلیل مسیر و برآورده شدن آن‌ها و شناسایی مدل مفروض، نوبت به آزمون مدل پژوهش رسید و اثرهای مستقیم و غیرمستقیم بررسی شد. نتایج پژوهش نشان داد، احساس تنهایی به طور مستقیم و در سطح معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری را پیش‌بینی می‌کند. همچنین احساس تنهایی به واسطه استرس ادراک‌شده در سطح معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری را پیش‌بینی می‌کند. در انتها شاخص‌های برازش بررسی شد و این شاخص‌ها برازش مطلوبی با داده‌ها نشان دادند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** این یافته می‌تواند اهمیت احساس تنهایی و سپس استرس ادراک‌شده در پیامدهای منفی که بر سلامت روان برجای می‌گذارند را نشان دهد. در واقع با افزایش سطوح احساس تنهایی، سطوح استرس ادراک‌شده افزایش پیدا می‌کند و به نوبه خود سطوح بالای استرس ادراک‌شده موجب کاهش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش نشخوار فکری می‌شود؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد، باید در سنین کمتر از احساس تنهایی و استرس ادراک‌شده افراد پیش‌گیری کرد و از شدت آن‌ها کاهش داد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۰۹/۲۴

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۳/۲۳



کلیدواژه‌ها

احساس تنهایی، استرس ادراک‌شده، بهزیستی روان‌شناختی، نشخوار فکری.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

aafalakseir@shirazu.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

## مقدمه

شناختی تأثیر می‌گذارد. احساس تنهایی احساس انزوا را افزایش می‌دهد و منجر به بهزیستی روان‌شناختی ضعیف‌تر، به ویژه در میان جوانان از طریق تعاملات چهره به چهره می‌شود [۱۲]. همچنین، احساس تنهایی با افزایش التهاب و تغییرات عصبی همراه است و بر تنظیم هیجانی و حساسیت به تهدیدات اجتماعی تأثیر می‌گذارد و در نتیجه بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر منفی می‌گذارد [۱۳].

چالش دیگری که دانشجویان با آن مواجه هستند نشخوار فکری است. انتقال به دانشگاه همچنین ممکن است یک دوره خطر برای افزایش افکار نشخواری باشد. به طور خاص، تغییرات اساسی در زندگی نوجوانان (مانند انتقال به دانشگاه) اغلب با تلاش برای یافتن تعادل بین تلاش برای خودمختاری و حفظ احساس ارتباط با همسالان و والدین همراه است که باعث نشخوار فکری می‌شود [۱۴].

نشخوار فکری<sup>۵</sup> به تفکر پیوسته و مکرر در مورد موقعیت‌ها و پیامدهای منفی آن‌ها و غوطه‌ور شدن طولانی‌مدت در هیجان‌های مختلف منفعل اشاره دارد [۱۵]. مارتین و تسر<sup>۶</sup> [۱۶]، نشخوار فکری را این‌گونه تعریف می‌کنند: «نشخوار فکری طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک موضوع ابزاری مشترک می‌چرخد و در غیاب نیازهای محیطی فوری که نیاز به افکار دارند، تکرار می‌شود».

هنگامی که افراد در زمینه خلق ناخوشایند نشخوار فکری می‌کنند، خاطرات منفی بیشتری از گذشته را به یاد می‌آورند، وضعیت فعلی خود را منفی‌تر تفسیر می‌کنند و نسبت به آینده خود بدبین‌تر هستند [۱۷]. نظریه سبک‌های پاسخ نولن - هوکسما<sup>۷</sup> [۱۸] استدلال می‌کند که نشخوار فکری می‌تواند به تفکر بدبینانه منجر شود و با رفتار مفید تداخل کند. افرادی که از ویژگی نشخوار فکری بالایی برخوردارند، تمایل دارند به طور مکرر روی پریشانی خود تمرکز کنند که باعث می‌شود خلق منفی آن‌ها تشدید شود و بیشتر از آنچه که ممکن است وجود داشته باشد، ادامه یابد. این پاسخ ناسازگارانه به احساسات منفی همچنین مانع استفاده از حل مسئله سازنده و مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه می‌شود، زیرا توجه فرد فقط بر روی احساسات ناخوشایند متمرکز می‌شود [۱۵، ۱۹].

زندگی در دانشگاه فرصت‌های مهمی برای رشد شخصی فراهم می‌کند. با این حال، این مرحله رشد، با دوره اوج خطر برای شروع اختلالات سلامت روان همزمان است. عوامل خاص سبک زندگی دانشگاهی، از جمله اختلال در خواب و استرس تحصیلی و مالی به تشدید پریشانی روانی در دانشجویان می‌انجامد؛ بنابراین دانشجویان یک جمعیت آسیب‌پذیر هستند که بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها کاهش می‌یابد [۱].

بهزیستی روان‌شناختی<sup>۱</sup>، کوشش برای کمال و خودشکوفایی در راستای بالفعل شدن توانایی‌های بالقوه تعریف می‌شود [۲]. به عبارت دیگر، بهزیستی روان‌شناختی به تلاش در جهت عملکرد کامل و درک استعدادها و خود در راستای شش بعد آن (پذیرش خود، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری و تسلط بر محیط) در صورت مواجهه با موانع و وظایف زندگی، تعریف می‌شود [۳]. ریف<sup>۲</sup> [۴] بهزیستی روان‌شناختی را احساسی از سلامت تعریف می‌کند که شامل آگاهی کاملی از یکپارچگی همه جنبه‌های فرد می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی بالا همانند یک سپر عمل می‌کند و از فرد در برابر تغییرات و تجربیات مضر محافظت می‌کند و توان فرد را برای مقابله با شرایط سخت بالا می‌برد [۵]. دو مشخصه اصلی بهزیستی روان‌شناختی عبارت‌اند از: عملکرد سالم و رضایت از زندگی [۶-۷].

کیز<sup>۳</sup> [۸] یک پیوستار برای سلامت روان در نظر می‌گیرد که در یک سوی طیف فردی در حال «خودشکوفی شدن» و در سوی دیگر طیف یک فرد در حال «پژمرده شدن یا ناتوان شدن» قرار می‌گیرد. متغیرهای زیادی می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند که یکی از این متغیرها احساس تنهایی است [۹-۱۰]. در واقع با طولانی‌تر و مزمن شدن احساس تنهایی، تأثیرات جدی و ویران‌کننده‌ای بر سلامت جسمی و روانی افراد وارد می‌شود و سطح بهزیستی روان‌شناختی افراد کاهش می‌یابد [۱۱].

احساس تنهایی از طرق مختلفی بر بهزیستی روان

5 . Rumination.

6 . Martin & Teser.

7 . Nolen-Hoeksema

1 . Psychological well-Being.

2 . Ryff.

3 . Keyes.

4 . Languishing.



به خاطر ارتباط مجدد اجتماعی، گذرا و سازگار خواهد بود. ولی برای افراد دیگر احساس تنهایی می‌تواند مزمن و ناسازگار شود [۳۴].

احساس تنهایی عامل خطری برای سلامت روان به حساب می‌آید [۳۵-۳۶] و پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که سطوح بالای احساس تنهایی با بالا رفتن سطوح استرس ادراک‌شده رابطه مستقیمی دارد [۳۷-۳۸]. احساس تنهایی با افزایش حساسیت تهدید اجتماعی، فعال کردن محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال و افزایش سطح استرس ادراک‌شده مرتبط است [۳۹]. همچنین احساس تنهایی با افزایش سطح کورتیزول بدن همراه است که باعث افزایش سطوح استرس ادراک‌شده می‌شود [۴۰، ۴۱]. علاوه بر این، در پژوهشی مشخص شد که احساس تنهایی بر اضطراب و علائم افسردگی در سالمندان مهاجر تأثیر می‌گذارد که تا حدودی به واسطه افزایش استرس ادراک‌شده ایجاد می‌شود [۴۲].

قبل از اینکه سازه استرس ادراک‌شده<sup>۵</sup> را تعریف کنیم، لازم است که بین استرس و استرس ادراک‌شده تمایز قائل شویم. استرس به‌عنوان یکی از عوامل خطر برای سلامت روان شناخته می‌شود و بر سلامت افراد به دو گونه تأثیر می‌گذارد؛ استرس نه تنها به طور مستقیم از طریق پاسخ خودکار غدد بر سلامت تأثیر منفی می‌گذارد، بلکه به طور غیرمستقیم از طریق تغییرات رفتاری نیز، بر سلامت افراد تأثیر منفی می‌گذارد [۴۳]؛ اما استرس ادراک‌شده به ارزیابی سطوح تهدید و خطری که افراد در صورت مواجهه با استرس‌زها ادراک می‌کنند و تأثیری که این استرس‌زها روی افراد می‌گذارد، اطلاق می‌شود [۴۴-۴۵].

پیچیدگی‌های اندازه‌گیری استرس در یک فرد قابل توجه است. تلاش برای درک اثرات آن توسط چارچوبی که توسط کوهن<sup>۶</sup> و همکاران [۴۴] پیشنهاد شده است، افزایش می‌یابد. درحالی که عوامل استرس‌زا اغلب به طور عینی تعریف می‌شود (مثلاً مرگ همسر)، کوهن و همکاران [۴۴] معتقدند، این رویدادها نیستند که باعث پاسخ به استرس می‌شود، بلکه پاسخ عاطفی به رویداد عینی که از لحاظ شناختی تعدیل شده است، پاسخ به استرس تلقی می‌شود. آن‌ها تأکید می‌کنند که ارزیابی شناختی یک رویداد در

احساس تنهایی عامل خطر مهمی برای درگیر شدن در رفتارهای نشخواری به حساب می‌آید [۲۰]. وان‌هالست<sup>۱</sup> و همکاران [۲۱] نشخوار فکری را به عنوان یک نقش میانجی و تعدیل‌کننده در رابطه بین احساس تنهایی و افسردگی پیشنهاد کردند. آن‌ها پیش‌بینی کردند که نشخوار فکری احتمالاً هنگام احساس تنهایی رخ می‌دهد، زیرا مشخص شده است که تنهایی بر تفکر شناختی تأثیر می‌گذارد [۲۲]. افراد تنها تمایل به سبک‌های اسنادی ناسازگار [۲۳] و باورهای دوستی انعطاف ناپذیر دارند [۲۴] که هر دو با نشخوار فکری مرتبط هستند [۲۱].

احساس تنهایی<sup>۲</sup> یک احساس ذهنی است که به طور رایجی در زندگی ما رخ می‌دهد و توسط جمعیت بزرگی تجربه می‌شود [۲۵-۲۶]. باوجود جهانی بودن، احساس تنهایی، تجربه پیچیده‌ای است که به دلیل ماهیت ذهنی‌اش، مفهوم‌سازی آن دشوار است. تجارب احساس تنهایی بین افراد متفاوت است. احساس تنهایی به عنوان یک احساس ناخوشایند ناشی از اختلاف بین روابط اجتماعی واقعی و مطلوب (انتظارات) تعریف می‌شود [۲۷-۲۹]. این تعریف مفید است زیرا هر دو جنبه عاطفی و شناختی احساس تنهایی را در نظر می‌گیرد. احساس تنهایی اغلب از «تنها بودن» صرف متمایز می‌شود. برخی از افراد ممکن است از نظر فیزیکی تنها باشند بدون اینکه احساس تنهایی کنند، درحالی که برخی دیگر ممکن است حتی زمانی که توسط دیگران احاطه شده‌اند احساس تنهایی کنند [۳۰-۳۱].

روکاک<sup>۳</sup> [۳۲] سه ویژگی متمایز از هم که در تمام تجربیات احساس تنهایی مشترک‌اند را پیشنهاد می‌کند: احساس تنهایی؛ ۱. یک پدیده جهانی است؛ ۲. همیشه دردناک، ناراحت‌کننده، و ذهنی است و ۳. برای هر فرد چندوجهی و منحصر به فرد است. وایس<sup>۴</sup> [۳۳]، تأیید می‌کند که احساس تنهایی یک پدیده طبیعی است، یک احساس شخصی که ممکن است در لحظات خاصی از زندگی ایجاد شود و هر کسی را بدون در نظر گرفتن جنسیت، سن یا سایر ویژگی‌های اجتماعی - شخصی تحت تأثیر قرار دهد. احساس تنهایی یک تجربه هنجاری برای اکثر افراد است و

1. Vanhalst
2. loneliness
3. Rokach
4. Weiss

5. perceived stress

6. Cohen.

[۴۱] نشان دادند، افرادی که احساس تنهایی مزمنی را تجربه می‌کنند سطح کورتیزول بالاتری را نشان می‌دهند که به نوبه خود باعث می‌شود افراد استرس ادراک شده بیشتری را تجربه کنند. به عبارت دیگر با افزایش احساس تنهایی، استرس ادراک شده افزایش می‌یابد و با افزایش این متغیر بهزیستی روان‌شناختی کاهش و نشخوار فکری افزایش می‌یابد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه احساس تنهایی با بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری دانشجویان و بررسی نقش میانجی استرس ادراک شده در این رابطه است.

## روش

### نوع پژوهش

طرح پژوهش از نوع همبستگی و به طور مشخص مبتنی بر «تحلیل مسیر»<sup>۳</sup> است و روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش را بررسی می‌کند.

### آزمودنی

جامعه پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه شیراز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ است. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ابتدا ۸ دانشکده به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس از بین دانشکده‌ها چندین کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد و در نهایت از هر کلاس، همه دانشجویان در پژوهش شرکت داده شدند. به ازای هر آیتم پرسش‌نامه حداقل ۵ شرکت‌کننده نیاز است، با توجه به اینکه مجموع پرسش‌های کل پرسش‌نامه‌ها برابر ۷۰ است، برای این پژوهش ۳۵۰ شرکت‌کننده در نظر گرفته شد. این تعداد شرکت‌کننده، ملاک کلان<sup>۴</sup> [۵۹] که تعداد شرکت‌کننده‌های مورد نیاز برای تحلیل مسیر را حداقل ۱۰ برابر پارامترها و به صورت مطلوب ۲۰ برابر پارامترها (۲۰×۹) می‌داند و همچنین ملاک چو و بنتلر<sup>۵</sup> [۶۰] که ۲۰۰ نفر شرکت‌کننده برای این روش پژوهش مطلوب می‌داند، را برآورده می‌کند. به علت ناقص بودن و تصادفی بودن برخی پرسش‌نامه‌ها و احتمال ریزش تعداد آن‌ها، ۴۰۰ نفر در این پژوهش شرکت داده شدند و در نهایت ۳۶۰ پرسش‌نامه باقی ماند. ملاک‌های ورود به

درک پاسخ به استرس نقش اساسی دارد و خاطرنشان کردند که درک ویژگی‌های عینی رویدادها کافی نیست [۴۴، ۴۶]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که همه افراد یک استرس مشابه را به یک شکل ادراک و تفسیر نمی‌کنند و عوامل بسیاری در ارزیابی شخص از استرس و استرس ادراک شده منحصر به فرد، دخیل است [۴۷]. همان‌طور که ذکر شد، استرس ادراک شده، با پیامدهای منفی آسیب‌شناختی مرتبط با سلامتی همراه است [۴۸] و بهزیستی روان‌شناختی افراد را کاهش [۴۹] و نشخوار فکری را افزایش می‌دهد [۵۰]. عوامل استرس‌زایی همانند فشار تحصیلی، شرایط خانوادگی و مالی به واسطه افزایش استرس ادراک شده تأثیر منفی بر بهزیستی روانی به جای می‌گذارند [۵۱]. همچنین پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که هوش هیجانی [۵۲] و ثبات عاطفی [۵۳] با کاهش تجربه استرس بر رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی تأثیر مثبتی می‌گذارد که نشان‌دهنده نقش میانجی استرس ادراک شده در این رابطه است. موقعیت‌های استرس‌زا همچنین می‌توانند موجب نشخوار فکری شوند [۵۴]. استرس ادراک شده بالا موجب ادراک تهدید و چالش بیشتر در موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود که در نهایت منجر به نشخوار فکری می‌شود. افراد با استرس ادراک شده بالا به طور مکرر به رویدادهای منفی فکر می‌کنند و در تمرکز بر زمان حال مشکل دارند [۵۵].

باتوجه به مباحث بحث شده، بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری دانشجویان عامل‌های مهمی هستند که با توجه به عوامل خاص سبک زندگی دانشجویی، دچار تغییراتی می‌شوند. درک بهتر عواملی که سبب کاهش سطوح بهزیستی روان‌شناختی و افزایش نشخوار فکری این افراد می‌شود ضروری است. از مهم‌ترین عوامل می‌توان احساس تنهایی را نام برد [۱۰، ۲۰، ۵۶]. احساس تنهایی یک نگرانی مهم بهداشت عمومی در سراسر جهان است که مردم را در هر فرهنگ و سنی تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود میزان شیوع آن در آینده به سطح «پیدمی»<sup>۱</sup> افزایش یابد [۵۷]. یک فراتحلیل نشان داد افراد مسن‌تری که احساس تنهایی می‌کنند، خطر مرگ و میر بیشتری دارند (۱/۴۵ برابر) نسبت به آنهایی که احساس تنهایی را تجربه نمی‌کنند [۵۸]. کاسیوپو<sup>۲</sup> و همکاران

3 . Path Analysis.

4 . Kline.

5 . Chou & Bentler.

1 . Epidemic.

2 . Cacioppo.

۰/۷۱ است.

## ۲. نشخوار فکری

در این پژوهش برای سنجیدن نشخوار فکری از مقیاس پاسخ نشخوار فکری استفاده شده است. پاسخ نشخوار فکری زیرمقیاسی از پرسش‌نامه سبک‌های پاسخ است که توسط نولن - هوکسما و مورو<sup>۲</sup> [۶۶] طراحی شده است. این پرسش‌نامه از نوع خودگزارشی و شامل ۲۲ پرسش است که پاسخ به هر پرسش در یک طیف ۴ رتبه‌ای (هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳ و همیشه = ۴) قرار می‌گیرد. حداقل نمره ۲۲ و بالاترین نمره ۸۸ است که هر چه نمره بالاتر باشد نشان دهنده نشخوار فکری بیشتر است [۶۷]. این پرسش‌نامه از پایایی همسانی درونی خوبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹ گزارش شده است [۶۸]. همچنین پژوهش‌های داخلی نیز همسانی درونی خوبی از این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. مردانی و حمید، باقری‌نژاد و همکاران و فرنام و همکاران [۶۷، ۶۹، ۷۰]، به ترتیب ضریب آلفای ۰/۹۳، ۰/۸۸ و ۰/۹۰ را گزارش کرده‌اند. همسانی درونی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برابر ۰/۹۱ است.

## ۳. احساس تنهایی

پرسش‌نامه احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا برای نخستین بار توسط راسل<sup>۳</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۷ م طراحی شد. پس از چند بار تجدید نظر در سال‌های ۱۹۸۰ م و ۱۹۹۳ م، نسخه سوم آن توسط راسل به منظور ساده‌سازی عبارات و همچنین تغییر محتوای پرسش‌های از منفی به مثبت در سال ۱۹۹۶ م منتشر شد. این مقیاس از ۲۰ پرسش تشکیل شده است و دارای ۱۱ عبارت مثبت و ۹ عبارت منفی است. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است که نمرات آن در یک طیف ۴ درجه‌ای شامل «هرگز» (نمره یک)، «به ندرت» (نمره دو)، «گاهی اوقات» (نمره سه) و «اغلب» (نمره چهار) قرار می‌گیرند. در این مقیاس پرسش‌های (۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۰) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۲۰ و بالاترین نمره ۸۰ است. هر چه نمره بالاتری در این پرسش‌نامه کسب شود، نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر می‌باشد. همسانی درونی این مقیاس توسط راسل

پژوهش شامل: الف. دانشجوی دانشگاه شیراز بودن؛ ب. رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در پژوهش؛ ج. بازه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ ساله و د) عدم مصرف داروهای روان‌گردان است. ملاک‌های خروج شامل: الف. تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و ب. عدم تمایل به ادامه تکمیل پرسش‌نامه است.

## ابزارهای پژوهش

### ۱. بهزیستی روان‌شناختی

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی (فرم کوتاه)، توسط ریف [۶۱] طراحی شد و در سال ۲۰۰۲ م مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه ۶ عامل دارد که برای هر عامل ۳ پرسش وجود دارد که در مجموع نسخه ۱۸ سؤالی پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی را تشکیل می‌دهند. ۶ عامل پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی عبارت‌اند از: ۱. پذیرش خود (شامل پرسش‌های ۲، ۸ و ۱۰)؛ ۲. رشد شخصی (شامل پرسش‌های ۷، ۱۵ و ۱۷)؛ ۳. هدف در زندگی (شامل پرسش‌های ۵، ۱۴ و ۱۶)؛ ۴. روابط مثبت با دیگران (شامل پرسش‌های ۳، ۱۱ و ۱۳)؛ ۵. خودمختاری (شامل پرسش‌های ۹، ۱۲ و ۱۸) و ۶. تسلط بر محیط (شامل پرسش‌های ۱، ۴ و ۶). این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است که نمرات آن در یک طیف ۶ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» (یک تا شش) قرار می‌گیرند. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. در این پرسش‌نامه ۱۰ پرسش به صورت مستقیم و ۸ پرسش (۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند [۶۲-۶۳]. ریف و سینگر<sup>۱</sup> [۶۴] بیان می‌کنند: همبستگی فرم کوتاه این پرسش‌نامه با فرم بلند آن بین ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است. مرور شواهد پژوهشی نشان داده است از میان فرم‌های مختلف بهزیستی روان‌شناختی، نسخه ۱۸ پرسشی بیشترین استفاده و کاربرد را در پژوهش‌ها داشته است [۶۵]. در ایران نیز این پرسش‌نامه به همراه ۶ عامل آن از برآزش خوبی برخوردار است و همسانی درونی مقیاس کل ۰/۷۱ و برای ۶ عامل پذیرش خود، رشد شخصی، هدف در زندگی، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری و تسلط بر محیط به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۳، ۰/۵۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۶ گزارش شده است [۶۲]. همسانی درونی مقیاس کل در این پژوهش برابر

2. Morrow.

3. Russell.

1. Singer.

طرز صحیح تکمیل نمودن پرسش‌نامه‌ها به آنان گفته شد که با صرف زمان تقریبی ۱۰ الی ۱۵ دقیقه، کمک شایانی به پژوهشگر خواهند کرد. و با پاسخ‌دادن به پرسش‌های شرکت‌کنندگان در خصوص پرسش‌نامه‌ها، از درک درست آزمودنی‌ها اطمینان حاصل شد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های ناقص و تصادفی از پژوهش کنار داده شدند.

#### شیوه تحلیل داده‌ها

پرسش‌نامه‌هایی که به صورت مداد - کاغذی توزیع شد، ابتدا وارد نرم‌افزار (SPSS) شدند. سپس به روی آن‌ها، انواع تحلیل‌های توصیفی و استنباطی صورت گرفت. اطلاعات جمعیت شناختی، داده‌های گمشده، داده‌های پرت، میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی هر یک از ابعاد و مؤلفه‌ها بررسی شد. سپس نرمال بودن تک متغیره، عدم هم‌خطی و همبستگی و رگرسیون بین متغیرها از طریق این نرم‌افزار بررسی شد. در انتها داده‌ها به منظور طراحی و آزمودن مدل مفروض، وارد نرم‌افزار (AMOS) شدند. در نهایت شاخص‌های برازش برای تأیید این مدل و مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مورد بررسی قرار گرفتند.

#### نتایج

داده‌های جمعیت‌شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان پژوهش به شرح زیر است: دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۸ تا ۳۹ سال بوده و میانگین و انحراف استاندارد آن‌ها به ترتیب ۲۲/۳۴ و ۴/۰۱ بود. از بین شرکت‌کنندگان ۱۴۸ نفر آقا (۴۱/۱ درصد) و ۲۰۲ نفر خانم (۵۶/۱ درصد) بودند. همچنین ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان جنسیت خود را مشخص نکرده‌اند. (۶۸/۹ درصد) شرکت‌کنندگان در مقطع کارشناسی، (۲۳/۳ درصد) دانشجویان در مقطع کارشناسی ارشد و (۷/۸ درصد) در مقطع دکتری تحصیل می‌کنند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرها             | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین |
|---------------------|---------|--------------|--------|---------|
| بهزیستی روان‌شناختی | ۷۹/۲۱   | ۱۰/۲۲        | ۴۴     | ۱۰۱     |
| نشخوار فکری         | ۵۱/۳۳   | ۱۲/۴۵        | ۲۲     | ۸۵      |
| احساس تنهایی        | ۴۲/۳۳   | ۱۲/۸۷        | ۲۰     | ۷۵      |
| استرس ادراک‌شده     | ۱۸/۹۶   | ۷/۰۴         | ۳      | ۳۹      |

۰/۹۲ گزارش شده است. در ایران نیز این پرسش‌نامه هنجاریابی شده است و همسانی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸۹ به دست آمده است [۷۱]. در این پژوهش، همسانی درونی پرسش‌نامه ۰/۹۳ به دست آمد.

#### ۴. استرس ادراک‌شده

پرسش‌نامه استرس ادراک‌شده که توسط کوهن و همکاران طراحی شد به عنوان یک ابزار خودگزارشی به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. سه نسخه (۴، ۱۰ و ۱۴ آیتمی) از این پرسش‌نامه وجود دارد که نسخه ۱۰ آیتمی به دلیل ویژگی‌های روان‌سنجی کافی و مناسب نسبت به بقیه ارجحیت دارد [۷۲] و در این پژوهش نیز از آن استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه میزان موقعیت‌هایی را که یک فرد استرس‌آمیز، ارزیابی می‌کند را اندازه‌گیری می‌کند [۷۳، ۴۴]. این مقیاس، استرس کلی یا موقعیت‌های زندگی را به عنوان غیرقابل‌پیش‌بینی، غیرقابل کنترل و اضافه بار بیش از حد، ارزیابی می‌کند. پاسخ‌دهندگان میزان استرس ادراک‌شده را در یک ماه گذشته در یک مقیاس ۵ درجه‌ای گزارش می‌کنند. امتیازدهی به هر پرسش از ۰ (هرگز) تا ۴ (خیلی زیاد) متغیر است. نمرات چهار آیتم (۴، ۵، ۷ و ۸) با جمله‌بندی مثبت به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. از جمع نمرات کل پرسش‌ها، نمره استرس ادراک‌شده به دست می‌آید. نمرات مقیاس از ۰ تا ۴۰ متغیر است که نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر استرس است. این پرسش‌نامه در فرهنگ‌های مختلفی با زبان‌های مختلف بررسی شده است که از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است. همچنین در ایران نیز این پرسش‌نامه هنجاریابی شده که همسانی درونی ۰/۹ به عنوان یک ضریب آلفای کرونباخ بالا از آن گزارش شده است [۷۳]. همسانی درونی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۶ به دست آمد.

#### شیوه انجام پژوهش

بعد از اخذ معرفی‌نامه از سوی معاونت آموزشی دانشگاه شیراز، فرآیند اجرای پژوهش آغاز شد. پرسش‌نامه‌های پژوهش با توجه به رضایت آگاهانه، محرمانه‌ماندن اطلاعات شرکت‌کننده و شرط سنی بین ۱۸ تا ۴۰ ساله بودن، به صورت مداد - کاغذی در بین دانشجویان توزیع داده شد. اهداف پژوهش برای دانشجویان توضیح داده شد و به منظور

تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است [۶۰، ۷۴]. با محاسبه شاخص‌های Tolerance و VIF عدم هم‌خطی بین متغیرها نیز بررسی شد. در یک شاخص سخت‌گیرانه اگر مقدار Tolerance بیشتر از ۰/۲ و مقدار VIF کمتر از ۵ باشد، هم‌خطی بین متغیرها وجود ندارد. که با به دست آمدن  $Tolerance=0/71$  و  $VIF=1/40$  این مفروضه نیز برقرار است. آخرین مفروضه استقلال خطاها بین متغیرهای پیش‌بین است. برای بررسی مفروضه استقلال خطاها از آزمون دوربین - واتسون استفاده می‌شود. در این آزمون اگر ضریب محاسبه شده بین ۱/۵ و ۲/۵ باشد، نشان‌دهنده استقلال خطاها است. از آنجا که آزمون دوربین - واتسون برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بین متغیرهای پیش‌بین ۲/۰۶ و برای پیش‌بینی نشخوار فکری ۱/۹۴ است، مفروضه استقلال خطاهای متغیرهای پیش‌بین نیز برقرار است.

پس از بررسی میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه متغیرهای پژوهش، مفروضه‌های تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفتند. در واقع الزامی است قبل از آزمون مدل پژوهش، مفروضه‌های مدلیابی برقرار شده باشد. حجم نمونه کافی که یکی از این مفروضه‌هاست با حجم ۳۶۰ نفر برقرار است. نبود داده پرت یکی دیگر از این مفروضه‌هاست، که در این پژوهش ۴ داده پرت شناسایی شده و از تحلیل کنار رفت. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش در سطح  $(p<0/01)$  معنی‌دار است و روابط بین متغیرها با توجه به نحوه پراکندگی نقاط در نمودارهای پراکندگی، خطی است. نرمال بودن متغیرهای پژوهش از طریق محاسبه قدرمطلق ضریب کجی و کشیدگی بررسی شد؛ با توجه به اینکه این ضرایب برای تمامی متغیرها بین بازه ۳- تا ۳+ بود؛ بنابراین توزیع داده‌های

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

| متغیرها             | ۱ | ۲      | ۳      | ۴       |
|---------------------|---|--------|--------|---------|
| احساس تنهایی        | ۱ | ۰/۵۵** | ۰/۵۳** | -۰/۶۱** |
| استرس ادراک شده     |   | ۱      | ۰/۶۳** | -۰/۵۵** |
| نشخوار فکری         |   |        | ۱      | -۰/۴۷** |
| بهزیستی روان‌شناختی |   |        |        | ۱       |

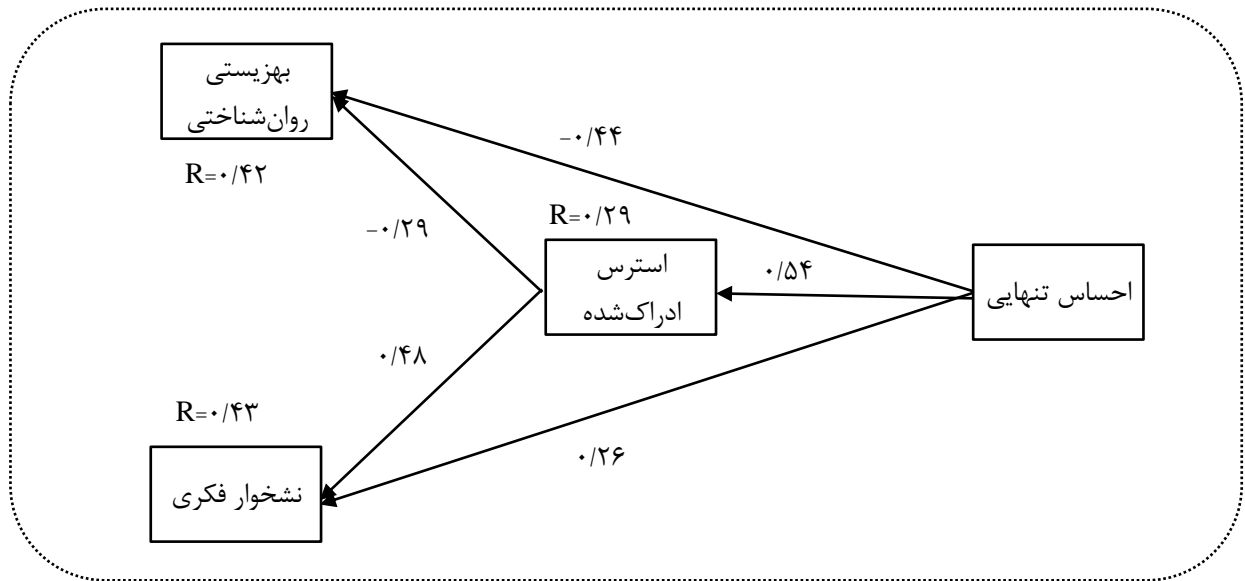
\*\*معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ (آزمون دو دامنه)

بتای استاندارد تمامی مسیرها در سطح  $(p<0/01)$  معنی‌دار شدند. نتایج نشان می‌دهد، احساس تنهایی به طور مثبت و معنی‌داری استرس ادراک شده را پیش‌بینی می‌کند  $(\beta=0/54, p<0/001)$  و احساس تنهایی به طور منفی و معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند؛  $(\beta=-0/44, p<0/001)$  همچنین احساس تنهایی به طور مثبت و معنی‌داری نشخوار فکری را پیش‌بینی می‌کند  $(\beta=0/26, p<0/001)$  و همچنین استرس ادراک شده به طور منفی و معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی  $(\beta=-0/29, p<0/001)$  و به طور مثبت و معناداری نشخوار فکری  $(\beta=0/48, p<0/001)$  را پیش‌بینی می‌کند. در جدول ۴، اثرات مستقیم، غیرمستقیم و اثر کل متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

قبل از تحلیل نتایج و بررسی اثرهای مستقیم و غیرمستقیم، باید شاخص‌های برازش مورد بررسی قرار گیرند. به منظور ارزشیابی مدل چندین شاخص بررسی می‌شوند. شاخص‌های  $x^2/df$ , RMSEA, PCLOSE, GFI, CFI, NFI, IFI و AGFI به ترتیب برابر ۱/۰۳، ۰/۰۱، ۰/۵۰، ۰/۹۹، ۰/۹۹، ۰/۹۹، ۰/۹۹ و ۰/۹۹ به دست آمد که همگی در محدوده مطلوبی قرار دارند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل پیشنهادی برازش مناسب و خوبی با داده‌ها دارد.

پس از بررسی مفروضه‌ها و برازندگی مدل، اکنون می‌توان مدل را تحلیل و اثرات مستقیم و غیرمستقیم را بررسی کرد. شکل ۱ روابط بین متغیرها را در مدل نهایی با ضرایب استاندارد نشان می‌دهد.

همان‌طور که شکل ۱ و جدول ۳ نشان می‌دهد، ضرایب



شکل ۱. مدل نهایی احساس تنهایی به بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری با نقش میانجی‌گری استرس ادراک‌شده (ضرایب استاندارد)

جدول ۳. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم بین متغیرها

| مسیرها                                 | $\beta$ | B     | SE   | CR    | p      |
|--|---------|-------|------|-------|--------|
| احساس تنهایی به استرس ادراک‌شده        | ۰/۵۴    | ۰/۲۹  | ۰/۰۲ | ۱۲/۰۲ | <۰/۰۰۱ |
| احساس تنهایی به بهزیستی روان‌شناختی    | -۰/۴۴   | -۰/۳۴ | ۰/۰۴ | -۹/۲۴ | <۰/۰۰۱ |
| احساس تنهایی به نشخوار فکری            | ۰/۲۶    | ۰/۲۵  | ۰/۰۵ | ۵/۴۳  | <۰/۰۰۱ |
| استرس ادراک‌شده به بهزیستی روان‌شناختی | -۰/۲۹   | -۰/۴۲ | ۰/۰۷ | -۶/۱۳ | <۰/۰۰۱ |
| استرس ادراک‌شده به نشخوار فکری         | ۰/۴۸    | ۰/۸۶  | ۰/۰۹ | ۱۰/۱۳ | <۰/۰۰۱ |

رابطه بین احساس تنهایی و بهزیستی روان‌شناختی ( $\beta = -0.44, p < 0.001$ ) و بین احساس تنهایی و نشخوار فکری ( $\beta = 0.26, p < 0.001$ ) بازمی‌کند.

احساس تنهایی با میانجی‌گری استرس ادراک‌شده بر بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر متغیر استرس ادراک‌شده نقش واسطه‌ای در

جدول ۴. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و اثر کل متغیرها

| مسیرها                                 | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کل |
|--|------------|---------------|--------|
| احساس تنهایی به بهزیستی روان‌شناختی    | -۰/۴۴*     | -۰/۱۶*        | -۰/۶۰* |
| احساس تنهایی به نشخوار فکری            | ۰/۲۶*      | ۰/۲۶*         | ۰/۵۲*  |
| احساس تنهایی به استرس ادراک‌شده        | ۰/۵۴*      | ---           | ۰/۵۴*  |
| استرس ادراک‌شده به بهزیستی روان‌شناختی | -۰/۲۹*     | ---           | -۰/۲۹* |
| استرس ادراک‌شده به نشخوار فکری         | ۰/۴۸*      | ---           | ۰/۴۸*  |

\*معنی‌داری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ (دو دامنه)

## بحث و نتیجه‌گیری

پس از بررسی مفروضه‌های تحلیل مسیر، شناسایی مدل و ترسیم مدل، شاخص‌های برازش نیز بررسی شدند و از آنجا که مفروضه‌های تحلیل مسیر برقرار، مدل شناسایی و شاخص‌های مدل مطلوب به دست آمدند، اکنون می‌توان مسیره‌های معنی‌دار مدل را گزارش کرد. نتایج نشان داد، استرس ادراک‌شده در رابطه احساس تنهایی با بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری نقش واسطه‌ای دارد. بدین صورت که با افزایش متغیر مستقل (احساس تنهایی)، متغیر میانجی (استرس ادراک‌شده) افزایش پیدا کرده و به نوبه خود استرس ادراک‌شده بر متغیرهای وابسته (بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری) تأثیر می‌گذارد؛ یعنی باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش نشخوار فکری می‌شود. لازم به ذکر است، مسیره‌های مستقیم متغیر مستقل به وابسته‌ها نیز معنی‌دار شده است؛ بدین معنی که متغیر میانجی استرس ادراک‌شده در رابطه مذکور میانجی‌گری کاملی ندارد و احساس تنهایی بدون متغیر میانجی هم مقدار معنی‌داری از واریانس متغیرهای وابسته را تبیین می‌کند. در نهایت شایان توجه است که مسیر غیرمستقیم احساس تنهایی به نشخوار فکری از مسیر غیرمستقیم احساس تنهایی به بهزیستی روان‌شناختی قوی‌تر است که این امر بدین معناست که استرس ادراک‌شده در رابطه بین احساس تنهایی و نشخوار فکری، نقش میانجی‌گری قوی‌تری بازی می‌کند.

مسیره‌های مدل این پژوهش با پژوهش‌های سالتزمن و همکاران [۹]، گروک و همکاران [۱۰]، تونگ و همکاران [۲۰]، وان‌هالست و همکاران [۲۱]، مک‌هوگ و لاولور [۳۸]، برون و همکاران [۴۰]، اسمیت و همکاران [۴۹]، اسمیت و آلوی [۵۰]، استرایژیستکایا و همکاران [۵۱] و ژنگ و همکاران [۵۵] همسو است.

دو مسیری که در این پژوهش به صورت مستقیم و غیرمستقیم معنی‌دار شدند عبارت‌اند از: مسیر احساس تنهایی به بهزیستی روان‌شناختی به واسطه استرس ادراک‌شده و مسیر احساس تنهایی به نشخوار فکری به واسطه استرس ادراک‌شده.

در تبیین این دو مسیر می‌توان گفت: افرادی که احساس تنهایی بالایی دارند، در مواجهه با یک عامل استرس‌زا، یک واکنش غیرمعمول و اغراق‌آمیز نشان می‌دهند. افزایش فشار خون در این موقعیت‌های استرس‌زا در میان

افرادی که احساس تنهایی بیشتری دارند، بیشتر دیده می‌شود. همچنین احساس تنهایی با افزایش سطح کورتیزول بدن همراه است. همین‌طور احساس تنهایی با کاهش سطح سیستم ایمنی بدن همراه است [۴۰]. همه این عوامل و تغییرات در بدن موجب می‌شوند که افراد با احساس تنهایی بالا، استرس ادراک‌شده بیشتری را تجربه کنند. استرس ادراک‌شده بالا به نوبه خود موجب تغییرات دیگری در این افراد می‌شود.

استرس ادراک‌شده بالا در افرادی که احساس تنهایی بیشتری دارند موجب کاهش شادی و خرسندی این افراد می‌شود. این افراد به احتمال بیشتری دچار بیماری‌های روانی همانند افسردگی و اضطراب و بیماری‌های جسمی می‌شوند. علائم بیماری این افراد تشدید شده و سطح عملکرد آن‌ها نیز کاهش پیدا می‌کند. همچنین استرس ادراک‌شده این افراد، نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی را تشدید می‌کند [۶، ۷۵، ۷۶]. همه این عوامل مرتبط با استرس ادراک‌شده به علاوه اثر مستقیم احساس تنهایی، باعث کاسته شدن از بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌شود.

استرس ادراک‌شده بالا در افرادی که احساس تنهایی بیشتری دارند همچنین موجب ادراک تهدید و چالش بیشتر در موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود. این افراد به طور مکرر به رویدادهای منفی فکر می‌کنند و تمایل به یادآوری خاطرات منفی دارند و در تمرکز کردن بر زمان حال دچار مشکل می‌شوند. این افراد همچنین نمی‌توانند هنگام مواجه شدن با یک رویداد استرس‌زا تمرکز خود را روی یک موضوع حفظ کنند [۵۵]؛ بنابراین افرادی که احساس تنهایی بیشتری دارند و سطح استرس ادراک‌شده بالاتری تجربه می‌کنند، دچار نشخوار فکری بیشتری می‌شوند. پیامدهای استرس ادراک‌شده که در بالا ذکر شد و همچنین اثر مستقیم احساس تنهایی در این امر دخیل است.

## محدودیت‌ها و پیشنهاد‌های پژوهش

پژوهش حاضر دارای چند محدودیت است. نخستین محدودیت پژوهش مقطعی بودن آن است. در پژوهش مقطعی این محدودیت وجود دارد که نمی‌توان ترتیب زمانی اثر متغیرها را به دقت بررسی کرد. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده؛ بنابراین نمی‌توان از نتایج پژوهش روابط علت و معلولی بین متغیرها را استنباط کرد. جامعه پژوهش

هنگام مواجهه با عوامل استرس‌زا ضروری است. این آموزش‌ها باید در راستای واکنش مناسب‌تر، ارزیابی منطقی‌تر و متناسب با شرایط هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا و پرفشار زندگی و مواجهه با احساس تنهایی باشد. نوید و راتوس [۷۷]، موارد زیر را به منظور روش‌های مناسب کنار آمدن با استرس مطرح کرده‌اند: الف. بالا بردن استقامت روان‌شناختی و تحمل ناکامی‌ها از طریق مؤلفه‌هایی همانند احساس تعهد، چالش و منبع کنترل درونی [۷۸] ب. مبارزه با عقاید نامعقول ج. داشتن احساس کارآیی؛ باور به توانایی‌های خود د. داشتن حمایت اجتماعی همانند نگرانی عاطفی، ابزار احساسات، معاشرت، کمک راهگشا و ... ه. شوخ‌طبعی (و ورزش ز. مراقبه ح. آرمیدگی عضلانی تدریجی ط. کم‌کردن عوامل استرس‌زای محیطی همانند سروصدا، آلودگی هوا، دما و حفظ فضای شخصی ی. عدم کنار آمدن دفاعی با استرس (عدم کنارگیری، انکار، پرخاشگری و مصرف مواد).

#### منابع

- 1- Ferrari M, Allan S, Arnold C, Eleftheriadis D, Alvarez-Jimenez M, Gumley A, Gleeson JF. Digital interventions for psychological well-being in university students: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2022 Sep 28; 24(9): e39686. <https://doi.org/10.2196/39686>
- 2- Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*. 1995 Aug; 4(4): 99-10. <http://www.jstor.org/stable/20182342>
- 3- Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1995 Oct; 69(4): 719. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- 4- Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2013 Dec 4; 83(1): 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- 5- Denneson LM, Trevino AY, Kenyon EA, Ono SS, Pfeiffer PN, Dobscha SK. Health coaching to enhance psychological well-being among veterans with suicidal ideation: A pilot study. *Journal of general internal medicine*. 2019 Feb 15; 34: 192-4. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4677-2>

حاضر دانشجویان دانشگاه شیراز بوده است؛ بنابراین جهت تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود. پژوهش‌های پیشین، هم پیش‌بینی احساس تنهایی توسط استرس ادراک‌شده و هم پیش‌بینی استرس ادراک‌شده توسط احساس تنهایی را گزارش کرده‌اند. پژوهشگر طبق تبیین‌های قوی‌تری که برای پیش‌بینی استرس ادراک‌شده توسط احساس تنهایی وجود داشت، مدل را ترسیم کرده است. با این وجود ممکن است رابطه بین احساس تنهایی و استرس ادراک‌شده دو سویه باشد که این پژوهش فقط مسیر احساس تنهایی به استرس ادراک‌شده را مدنظر قرار داده است. محدودیت آخر پژوهش ابزار جمع‌آوری اطلاعات است. به علت اینکه فقط از پرسش‌نامه جهت گردآوری اطلاعات استفاده شده است ممکن است نتایج با سوگیری همراه باشد؛ بنابراین امکان پاسخ‌های تصادفی و وانمودی وجود داشته است. همچنین عدم تکمیل پرسش‌نامه توسط بعضی از دانشجویان نیز باعث کاهش تصادفی بودن روش نمونه‌گیری شده است (لازم به ذکر است تا حد امکان پرسش‌نامه‌های ناقص و تصادفی از تحلیل کنار رفتند).

نتایج پژوهش نشان داد، احساس تنهایی به صورت مستقیم و غیرمستقیم بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری را پیش‌بینی می‌کند؛ بنابراین پیش‌گیری از احساس تنهایی و اقدامات لازم توسط والدین در سنین کمتر و مسئولان فرهنگی - رفاهی دانشگاه برای کاهش احساس تنهایی ضروری است. نوید و راتوس [۷۷]، موارد زیر را به منظور مبارزه با تنهایی مطرح کرده‌اند: الف. برقراری تماس‌های اجتماعی مکرر همانند ملحق شدن به باشگاه‌های ورزشی، شرکت در انجمن‌ها و فعالیت‌های دانشجویی و ... ب. مبارزه با کم‌رویی و جسور بودن همانند ابزار علائق، هم‌نشینی و هم‌صحبتی با هم‌کلاسی‌ها و ... ج. شنونده خوبی بودن؛ شامل پرسیدن عقاید دیگران، برقراری تماس چشمی و تحمل عقاید مختلف د. شناساندن خود به دیگران همانند در میان گذاشتن عقاید و تمایلات خود با دیگران ه. فهمیدن اینکه ارزش دوستی را داریم و استفاده از خدمات مرکز مشاوره دانشگاه.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد، استرس ادراک‌شده نقش واسطه‌گری معنی‌داری در رابطه احساس تنهایی با بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری دارد؛ بنابراین آموزش مهارت‌های مورد نیاز به دانشجویان و همه جامعه در



- 16-Martin LL, Tesser A. Some ruminative thoughts. *Ruminative thoughts*. 1996; 9(1996): 1-47. [https://www.researchgate.net/publication/313619338\\_Some\\_ruminative\\_thoughts](https://www.researchgate.net/publication/313619338_Some_ruminative_thoughts)
- 17-Lyubomirsky S, Caldwell ND, Nolen-Hoeksema S. Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of personality and social psychology*. 1998 Jul; 75(1): 166. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.1.166>
- 18-Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*. 1991 Nov; 100(4): 569. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.4.569>
- ۱۹- نظامی‌پور ا، ضرغام‌حاجبی م، عبدالمنافی ع. نقش تعدیل‌کننده شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۴؛ ۱۳(۱): ۱۵-۲۴. <https://doi.org/10.22070/2.12.15>
- 20-Tong H, Hou WK, Liang L, Li TW, Liu H, Lee TM. Age-related differences of rumination on the loneliness–depression relationship: evidence from a population-representative cohort. *Innovation in Aging*. 2021 Oct1; 5(4): igab034. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab034>
- 21-Vanhalst J, Luyckx K, Raes F, Goossens L. Loneliness and depressive symptoms: The mediating and moderating role of uncontrollable ruminative thoughts. *The Journal of psychology*. 2012 Jan1; 146(1-2): 259-76. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.555433>
- 22-Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*. 2006 Oct 1; 26(6): 695-718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- 23-Anderson CA. Attributional style, depression, and loneliness: A cross-cultural comparison of American and Chinese students. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1999 Apr; 25(4): 482-99. <https://doi.org/10.1177/0146167299025004007>
- 24-Lavallee KL, Parker JG. The role of inflexible friendship beliefs, rumination, and low self-worth in early adolescents' friendship jealousy and adjustment. *Journal of abnormal child psychology*. 2009 Aug; 37: 873-85. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9317-1>
- 6- Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*. 2000 Jan; 55(1): 34. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- 7- Ryff CD. Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *International review of economics*. 2017 Jun; 64: 159-78. <https://doi.org/10.1007/s12232-017-0277-4>
- 8- Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*. 2002 Jun 1: 207-22. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- 9- Saltzman LY, Hansel TC, Bordnick PS. Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020 Aug; 12(S1): S55. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>
- 10-Groarke JM, Berry E, Graham-Wisener L, McKenna-Plumley PE, McGlinchey E, Armour C. Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PLoS one*. 2020 Sep 24; 15(9): <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- 11-Asher SR, Paquette JA. Loneliness and peer relations in childhood. *Current directions in psychological science*. 2003 Jun; 12(3): 75-8. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01233>
- 12-Tsang VH, Tse DC, Chu L, Fung HH, Mai C, Zhang H. The mediating role of loneliness on relations between face-to-face and virtual interactions and psychological well-being across age: A 21-day diary study. *International Journal of Behavioral Development*. 2022 Nov; 46(6): 500-9. <https://doi.org/10.1177/016502542211327>
- 13-Finley AJ, Schaefer SM. Affective neuroscience of loneliness: potential mechanisms underlying the association between perceived social isolation, health, and well-being. *Journal of psychiatry and brain science*. 2022; 7(6). <https://doi.org/10.20900/jpbs.20220011>
- 14-Peled M, Moretti MM. Rumination on anger and sadness in adolescence: Fueling of fury and deepening of despair. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2007 Mar1; 36(1): 66-75. <https://doi.org/10.1080/15374410709336569>
- 15-Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*. 2008 Sep; 3(5): 400-24. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

- 36-Lauder W, Mummery K, Sharkey S. Social capital, age and religiosity in people who are lonely. *Journal of Clinical Nursing*. 2006 Mar; 15(3): 334-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01192.x>
- 37-Mäkiniemi JP, Oksanen A, Mäkikangas A. Loneliness and well-being during the COVID-19 pandemic: the moderating roles of personal, social and organizational resources on perceived stress and exhaustion among Finnish university employees. *International journal of environmental research and public health*. 2021 Jul 3; 18(13): 7146. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137146>
- 38-McHugh JE, Lawlor BA. Perceived stress mediates the relationship between emotional loneliness and sleep quality over time in older adults. *British journal of health psychology*. 2013 Sep; 18(3): 546-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02101.x>
- 39-Morr M, Lieberz J, Dobbstein M, Philipsen A, Hurlemann R, Scheele D. Insula reactivity mediates subjective isolation stress in alexithymia. *Scientific reports*. 2021 Jul 28; 11(1): 15326. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94799-w>
- 40-Brown EG, Gallagher S, Creaven AM. Loneliness and acute stress reactivity: A systematic review of psychophysiological studies. *Psychophysiology*. 2018 May; 55(5): e13031. <https://doi.org/10.1111/psyp.13031>
- 41-Cacioppo JT, Ernst JM, Burleson MH, McClintock MK, Malarkey WB, Hawkley LC, et al. Lonely traits and concomitant physiological processes: The MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*. 2000 Mar 1; 35(2-3): 143-54. [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(99\)00049-5](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(99)00049-5)
- 42-Wang H, Hou Y, Zhang L, Yang M, Deng R, Yao J. Chinese elderly migrants' loneliness, anxiety and depressive symptoms: The mediation effect of perceived stress and resilience. *Frontiers in Public Health*. 2022 Aug 25; 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.998532>
- 43-O'Connor DB, Thayer JF, Vedhara K. Stress and health: A review of psychobiological processes. *Annual review of psychology*. 2021 Jan 4; 72: 663-88. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- 44-Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983 Dec 1: 385-96. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- 25-Cacioppo JT, Hawkley LC, Ernst JM, Burleson M, Berntson GG, Nouriani B, Spiegel D. Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of research in personality*. 2006 Dec 1; 40(6): 1054-85. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>
- 26-Lauder W, Sharkey S, Mummery K. A community survey of loneliness. *Journal of advanced Nursing*. 2004 Apr; 46(1): 88-94. <https://doi.org/10.1111/j.13652648.2003.02968.x>
- 27-Perlman D, Peplau LA. Theoretical approaches to loneliness. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982 Jul 7; 36: 123-34. [https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Perlman/publication/284634633\\_Theoretical\\_approaches\\_to\\_loneliness/links/5748c43308ae5c51e29e6b45/Theoretical-approaches-to-loneliness.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Perlman/publication/284634633_Theoretical_approaches_to_loneliness/links/5748c43308ae5c51e29e6b45/Theoretical-approaches-to-loneliness.pdf)
- 28-Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*. 2010 Oct 1; 40(2): 218-27. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- 29-Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. The complexity of loneliness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2018; 89(2): 302. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>
- 30-Ercole V, Parr J. Problems of loneliness and its impact on health and well-being. Griffith University, Brisbane. 2020. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-69627-0\\_127-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69627-0_127-1)
- 31-Goossens L, Beyers W. Comparing measures of childhood loneliness: Internal consistency and confirmatory factor analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2002 May 1; 31(2): 252-62. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3102\\_10](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3102_10)
- 32-Rokach A. The psychological journey to and from loneliness: development, causes, and effects of social and emotional isolation. Academic Press; 2019 Apr 6. <https://doi.org/10.1016/C2017-0-03510-3>
- 33-Weiss R. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. MIT press; 1975 Apr 15. <https://mitpress.mit.edu/9780262730419/loneliness/>
- 34-Cacioppo JT, Cacioppo S, Boomsma DI. Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & emotion*. 2014 Jan 2; 28(1): 3-21. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>
- 35-Spitzer N, Segel-Karpas D, Palgi Y. Close social relationships and loneliness: the role of subjective age. *International psychogeriatrics*. 2022 Jul; 34(7): 651-5. doi: 10.1017/S1041610219001790

- 54-Hu E, Koucky EM, Brown WJ, Bruce SE, Sheline YI. The role of rumination in elevating perceived stress in posttraumatic stress disorder. *Journal of interpersonal violence*. 2014 Jul; 29(10): 1953-62. <https://doi.org/10.1177/0886260513511697>
- 55-Zheng Y, Zhou Z, Liu Q, Yang X, Fan C. Perceived stress and life satisfaction: a multiple mediation model of self-control and rumination. *Journal of Child and Family Studies*. 2019 Nov; 28: 3091-7. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01486-6>
- 56-Borawski D. Authenticity and rumination mediate the relationship between loneliness and well-being. *Current Psychology*. 2021 Sep; 40(9): 4663-72. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00412-9>
- 57-Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American journal of public health*. 2015 May; 105(5): 1013-9. doi: 10.2105/AJPH.2014.302427
- 58-Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*. 2015 Mar; 10(2): 227-37. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- 59-Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling (4<sup>th</sup> ed). Guilford publications. 2016 Nov4. <https://dl.icdst.org/pdfs/files4/befc0f8521c770249dd18726a917cf90.pdf>
- 60-Chou CP, Bentler PM. Estimates and tests in structural equation modeling. 1995. [https://www.researchgate.net/publication/289963411\\_Estimates\\_and\\_tests\\_in\\_structural\\_equation\\_modeling](https://www.researchgate.net/publication/289963411_Estimates_and_tests_in_structural_equation_modeling)
- 61-Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989 Dec; 57(6): 1069. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- ۶۲- خانجانی م، شهیدی ش، فتح‌آبادی ج، مظاهری مع، شگری ا. ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر، فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی. ۱۳۹۳؛ ۸(۳۲): ۲۷-۳۶. <https://www.sid.ir/paper/518959/fa>
- 45-Liu Z, Liu R, Zhang Y, Zhang R, Liang L, Wang Y, et al. Association between perceived stress and depression among medical students during the outbreak of COVID-19: The mediating role of insomnia. *Journal of affective disorders*. 2021 Sep 1; 292: 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.028>
- 46-Peavy G, Mayo AM, Avalos C, Rodriguez A, Shifflett B, Edland SD. Perceived stress in older dementia caregivers: Mediation by loneliness and depression. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2022 Jan 3; 37. <https://doi.org/10.1177/15333175211064756>
- 47-Sapolsky RM. Stress and the brain: individual variability and the inverted-U. *Nature neuroscience*. 2015 Oct; 18(10): 1344-6. <https://doi.org/10.1038/nn.4109>
- 48-Jankovic M, Sijtsema JJ, Reitz AK, Masthoff ED, Bogaerts S. Workplace violence, post-traumatic stress disorder symptoms, and personality. *Personality and individual differences*. 2021 Jan 1; 168: 110410. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110410>
- 49-Smith AJ, Hallum-Montes R, Nevin K, Zenker R, Sutherland B, et al. Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*. 2018 Apr; 42(2): 116. <https://doi.org/10.1037/rmh0000089>
- 50-Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical psychology review*. 2009 Mar 1; 29(2): 116-28. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.003>
- 51-Strizhitskaya O, Petrash M, Savenysheva S, Murtazina I, Golovey L. Perceived stress and psychological well-being: the role of the emotional stability. In 7<sup>th</sup> icCSBs 2018 The Annual International Conference on Cognitive-Social, and Behavioural Sciences. 2018 155-162. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.02.02.18>
- 52-Slimmen S, Timmermans O, Mikolajczak-Degrauwe K, Oenema A. How stress-related factors affect mental wellbeing of university students A cross-sectional study to explore the associations between stressors, perceived stress, and mental wellbeing. *PLoS One*. 2022 Nov 7; 17(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275925>
- 53-Ermiş A, Ermiş E, İmamoglu O. Psychological well-being and its effect on perceived stress in university students during the coronavirus process. *The Online Journal of Recreation and Sports*. 2022 Oct 1; 11(4): 10-21. <https://doi.org/10.22282/ojrs.2022.105>

- 72-Cohen S. Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds), *The social psychology of health*. Sage Publications, Inc. 1988. 31-67.  
<https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/publications/scalesmeasurements/pdfs/cohen-s.--williamson,-g.-1988.pdf>
- 73-Maroufizadeh S, Zareiyani A, Sigari N. Reliability and validity of Persian version of perceived stress scale (PSS-10) in adults with asthma. *Archives of Iranian medicine*. 2014 May 1; 17(5): 0-0.  
[https://www.researchgate.net/publication/262015777\\_Reliability\\_and\\_Validity\\_of\\_Persian\\_Version\\_of\\_Perceived\\_Stress\\_Scale\\_PSS-10\\_in\\_Adults\\_with\\_Asthma](https://www.researchgate.net/publication/262015777_Reliability_and_Validity_of_Persian_Version_of_Perceived_Stress_Scale_PSS-10_in_Adults_with_Asthma) [In Persian]
- 74-Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International journal of testing*. 2001 Mar 1; 1(1): 55-86.  
[https://doi.org/10.1207/S15327574IJT0101\\_4](https://doi.org/10.1207/S15327574IJT0101_4)
- 75-Couch FJ, Hart SN, Sharma P, Toland AE, Wang X, Miron P, et al. Inherited mutations in 17 breast cancer susceptibility genes among a large triple-negative breast cancer cohort unselected for family history of breast cancer. *Journal of clinical oncology*. 2015 Feb2; 33(4): 304.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.1414>
- ۷۶- مومن پور س، صفاری‌نیا م، بزازیان س، وطنخواه حر. نقش افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد در بهزیستی روان شناختی با میانجی استرس ادراک شده در زنان مبتلا به سرطان پستان، *مجله پژوهش پرستاری ایران*. ۱۴۰۱؛ ۱۷(۷۶): ۱۹-۳۰.  
<https://www.sid.ir/paper/1008778/fa>
- 77-Nevid JS, Rathus SA. *Psychology and the challenges of life*. John Wiley & Sons; 2009 Nov 23.  
[https://books.google.com.bn/books?id=CBrYWFj8JxkC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.bn/books?id=CBrYWFj8JxkC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- ۷۸- گراوند ه، عبدلی ف، سبریان س. مدل‌یابی نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی در رابطه علی معنای زندگی و خوددلسوزی با تحمل پریشانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲): ۴۹-۶۰.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2022.16048.1217>
- ۶۳- سفیدی ف، فرزاد وا. رواسازی آزمون به زیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین (۱۳۸۸)، *مجله بیماری‌های تنهائی*. ۱۳۹۱؛ ۱۶(۱): ۶۵-۷۱.  
<https://sid.ir/paper/392328/fa>
- 64-Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social science research*. 2006 Dec1; 35(4): 1103-19.  
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002>
- 65-Burns RA, Machin MA. Identifying gender differences in the independent effects of personality and psychological well-being on two broad affect components of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*. 2010 Jan 1; 48(1): 22-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.08.007>
- 66-Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*. 1991 Jul; 61(1): 115.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- ۶۷- مردانی م، حمید ن. بررسی نقش میانجی نشخوار فکری در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی نالین و افسردگی در اختلالات روان‌پزشکی سرپایی. *نشریه علمی رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۳): ۱۱۱-۱۲۰.  
<https://doi.org/10.1001.1.2383353.1400.10.3.12.6>
- 68-Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*. 2003 Jun; 27: 247-59.  
<https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- ۶۹- باقری‌نژاد مینا، صالحی‌فردی جواد، طباطبایی سید محمود. رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*. ۱۳۸۹؛ ۱۱(۱): ۲۱-۳۸.  
<https://doi.org/10.22067/IJAP.V11I1.6910>
- ۷۰- فرنام علیرضا، بخشی‌پور رودسری عباس، منصوری احمد، محمود علیو مجید. مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس-اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۱۳۸۹؛ ۱۷(۳): ۱۸۹-۱۹۵.  
<https://ensani.ir/fa/article/310970/>
- ۷۱- بحیرایی ه. هنجاریابی مقیاس احساس تنهائی UCLA (نسخه‌ی سوم) در جامعه‌ی دانشجویان مستقر در تهران، *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۸۵؛ ۱(۱): ۶.  
<https://ensani.ir/fa/article/63772/>

# رابطه علی ویژگی‌های شخصیتی با تبعیت از درمان با میانجی‌گری حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران زن مبتلا به سرطان

نویسندگان

مریم مردانی<sup>۱</sup>، منیژه فیروزی<sup>۲\*</sup>، تینا وثوقی<sup>۳</sup>

۱. کاندیدای دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی،

دانشگاه تهران، تهران، ایران. maryammardani@ut.ac.ir

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

۳. استادیار گروه داخلی، فوق‌تخصص خون و سرطان بالغین، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی

شاپور اهواز، اهواز، ایران. vosoughi.ht@gmail.com

چکیده

**مقدمه:** تبعیت از درمان، موضوعی مهم در حوزه سلامت جسم و روان است که جان افراد زیادی را حفظ می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه علی ویژگی‌های شخصیتی با تبعیت از درمان یا میانجی‌گری حمایت اجتماعی در بیماران زن مبتلا به سرطان انجام شد.

**روش:** روش پژوهش توصیفی و طرح پژوهش همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری (SEM) بود. ۳۱۰ زن مبتلا به سرطان در شهر اهواز در زمستان ۱۴۰۲ به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده پرسش‌نامه‌های تبعیت از درمان (سیدفاطمی و همکاران، ۱۳۹۷)، شخصیت نشو (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲م) و حمایت اجتماعی ادراک‌شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸م) بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار اسپس (SPSS) جهت اطلاعات توصیفی و نرم‌افزار ایموس (AMOS) جهت ارزیابی مدل استفاده شد. روابط مستقیم با نرم‌افزار ایموس و روابط غیرمستقیم با روش بوت استرپ نرم افزار ایموس محاسبه شد و شاخص‌های برازش مطلق، برازش نسبی یا افزایشی و برازش ایجازی یا تعدیل‌یافته گزارش شد.

**نتایج:** تحلیل‌های الگویابی معادلات ساختاری تأکید کرد که برازندگی مدل پیشنهادی مناسب است. همچنین نتایج حاکی از آن بود که ویژگی‌های شخصیتی و خرده‌مقیاس‌های آن (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی) از طریق میانجی‌گری حمایت اجتماعی بر تبعیت از درمان تأثیرگذار بوده است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به بحث مهم تبعیت از درمان، به نظر مهم می‌رسد که در جهت ارتقای این متغیر، متغیرهای مرتبط و تأثیرگذار بر آن چون ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی، مورد توجه بیشتری از جانب مسئولین و سیاست‌گذاران بهداشت و سلامت روان قرار بگیرند.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۳/۰۱/۰۸

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۴/۲۶



کلیدواژه‌ها

تبعیت از درمان، ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

mfiroozy@ut.ac.ir

## مقدمه

بهداشت، سرطان پستان حدود ۳۰ درصد سرطان‌های زنان را شامل می‌شود. بیش از دو میلیون زن سالانه به سرطان پستان مبتلا می‌شوند. طبق رصدخانه جهانی سرطان، شیوع سرطان پستان از دو میلیون نفر در سال ۲۰۱۸م به بیش از سه میلیون نفر در سال ۲۰۴۶م خواهد رسید [۱۲]. مطالعات نشان می‌دهد، تعداد ۱۶۹۶۷ مورد جدید سرطان پستان و ۴۸۱۰ مورد مرگ ناشی از آن در ایران در سال ۲۰۲۰م برآورد شده است. هم‌چنین در پژوهش انجام شده بر روی داده‌های ثبت سرطان ایران در سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۶م میلادی پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۲۵م، میزان بروز سرطان پستان در زنان ۶۳٪ افزایش یابد و تعداد بیماران تشخیص داده شده در آن سال، به ۲۵۰۱۳ مورد برسد. بروز سرطان پستان از میزان ۱۵ در صد هزار نفر در مناطق شهری تا ۳۴/۶ در کلان‌شهرها متغیر است. هم‌چنین این میزان از حدود ۱/۱۸، ۱/۱۹، ۱/۱۹ به ترتیب در غرب، شمال و شرق ایران تا حدود ۳/۲۹، ۷/۲۹ در جنوب و مرکز متغیر است (۱۳). از طرفی فرایند درمان در اختلال‌های ماندگار و مزمن استفاده طولانی‌مدت از داروها و درمان‌های مختلف را می‌طلبد. با این توصیف، فایده‌های درمان دارویی و غیرمحقق نمی‌شود، چون ۵۰ درصد از بیماران داروها را طبق دستور تجویز شده به کار نمی‌برند یا توصیه پزشکان را به طور کلی اجراء نمی‌کنند [۱۴]. تبعیت از درمان میزان تطبیق رفتارهای بهداشتی بیمار می‌شود که استفاده دارو، رژیم‌های غذایی و یا انجام تغییرات در روش و سبک زندگی مطابق با دستورات و تجویزات پزشکان و متخصصین سلامت و مراقبت‌های بهداشتی است را شامل می‌شود [۱۵]. پایین بودن تبعیت از درمان یک علت عمده برای کاهش در نتایج بهینه مراقبت‌های بهداشتی است [۱۶]. سازمان جهانی بهداشت واژه تبعیت از درمان را میزان پیروی از توصیه‌های پزشکی و غیردارویی نیز در نظر می‌گیرد. برای بیماری‌های مزمن مداخله‌های غیردارویی زیادی وجود دارد که انجام دادن آن برای کنترل و پیشرفت بیماری‌ها مهم است؛ رفتارهایی چون رژیم غذایی سالم، برنامه‌های ورزشی و محدود کردن مصرف سیگار و الکل، نمونه‌هایی از این رفتارها هستند [۱۷ و ۱۸]. تبعیت از درمان یک رفتار سلامت‌مدار دشوار و پیچیده است و تعداد زیادی از مطالعات به پیش‌بینی و بررسی علت‌های اثرگذار بر آن اختصاص یافته است [۱۹، ۲۰، ۲۱].

سرطان یکی از مشکلات بزرگ بهداشت عمومی در تمام جهان و عامل دوم مرگ‌ومیر پس از بیماری قلبی و عروقی است و تا سال ۲۰۶۰م به علت اصلی مرگ‌ومیر تبدیل خواهد شد [۱]. سرطان به‌عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن دارای ویژگی‌های عوارض بالا، مرگ‌ومیر بالا و عود زیاد است؛ اگرچه خوشبختانه میزان بقاء و زمان بقای بیماران مبتلا به سرطان به دلیل افزایش آگاهی بهداشت عمومی، تشخیص زودهنگام و پیشرفت در فناوری پزشکی به‌طور قابل توجهی بهبود یافته است [۲]. ابتلا به سرطان چالش‌های زیادی را در بیماران به وجود می‌آورد که می‌توان به این موارد اشاره کرد: سازگاری با خبردار شدن ابتلا به بیماری، تغییر در اندام بدن با جراحی، ریزش مو، سوختگی‌های ناشی از پرتودرمانی، برنامه‌ریزی و بهبودی پس از درمان‌های جراحی، روبه‌رو شدن با عوارض جانبی درمان، رهایی از بیماری، عود و یا پیشرفت آن و انتظار مرگ در موارد پیش‌رونده بیماری [۳]. تشخیص سرطان<sup>۱</sup> بیش از هر بیماری دیگری تجربه‌ای ناگوار، ناراحت‌کننده و غیرقابل باور برای هر انسانی است. بیماری سرطان پس از بیماری قلبی عروقی عامل دوم مرگ‌ومیر در کل جهان است. تعداد زیادی از افراد بعد از ابتلا به سرطان احساساتی چون غم، ترس، اضطراب را دارند [۴، ۵، ۶، ۷]. هم‌چنین این بیماری در سال ۲۰۲۰م در ایران ۱۳۱۱۹۱ نفر را درگیر کرده و منجر به فوت ۷۹۱۳۶ نفر از مبتلایان شده است [۸]. هر سال تعداد زیادی از این بیماران را با شرایط دشوار بیماری مواجه می‌کند، شرایطی که بر کیفیت زندگی افراد مبتلا بر جا می‌گذارد [۹]. میزان بروز ابتلای سالیانه به بیماری سرطان در دنیا از ۱۴ میلیون نفر در سال ۲۰۱۲ میلادی به ۲۵ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ میلادی خواهد رسید که بیشتر از ۱۷۰ درصد آن در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد [۱۰]. تعداد ابتلا به بیماری سرطان در سال‌های گذشته و تأثیر آن بر تمامی بعدهای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی زندگی انسان‌ها باعث شده است که سرطان به‌عنوان مشکل عمده بهداشت قرن شناخته شود [۱۱]. یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در میان زنان سرطان پستان می‌باشد، به نحوی که طبق آمارهای سازمان جهانی

1. Cancer.

زندگی بیماران مبتلا به سرطان است که ظرفیت آن‌ها برای انطباق و عدم انطباق با شرایط بیماری را مشخص می‌کند [۳۵]. عوامل شخصیتی می‌تواند به پاسخ درمان و تبعیت درمان تأثیر بگذارد به‌ویژه هنگام آماده‌سازی یک برنامه درمانی برای بیماران مزمن و خاص [۳۶]. شخصیت<sup>۱۲</sup> به سبک‌های نسبتاً پایدار مربوط به تفکر<sup>۱۳</sup>، احساس<sup>۱۴</sup> و عمل<sup>۱۵</sup> اشاره دارد و به سلامت از طریق شکل دادن به روش‌های ارزیابی رویدادها، چالش‌ها و احساسات بدن مربوط می‌شود [۳۷، ۳۸، ۳۹]. نتایج پژوهش‌ها از همبستگی مثبت بین نمرات شخصیت روان‌رنجور و افسردگی، اضطراب و ناامیدی حمایت می‌کند و ویژگی‌های شخصیتی نقش غیرقابل‌انکاری در سلامت بیماران سرطان بازی می‌کنند [۴۰]. حمایت اجتماعی<sup>۱۶</sup> نیز بر درمان و کنترل بیماری‌های مزمن مؤثر است. گرایش افراد به انجام فعالیت‌های خودمراقبتی از طریق تاب‌آوری بر تبعیت از درمان اثر دارد [۴۱]. حمایت اجتماعی ادراک فرد از علاقه، مراقبت و بالارش بودن برای دیگران معرفی می‌شود [۴۲، ۴۳]؛ بنابراین، حمایت اجتماعی درک شده و تبعیت از محدودیت رژیم غذایی، تبعیت از محدودیت مصرف مایعات و تبعیت از دستورات دارویی و به‌طور کلی تبعیت از درمان رابطه معناداری وجود دارد و به‌عنوان عامل مهم در تبعیت از درمان در نظر گرفته می‌شود [۴۴]. حمایت اجتماعی یک عامل مهم برای پیامدهای بهداشتی است که با خودکارآمدی و تبعیت از درمان ارتباط دارد [۴۵]. حمایت اجتماعی شبکه متشکل از خانواده، دوستان، همسایگان و جامعه که در مواقع نیاز برای کمک روانی، جسمی و مالی در دسترس فرد مبتلا به سرطان است [۴۶]. حمایت اجتماعی به تحقق نیازهای اجتماعی افراد کمک می‌کند، عزت نفس را پرورش می‌دهد و حمایت معنوی را برای فرد فراهم می‌کند. فقر حمایت اجتماعی با افزایش‌های مرگ‌ومیر و پریشانی روان‌شناختی رابطه دارد و سلامت روانی و بهزیستی را کاهش می‌دهد [۴۷]. افزایش حمایت اجتماعی تأثیری مستقیم بر خودکارآمدی گذاشته و کیفیت زندگی فرد مبتلا به سرطان را افزایش می‌دهد [۴۸]. پژوهش‌ها از ارتباطات عامل‌های بیان‌شده را

پیروی از درمان<sup>۱</sup> موضوعی مهم در حوزه سلامت است که جان افراد زیادی را حفظ می‌کند [۲۲، ۲۳، ۲۴]. این اصطلاح مهم در تاریخ روان‌شناسی سلامت به درجه موفقیت بیمار در اجرای توصیه‌های درمانی و پیشگیرانه که از سوی متخصصان سلامت ارائه می‌شود، اشاره دارد [۲۵]. سازمان جهانی بهداشت پیروی از درمان را پایبندی به رفتارهای توصیه‌شده توسط متخصصان سلامت تعریف می‌کند که این پایبندی ترکیبی از درمان مناسب (مصرف دارو و مطابق با میزان لازم و برنامه تجویز شده) و مداومت (مصرف دارو و از شروع درمان تا انتهای درمان را شامل می‌شود) [۲۶]. تبعیت درمانی ضعیف موجب کمبود اثربخشی در درمان بیماری‌های مزمن می‌شود [۲۷، ۲۸، ۲۹]. همکاری با درمان به‌خصوص برای بیماری‌های مزمن<sup>۲</sup> بسیار حائز اهمیت است و بیمار برای کنترل بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن باید همکاری مناسبی داشته باشد. بیماری‌های مزمن سیر پیش‌رونده دارند و همکاری ضعیف باعث پیشروی بیماری، کاهش کیفیت زندگی و در نهایت شکست درمان می‌شود [۳۰]. از آنجاکه افراد مبتلا به بیماری مزمن مانند سرطان و بیماری قلبی به علت سختی‌های مربوط به بیماری و از دست دادن امید به ادامه زندگی به انواع مشکلات روان‌شناختی مبتلا می‌شوند، بروز این اختلالات نیز موجب پیروی نکردن از درمان می‌شود [۳۱]. تبعیت و همکاری بیمار تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند ویژگی‌های شخصیت<sup>۳</sup> شامل: برون‌گرایی<sup>۴</sup>، وظیفه‌شناسی<sup>۵</sup> و گشودگی<sup>۶</sup> است [۳۲]. استرس<sup>۷</sup>، اضطراب<sup>۸</sup>، افسردگی<sup>۹</sup>، ادراک درد<sup>۱۰</sup>، متغیرهای تهدیدآمیز ادراک شده و بد تنظیمی هیجانی<sup>۱۱</sup> با پیروی و تبعیت از درمان رابطه دارند [۳۳]. از آنجاکه تمامی عوامل ذکر شده ناشی از صفات شخصیتی است، می‌توان گفت: صفات شخصیت بر تبعیت از درمان اثر دارد [۳۴]. ویژگی‌های شخصیتی یکی از متغیرهای مهم در

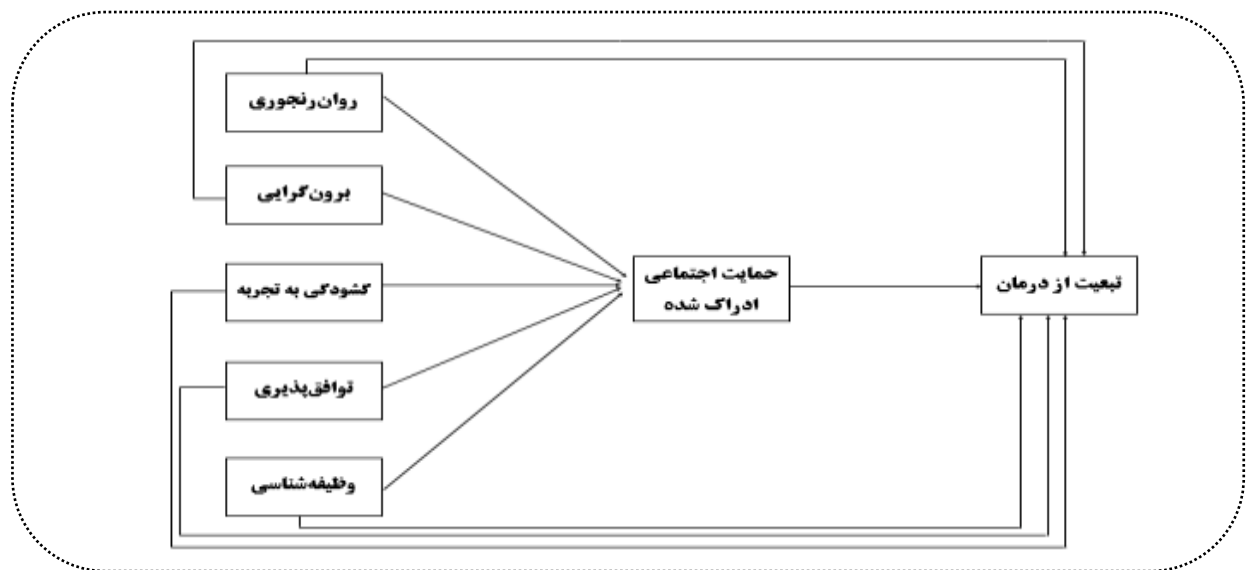
- 1 . Adherence to Treatment.
- 2 . Chronic Disease.
- 3 . Character Traits.
- 4 . Extraversion.
- 5 . Conscientiousness.
- 6 . Openness.
- 7 . Stress.
- 8 . Anxiety.
- 9 . Depression.
- 10 . Perception of Pain.
- 11 . Emotional Dysregulation.

- 12 . Personality.
- 13 . Thinking.
- 14 . Feeling.
- 15 . Acting.
- 16 . Social Support.

روانی، کمبود آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سرطان و کمبود حمایت اجتماعی است و با توجه به مؤلفه‌های زیادی که در تبعیت از درمان نقش دارند، مدل‌یابی ساختاری و تبعیت از درمان براساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان ضرورت دارد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، مدل‌یابی معادلات ساختاری تبعیت از درمان براساس ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود. شکل ۱ الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

سنجیده‌اند. حمایت اجتماعی با تبعیت درمان ارتباط دارد [۴۹، ۴۵].

ضرورت پژوهش حاضر از آن حیث بود که تبعیت از درمان به دلیل شیوع زیاد این بیماری و پیامدهای ذکرشده در ایران و به‌خصوص جامعه بیماران مبتلا به سرطان که به واسطه این بیماری الزامات اجرایی سخت پروتکل‌های درمانی را بر عهده دارند، اهمیت دارد. به‌منظور افزایش تبعیت از درمان به بررسی مدل‌های تبعیت از درمان نیاز است. از آنجاکه عامل مهم‌تر تبعیت از درمان، عوامل روحی،



شکل ۱. الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر

باتوجه به پیشنهاد کلاین که می‌گوید؛ به‌ازای هر پارامتر محاسبه‌شده دست‌کم نیاز به ۱۰ آزمودنی وجود دارد، تعداد نمونه ۳۱۰ نفر بود. روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند با توجه به محدودیت ارتباط بیماران مبتلا به سرطان و شرایط خاص بودن آنان انجام شد و شرکت‌کنندگان انتخاب شدند [۵۰]. تعداد ۲۰ پرسش‌نامه نیز جهت ریزش به تعداد نمونه‌ها اضافه شد. ملاک ورود به پژوهش تمامی بیماران زن و مرد مبتلا به انواع سرطان از سن ۱۸ سال به بالا خواهد بود که یا در انجام درمان فعال هستند و یا دوره درمان خود را طی کردند و در مرحله فالوآپ ۳ ماهه (روند درمان پزشکی) خود هستند. بیماران مبتلا به تمامی سرطان‌ها و تمامی استیج‌های درمانی را شامل می‌شود. بیماران مشکل روان‌شناختی پیچیده نباید داشته باشند و بیماری هم‌زمان جسمی نداشته باشند. بیماران باید سواد خواندن و نوشتن

## روش

### نوع پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی و طرح پژوهش، همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری بود. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان استان خوزستان بود که در زمستان ۱۴۰۲ برای پیگیری درمان به بخش آنکولوژی بیمارستان گلستان شهر اهواز مراجعه کردند. تعداد پارامترها در مدل با توجه به ویژگی‌های خاص آن باید شمارش شود. تعداد پارامترهای محاسبه‌شده این مدل بدین قرار محاسبه شد.

تعداد واریانس خطا درون‌زاد + تعداد کواریانس + تعداد واریانس‌های متغیر برون‌زاد + مسیر

$$11 + 6 + 13 + 1 = 31$$



مراقبت افراد بزرگسال مبتلا به بیماری مزمن و ابزارسازی بودند، بررسی و تأیید شد. پایایی آزمون با روش آزمون مجدد و از طریق همسانی درونی و آلفای کرونباخ با اجرا در نمونه‌های شامل ۱۲۱ فرد بزرگسال مبتلا به بیماری مزمن، ۱۹۲۲ محاسبه و تأیید شد [۵۱]. در پژوهش رامک و همکاران [۵۲] پایایی این پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

#### پرسش‌نامه شخصیت نئو NEO-FFI:

این پرسش‌نامه فرم کوتاه NEO PI-R به نام پرسش‌نامه پنج عاملی نئو است که توسط کاستا و مک‌کری شناخته شده است [۵۳] که شامل ۶۰ آیتم است که هر ۱۲ آیتم یکی از ۵ عامل برون‌گرایی، توافق‌پذیری، وجدان، روان‌رنجوری و گشودگی به تجربه را می‌سنجد و هر آیتم روی یک مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ اندازه‌گیری می‌شود. فرم کوتاه با فرم بلند همبستگی ۰/۶۸ دارد و پایایی درونی خوبی نشان داده است. در تحقیقی آلفای کرونباخ برای هر کدام از عوامل روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، وظیفه‌شناسی و توافق‌پذیری به ترتیب عبارت بودند از: ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۱ و ۰/۸۱ که مقادیر خوبی برای پایایی است [۵۳]. در پژوهش دیگر، اعتبار خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه به استفاده از روش بازآزمایی بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ به دست آمده است [۵۴]. در ایران این پرسش‌نامه توسط نیکوگفتار و جزایری [۵۵] هنجاریابی شد. در پژوهش احمدی و همکاران [۵۶] ضریب همسانی درونی خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ به دست آمد. اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش آزمون، آزمون مجدد به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۷۰، ۰/۶۹، ۰/۵۹ و ۰/۷۵ برای عوامل روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی به دست آمد. در این پژوهش، ضریب همسانی درونی خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۱ به دست آمد.

#### مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۲</sup> (MSPSS):

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های هفت درجه‌ای از ۱ (کاملاً

داشته و از نظر هوشیاری سالم باشند. شخص بیمار نسبت به پر کردن پرسش‌نامه اقدام کند. ملاک خروج شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش و سوءمصرف دارو را شامل می‌شود. شرط اساسی ورود به پژوهش حاضر رضایت کامل و آگاهانه و اطمینان‌دادن در مورد رازداری و حفظ اسرار شرکت‌کنندگان خواهد بود. افراد در هر مرحله‌ای از پژوهش و پر کردن پرسش‌نامه‌ها امکان خروج را خواهند داشت. در هیچ‌یک از مراحل انجام نام افراد شرکت‌کننده درج نخواهد شد. هر شرکت‌کننده در هر پرسش‌نامه یک کد اختصاصی را خواهند داشت.

#### ابزارهای پژوهش

##### پرسش‌نامه تبعیت از درمان<sup>۱</sup>:

پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماران با بیماری مزمن در سال ۱۳۹۷ برای بیماران مزمن در ایران طراحی و روان‌سنجی شده است. پرسش‌نامه شامل ۴۰ عبارت ۵ درجه لیکرت است. در بعد اهتمام در درمان (۹ پرسش)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ پرسش)، توانایی تطابق (۷ پرسش)، تلفیق درمان با زندگی (۵ پرسش)، چسبیدن به درمان (۴ پرسش)، تعهد به درمان (۵ پرسش) و تردید در اجرای درمان (۳ پرسش) می‌باشد. این پرسش‌نامه بر درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت صورت‌بندی شده است. برای محاسبه نمره هر زیرمقیاس، نمره تک‌تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس با هم جمع می‌شود. برای محاسبه نمره پرسش‌نامه نمره همه گویه‌های مربوط به آن با هم جمع خواهد شد. حداقل و حداکثر نمره در حیطه‌های اهتمام در درمان ۰-۴۵، تمایل به مشارکت در درمان ۰-۳۵، توانایی تطابق ۰-۳۵، تلفیق درمان با زندگی ۰-۲۵، چسبیدن به درمان ۰-۲۵، تعهد به درمان ۰-۲۵ و تدبیر در اجرای درمان ۰-۱۵ است که براساس دستورالعمل طراحی پرسش‌نامه، نمرات اولیه تبدیل به نمره بین ۰-۱۰۰ می‌شود. براساس این پرسش‌نامه کسب نمره ۷۵-۱۰۰ به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب، نمره ۵۰-۷۴ به معنای تبعیت از درمان خوب، نمره ۲۶-۴۹ به معنای تبعیت از درمان متوسط و کسب نمره ۰-۲۵ به معنای تبعیت از درمان ضعیف در نظر گرفته شده است. جهت تعیین روایی صوری کیفی، گویه‌های پرسش‌نامه توسط ۱۱ نفر از افراد متخصص که دارای دانش و تجربه کافی در حیطه درمان و

2. Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

1. Adherence to Treatment Questionnaire.

به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید کرد [۶۲]. نمره هر زیرمقیاس برحسب مجموع ارزش گزینه‌های هر ماده (کاملاً مخالفم=۱؛ مخالفم=۲؛ تقریباً مخالفم=۳؛ نه مخالفم/نه موافقم=۴؛ تقریباً موافقم=۵؛ موافقم=۶؛ کاملاً موافقم=۷) محاسبه می‌شود. از جمع نمره تعداد کل ماده‌ها (۱۲ ماده) نیز نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده به دست می‌آید. ماده‌های ۱، ۲، ۵، ۱۰ مربوط به زیرمقیاس اجتماعی (افراد مهم)، ماده‌های ۳، ۴، ۸، ۱۱ مربوط به زیرمقیاس خانوادگی، ماده‌های ۶، ۷، ۹، ۱۲ مربوط به زیرمقیاس دوستان است. برای ارزیابی مدل پیشنهادی از الگویابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد و

مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) می‌سجد [۵۷]. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴ در هریک از زیرمقیاس‌های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۳۸ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است [۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۵۷]. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این (۳۱۱ دانشجو، ۴۳۱ عمومی)، ضرایب آلفای کرونباخ برای n مقیاس در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی (۷۴۲) کل مقیاس و ماده‌های سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان

جدول ۱. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

| متغیرها         | روان‌رنجورخوبی | برون‌گرایی | گشودگی به تجربه | توافق‌پذیری | وظیفه‌شناسی | حمایت اجتماعی | تبعیت از درمان |
|-----------------|----------------|------------|-----------------|-------------|-------------|---------------|----------------|
| روان‌رنجورخوبی  | ۱              |            |                 |             |             |               |                |
| برون‌گرایی      | ۰/۵۳***        | ۱          |                 |             |             |               |                |
| گشودگی به تجربه | ۰/۲۹***        | ۰/۲۳***    | ۱               |             |             |               |                |
| توافق‌پذیری     | ۰/۳۳***        | ۰/۳۲***    | ۰/۲۶***         | ۱           |             |               |                |
| وظیفه‌شناسی     | ۰/۵۳***        | ۰/۵۱***    | ۰/۲۲***         | ۰/۲۷***     | ۱           |               |                |
| حمایت اجتماعی   | ۰/۵۷***        | ۰/۶۱***    | ۰/۲۷***         | ۰/۵۱***     | ۰/۴۹***     | ۱             |                |
| تبعیت از درمان  | ۰/۴۵***        | ۰/۴۱***    | ۰/۲۲***         | ۰/۳۹***     | ۰/۵۱***     | ۰/۵۷***       | ۱              |

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

| Chi square | P value | RMSEA | GFI   | AGFI  | CFI   | NFI   |
|------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ۰/۱۳       | ۰/۰۰۰   | ۰/۰۰۷ | ۰/۹۳۷ | ۰/۹۲۴ | ۰/۹۹۶ | ۰/۹۹۳ |

نشان داده شده است.

بر اساس یافته‌های جدول ۱، همبستگی بین متغیرهای پژوهش از نظر آماری معنی‌دار بود.

با توجه به یافته‌های جدول ۲، مدل پیشنهادی در تمامی شاخص‌های برازندگی دارای برازش خوبی است. داده‌ها از الگوی موردنظر پشتیبانی می‌کند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS<sup>۱</sup> و AMOS<sup>۲</sup> انجام شد.

#### یافته‌ها

نتایج همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱

1. Statistical Package for The Social Scalene (SPSS).
2. analysis of moment structures (AMOS).

جدول ۳. نتایج مدل سازی ساختاری مدل پژوهش

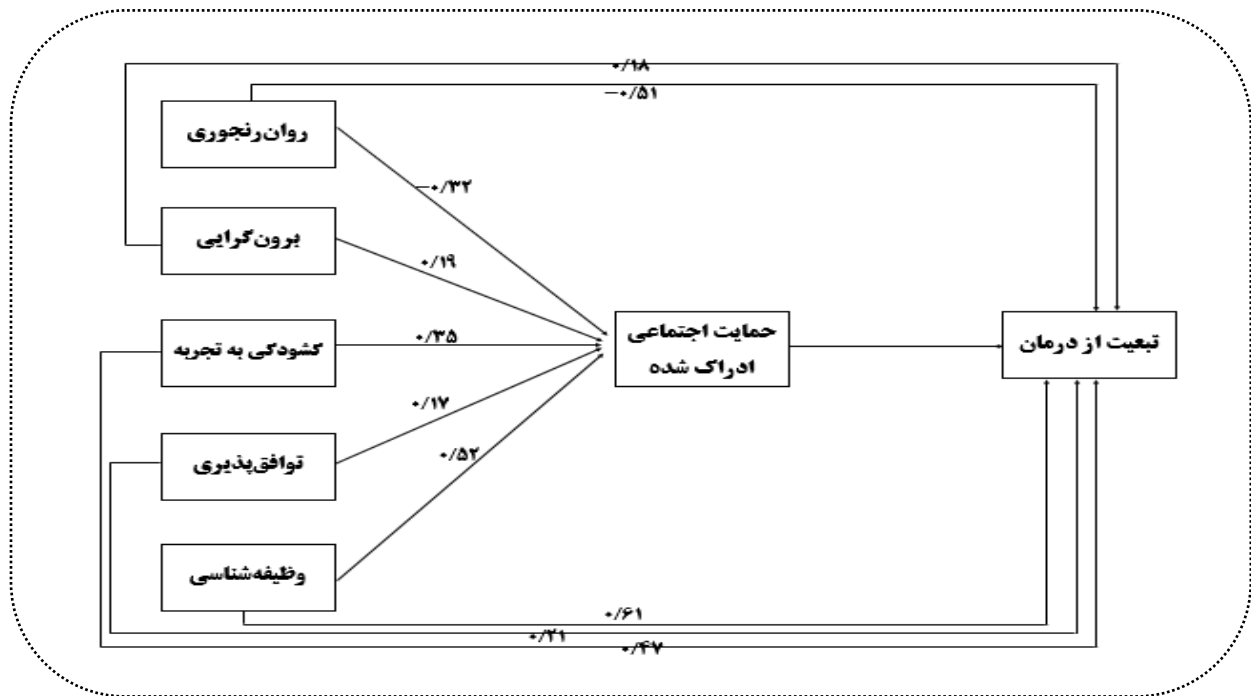
| مسیرهای مدل نهایی                | اثرات مستقیم | سطح معنی داری |
|----------------------------------|--------------|---------------|
| روان رنجوری ← تبعیت از درمان     | -۰/۵۱        | ۰/۰۰۱         |
| برون گرایی ← تبعیت از درمان      | ۰/۱۸         | ۰/۰۰۱         |
| گشودگی به تجربه ← تبعیت از درمان | ۰/۴۷         | ۰/۰۰۱         |
| توافق پذیری ← تبعیت از درمان     | ۰/۲۱         | ۰/۰۰۱         |
| وظیفه شناسی ← تبعیت از درمان     | ۰/۶۱         | ۰/۰۰۱         |
| حمایت اجتماعی ← تبعیت از درمان   | ۰/۴۱         | ۰/۰۰۱         |
| روان رنجوری ← حمایت اجتماعی      | -۰/۳۲        | ۰/۰۰۱         |
| برون گرایی ← حمایت اجتماعی       | ۰/۱۹         | ۰/۰۰۱         |
| گشودگی به تجربه ← حمایت اجتماعی  | ۰/۳۵         | ۰/۰۰۱         |
| توافق پذیری ← حمایت اجتماعی      | ۰/۱۷         | ۰/۰۰۱         |
| وظیفه شناسی ← حمایت اجتماعی      | ۰/۵۲         | ۰/۰۰۱         |

جدول ۴. نتایج بوت استرپ برای اثرات غیرمستقیم ویژگی های شخصیتی و خرده مقیاس های آن با تبعیت از درمان از راه حمایت اجتماعی درک شده

| مسیرهای غیرمستقیم                                | مقدار | حد پایین | حد بالا | سطح معنی داری |
|--|-------|----------|---------|---------------|
| روان رنجوری ← حمایت اجتماعی ← تبعیت از درمان     | -۰/۶۵ | -۰/۳۹    | -۰/۷۳   | ۰/۰۰۱         |
| برون گرایی ← حمایت اجتماعی ← تبعیت از درمان      | ۰/۳۱  | ۰/۲۳     | ۰/۳۸    | ۰/۰۰۱         |
| گشودگی به تجربه ← حمایت اجتماعی ← تبعیت از درمان | ۰/۵۳  | ۰/۴۶     | ۰/۵۹    | ۰/۰۰۱         |
| توافق پذیری ← حمایت اجتماعی ← تبعیت از درمان     | ۰/۲۲  | ۰/۱۴     | ۰/۲۶    | ۰/۰۰۱         |
| وظیفه شناسی ← حمایت اجتماعی ← تبعیت از درمان     | ۰/۶۵  | ۰/۳۷     | ۰/۷۱    | ۰/۰۰۱         |

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۴، حدود بالا و پایین تمامی روابط غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استرپ، صفر را دربر نمی گیرند؛ بنابراین تمامی مسیرهای غیرمستقیم بین متغیرها معنی دار هستند ( $p=0/001$ ).

همان گونه که در جدول ۳ بیان شد، ضریب استاندارد مسیرها از متغیر ویژگی های شخصیتی به تبعیت از درمان، خرده مقیاس های آن و ویژگی های شخصیتی و خرده مقیاس های آن به حمایت اجتماعی معنادار بود.



شکل ۲. نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری برای ضرایب مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مدل‌یابی معادلات ساختاری تبعیت از درمان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی در بیماران زن مبتلا به سرطان بود. نتایج تحقیق مشخص کرد، در بیماران مبتلا به سرطان متغیر روان‌رنجور خوبی شخصیتی به صورت منفی و متغیرهای گشودگی به تجربه و وظیفه‌شناسی به صورت مثبت و معنادار، تبعیت از درمان را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج این پژوهش با مطالعه کوزاک و همکاران [۲۳]، هدایتی و همکاران [۲۸] و خیرآبادی و همکاران [۲۹] مبنی بر رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و پایداری به درمان همسو است. با توجه به ماهیت فرایند درمان در بیماران مبتلا به سرطان و بحث متاستاز در آنان، گاه‌آنها انجام برخی از فعالیت‌های تبعیت از درمان نمی‌تواند به اندازه کافی مؤثر باشد و نتایج دلخواه درمانی را به بار آورد؛ بنابراین قسمتی از درمان مؤثر این بیماران تمرکز بر افزایش توانایی تبعیت از درمان است. آموزش بیماران مبتلا درباره اهمیت این موضوع می‌تواند در افزایش کارایی این فرآیند نقش به‌سزایی داشته باشد. با توجه به پژوهش حاضر و مطالعات همسو، مداخلات روان‌شناختی به‌ویژه درباره بیماران با توانایی کم تبعیت از درمان برای روشن شدن علت‌های روان‌شناختی تبعیت نکردن

و انجام مداخلات لازم برای رفع آن باید در درمان بیماران مبتلا به سرطان جدی‌تر بررسی شود [۲۷]. مداخله‌های درمانی مرتبط با ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند طولانی‌مدت و پیچیده باشد. چون روان‌درمانی اختلالات شخصیت زمان‌بر می‌باشد و از توان این بیماران خارج می‌تواند باشد، با افزایش روان‌رنجور خوبی، تبعیت از درمان کاهش می‌یابد [۲۳]. در برنامه‌های بهداشتی و مراقبتی به ابعاد شخصیتی بیماران مبتلا به سرطان از جمله روان‌رنجور خوبی، گشودگی به تجربه و وظیفه‌شناسی توجه بیشتری باید بشود. افرادی که بعد وظیفه‌شناسی در آنان قوی بوده، دارای تلاش، نظم و مسئولیت بیشتری هستند و مسلماً با پشتکار و مسئولیت بیشتر درمان خود را تبعیت می‌کنند و به بهبودی نزدیک‌تر می‌شوند [۲۸، ۳۳]. در افراد روان‌رنجور؛ اما اضطراب و نگرانی زیادی که این بیماران دارند به واسطه مشکلات به‌وجود آمده در اثر ابتلای به بیماری و محدودیت‌های ناشی از آن باعث می‌شود توجه و تمرکز آنها برای تبعیت از درمان و توصیه‌های متخصصین بهداشت و مراقبت کاهش یابد [۹]. حمایت اجتماعی درک‌شده نیز به‌عنوان میانجی پژوهش در ارتباط بین عامل روان‌رنجوری شخصیت و تبعیت درمان به صورت منفی و معنادار مؤثر بوده است و در ارتباط بین گشودگی به تجربه و توافق‌پذیری و برون‌گرایی و

دارد [۵۳] و تمامی این عوامل منجر به تبعیت درمان ضعیف می‌گردد. در بیمارانی‌های مزمن همچون سرطان تبعیت از درمان ضعیف است. حدود ۵۰٪ از همه بیماران مزمن تبعیت از درمان و دارو را طبق نظر متخصصین مصرف نمی‌کنند. پیامدهای تبعیت نکردن از درمان گسترده‌تر است، از جمله اثربخشی درمان به خطر می‌افتد و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در پی دارد [۶۴، ۶۵]. در مجموع با توجه به نتایج حاصل از تحلیل مدل و همبستگی بین متغیرهای پژوهش می‌توان گفت؛ ویژگی‌های شخصیتی رشدیافته و نیز حمایت اجتماعی درک شده مثبت در تبعیت از درمان و در ادامه آن بهبودی حال بیماران مبتلا به سرطان مؤثر هستند. در نتیجه بر مبنای یافته‌ها می‌توان بسته‌های مداخله‌ای را با تکیه بر سازه‌های بنیادی مانند ویژگی‌های شخصیتی، با هدف کاهش مشکلات بیماران مبتلا به سرطان طراحی و کفایت بالینی آنان را مورد آزمون قرار داد.

در پایان می‌توان گفت؛ تأکید بر مطالعه چندمتغیری و سازه‌های بنیادین روانی برای کمک به زندگی بهینه بیماران مبتلا به سرطان از نقاط قوت پژوهش حاضر محسوب می‌شود. با این حال استفاده صرف از پرسش‌نامه از محدودیت‌های پژوهش است که احتیاط لازم را در تعمیم تفسیر یافته‌ها می‌طلبد. پیشنهاد می‌شود؛ در پژوهش‌های آتی از روش‌هایی چون مصاحبه نیز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. با توجه به پیشرفت‌های پزشکی در حیطه مسائل جسمی این بیماران و طولانی‌تر شدن عمر آنان و توجه ناکافی به مسائل روانی آنان در آن‌سوی طیف، پیشنهاد می‌شود بخش روان‌درمانی نیز به‌عنوان یک جز لاینفک در پروسه درمان بیماران مبتلا به سرطان قرار گیرد.

## منابع

- 1- Mattiuzzi C, Lippi G. Current cancer epidemiology. *J Epidemiol Glob Health*. 2019; 9: 217-22. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191008.001>
- 2- Lu X, Wu C, Bai D, You Q, Cai M, Wang W, et al. Relationship between social support and fear of cancer recurrence among Chinese cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Front. Psychiatry*. 2023; 14: 1136013. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1136013>

وظیفه‌شناسی با تبعیت از درمان به صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. این نتایج با پژوهش هدایتی و همکاران [۲۸] و گرکو و همکاران [۲۴] همسو می‌باشد. طبق نظریهٔ اکولوژی اجتماعی، علاوه بر شخص، مراقبان بهداشتی و خانواده و دوستان، رسانه و سازمان‌ها، سیستم‌های ارائه‌دهنده سلامت در بیماران هستند و حمایت اجتماعی مفهومی است که در اشکال متفاوت حمایت عاطفی چون بیان احساسات و پذیرش، حمایت ساختاری چون حمایت تأمین دارد و حمایت اطلاعاتی چون آموزش و مشاوره می‌تواند وجود داشته باشد و در بهبودی بیمار نقش مهمی را ایفاء کند [۶۳]. از طرفی ویژگی‌های شخصیتی در تبعیت از درمان تأثیر دارد. وظیفه‌شناسی با مقابله فعال و مشکل محور ارتباط دارد. افرادی که بعد وظیفه‌شناسی شخصیت در آنان پررنگ است، از راهبردهای برنامه‌ریزی چون راهبرد آگاهانه و مقابله کردن فعال برای حذف مشکلات به وجود آمده، استفاده می‌کنند. آن‌ها تمایلی به حذف هدف‌هایشان ندارند و بیشتر به حذف مشکلات فکر می‌کنند. آن‌ها به هدف‌های خود پایبند هستند و در امور زندگی و تبعیت از درمان نیز این پایبندی را دارند [۳۳، ۳۵]. در افرادی که ویژگی برون‌گرایی شخصیت دارند، فعالیت عقلانی، فکر کردن مثبت و جانشین‌سازی همراه می‌گردد. به نظر می‌رسد افرادی که بعد برون‌گرایی در آنان بُلد است، جهت‌گیری بین‌فردی بیشتری دارند و از حمایت اجتماعی به‌عنوان پاسخ به مشکلات استفاده می‌کنند. آن‌ها تلاش می‌کنند زندگی خود را به سمت بهینه پیش ببرند و در پی آن سبب افزایش جلب اعتماد و تبعیت از درمان می‌شوند [۲۹، ۲۳، ۲۸]. به‌طور معمول صفات منفی چون روان‌رنجوری، باعث به‌وجود آمدن عوامل استرس‌زا در ارتباطات هستند [۴۹]. این افراد از مقابله کردن با قطع دیگری رفتاری<sup>۱</sup> به‌وسیله ترک کردن دستیابی به هدف‌هایشان استفاده می‌کنند. آنان از مقابله با قطع درگیری ذهنی<sup>۲</sup> مثل خیال‌پردازی و درگیری با فعالیت‌ها برای فراموشی مشکلاتشان، جست‌وجوی حمایت اجتماعی به‌وسیله ابراز احساساتشان آشکارانه استفاده می‌کنند [۳۴]. به‌طور کلی روان‌رنجورخویی با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند خصومت، واکنش خیال‌پردازی، سرزنش خود، تسکین، گوشه‌گیری، تفکر آرزومندانه، انفعال و تردید ارتباط

1. Discontinuation of Behavioral Conflict.
2. Discontinuation of Mental Involvement.

- 10-Ribi K, Luo W, Colleoni M, Karlsson P, Chirgwin J, Aebi S, et al. Abstract P5-18-01, Extended continuous vs intermittent adjuvant letrozole in postmenopausal women with lymph node-positive, early breast cancer (IBCSG 37-05/BIG 1-07 SOLE), Impact on patient-reported symptoms and quality of life. *Cancer Research*. 2018; 78(4): P5-18-01-P5-18-01. <https://doi.org/10.1158/1538-7445.SABCS17-P5-18-01>
- 11-Stagl JM, Antoni MH, Lechner SC, Bouchard LC, Blomberg BB, Glück S, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral stress management in breast cancer: A brief report of effects on 5-year depressive symptoms. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2015; 34(2): 176-80. <https://doi.org/10.1037/hea0000125>
- 12-Isfahani P, Arefy M, Shamsaii M. Prevalence of severe depression in Iranian women with breast cancer: A meta-analysis. *Depress Res Treat*. 2020; 2020: 5871402. <https://doi.org/10.1155/2020/5871402>
- 13-Roshandel G, Ferlay J, Ghanbari-Motlagh A, et al. Cancer in Iran 2008 to 2025: Recent incidence trends and short-term predictions of the future burden. *Int. J. Cancer*. 2021; 149: 594-605. <https://doi.org/10.1002/ijc.33574>
- 14-Prell T. Adherence to medication in neurogeriatric patients: an observational cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019; 19, 1012. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7353-5>
- 15-Carvalho AS, Santos P. Medication Adherence In Patients With Arterial Hypertension: The Relationship With Healthcare Systems' Organizational Factors. *Patient Prefer Adherence*. 2019 Oct 17; 13:1761-1774. <https://doi.org/10.2147/PPA.S216091>
- 16-Walburn J, Sainsbury K, Foster L, Weinman J, Morgan M, Norton S, Canfield M, Chadwick, P., Sarkany R., & Araujo-Soares, V. Why? What? How? Using an intervention mapping approach to develop a personalised intervention to improve adherence to photoprotection in patients with Xeroderma Pigmentosum. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. 2020; 8(1):475-500. [10.1080/21642850.2020.1819287](https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1819287)
- 3- Cho YU, Lee BG, Kim SH. Coping style at diagnosis and its association with subsequent health-related quality of life in women with breast cancer: A 3-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2020; 45: 101726. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101726>
- 4- Götze H, Friedrich M, Taubenheim S, Dietz A, Lordick F, Mehnert A. Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*. 2020; 28: 211-20. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04805-1>
- 5- Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdóttir U, et al. Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis: A nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncology*. 2016; 2(9): 1188-96. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.0483>
- 6- Vehling S, Kissane DW, Lo C, Glaesmer H, Hartung TJ, Rodin G, et al. The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer. *Cancer*. 2017; 123(17): 3394-401. <https://doi.org/10.1002/cncr.30749>
- 7- Ng CG, Mohamed S, Kaur K, Sulaiman AH, Zainal NZ, Taib NA, et al. Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PLoS One*. 2017; 12(3): e0172975. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172975>
- 8- The Global Cancer Observatory. Islamic Republic of Iran. 2021; International Agency for Research on Cancer: WHO; Routledge. <https://doi.org/https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/>
- 9- Drageset S, Austrheim G, Ellingsen S. Quality of life of women living with metastatic breast cancer and receiving palliative care: A systematic review. *Health Care for Women International*. 2021; 42(7-9): 1044-65. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1876063>

- 24-Greco A, Steca P, Pozzi R, Monzani D, D'Addario M, Villani A, et al. Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: Self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators. *Int J Behav Med.* 2014; 21(2): 221-9. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9290-5>
- 25-World Health Organization. Rapid communication: Key changes to treatment of multidrug -and rifampicin-resistant tuberculosis (MDR/RR-TB); 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275383/>
- 26-World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: More active people for a healthier world; 2019. 4.
- 27-Ivanovska V, Hek K, Mantel Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Nielen MMJ, Van Dijk L. Antibiotic prescribing for children in primary care and adherence to treatment guidelines. *J Antimicrob Chemother.* 2016; 71(6): 1707-14. <https://doi.org/10.1093/jac/dkw0305>
- 28-Hedayati A, Mani A, Hamidzadeh N, Chohedri E, Moradi Khalaj H, Moshfeghinia R, et al. Association of personality traits with treatment adherence in vitiligo. *J Iran Med Counc.* 2023; 6(3): 535-41. <https://doi.org/10.18502/jimc.v6i3.12858>
- 29-Kheirabadi G, Akashe Z, Maracy MR, Bagherian-Sararoudi R. The relationship between personality traits and adherence among patients with hypertension. *International Archives of Health Sciences.* 2020; 7(1): 43-52. [https://doi.org/10.4103/iahs.iahs\\_61\\_19](https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_61_19)
- 30-Nguyen TA, Pham MT, Nguyen TL, Nguyen VN, Pham DC, Nguyen BH, et al. Video directly observed therapy to support adherence with treatment for tuberculosis in Vietnam: A prospective cohort study. *Int J Infect Dis.* 2017; 65: 85-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2017.09.029>
- 31-Costedoat-Chalumeau N, Houssiau F, Izmirly P, Le Guern V, Navarra S, Jolly M, et al. A prospective international study on adherence to treatment in 305 patients with flaring sle: Assessment by drug levels and self-administered questionnaires. *Clin Pharmacol Ther.* 2018; 103(6): 1074-82. <https://doi.org/10.1002/cpt.885>
- 17-Nonogaki A, Heang H, Yi S, van Pelt M, Yamashina H, Taniguchi C, Nishida T, Sakakibara H. Factors associated with medication adherence among people with diabetes mellitus in poor urban areas of Cambodia: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2019;14(11): e0225000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225000>.
- 18-Ko JH, Joo EJ, Park SJ, Baek JY, Kim WD, Jee J. Neutralizing antibody production in asymptomatic and mild COVID-19 patients, in comparison with pneumonic COVID-19 patients. *J Clin. Med.* 2020; 9: 2268. <https://doi.org/10.3390/jcm9072268>
- 19-Yangöz ŞT, Özer Z, & Boz İ. Comparison of the effect of educational and self-management interventions on adherence to treatment in hemodialysis patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Clin Pract.* 2021; 75(5):e13842. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13842>
- 20-Noble LM. Doctor-patient communication and adherence to treatment. In adherence to treatment in medical conditions (pp. 51-82). *CRC Press;* 2020. <https://doi.org/10.1201/9781003072348-5>
- 21-Rea F, Savaré L, Franchi M, Corrao G, Mancina G. Adherence to treatment by initial antihypertensive mono and combination therapies. *Am J Hypertens.* 2021; 34(10):1083-91. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpab083>
- 22-Turan B, Hatcher AM, Weiser SD, Johnson MO, Rice WS, Turan JM. Framing mechanisms linking HIV-related stigma, adherence to treatment, and health outcomes. *Am J Public Health.* 2017; 107(6): 863-9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303744>
- 23-Kozak AT, Hawkins MA, Dibble TL. Personality and dispositional factors in relation to chronic disease management and adherence to treatment. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences.* 2020; 1(2): 3600-7. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3\\_2276](https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_2276)

- 40- İzci F, Erdogan Zİ, İlgün AS, Çelebi E, Alço G, Kocaman N, et al. Impact of personality traits, anxiety, depression and hopelessness levels on quality of life in the patients with breast cancer. *European Journal of Breast Health*. 2018; 14(2): 105-11. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3724>
- 41-Eadie T, Kapsner-Smith M, Bolt S, Sauder C, Yorkston K, Baylor C. Relationship between perceived social support and patient -reported communication outcomes across communication disorders: A systematic review. *Int J Lang Commun Disord*. 2018; 53(6): 1059-77. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12417>
- 42- Kelly EL, Fenwick KM, Brekke JS, Novaco RW. Sources of social support after patient assault as related to staff well-being. *J Interpers Violence*. 2017; 1; 886260517738779. <https://doi.org/10.1177/0886260517738779>
- ۴۳- توجهی مطهره، تمنایی فر محمدرضا. رابطه راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی با اضطراب امتحان دانش‌آموزان در پاندمی کووید-۱۹: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری تحصیلی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲): ۱۴۹-۱۶۳. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16237.1228>
- 44-Nambisan P, Gustafson DH, Hawkins R, Pingree S. Social support and responsiveness in online patient communities: Impact on service quality perceptions. *Health Expect*. 2016; 19(1): 87-97. <https://doi.org/10.1111/hex.12332>
- 45-Attaran Khorasani A, Aldaghi M, Darbanbashi Khamesi N, Maleki M, Jahani Z, Razavi R. Structural pattern of personality traits in cancer patients on treatment adherence and self-efficacy mediated by social support. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2023; 6(1): 27-54. <https://doi.org/10.30473/ijohp.2023.64171.1253>
- 46-Kadambi S, Soto-Perez-De-Celis E, Garg T, Loh K, Krok-Schoen JL, et al. social support for older adults with cancer: Young international society of geriatric oncology review paper. *J Geriatr Oncol*. 2020; 11(2): 217-24. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.09.005>
- 32-Demirci K, Demirci S, Taşkıran E, Kutluhan S. The effects of temperament and character traits on perceived social support and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2017; 74: 22-6. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.05.039>
- 33-Akçay BD, Gül VO, Özer S. Temperament and character traits in patients with anorectal disorder. *Journal of Surgery and Medicine*. 2018; 2(1): 17-22. <https://doi.org/10.28982/josam.370190>
- 34-Aker D, Kose S, Solmaz M, Bal Z, Akin E. Temperament and character dimensions of personality in patients with chronic pain disorders. *Journal of Mood Disorders*. 2017; 7(1): 11-23. <https://doi.org/10.5455/jmood.20170214015231>
- 35-Giulietti MV, Vespa A, Ottaviani M, Berardi R, Balercia G, Arnaldi G, Gattafoni P, Fabbietti P, Rosa MD, Spatuzzi R. Personality (at Intrapyschic and Interpersonal Level) Associated with Quality of Life in Patients with Cancer (Lung and Colon). *Cancer control. Journal of the Moffitt Cancer Center*. 2019; 26(1): 1073274819880560. <https://doi.org/10.1177/1073274819880560>
- 36-Tamura S, Suzuki K, Ito Y, Fukawa, A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2021; 29(7): 3471-86. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05943-7>
- 37-Nielsen MB, Christensen JO, Finne LB, Knardahl, S. Workplace bullying, mental distress, and sickness absence: The protective role of social support. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2020; 93(1): 43-53. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01463-y>
- ۳۸- رستمی لیدا، گودرزی محمود. مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و نحوه نگرش به انتخاب همسر در دانشجویان متأهل دارای رابطه و فاقد رابطه قبل از ازدواج. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۳۱-۴۴. <https://doi.org/10.22070/cpap.2022.15104.1141>
- ۳۹- ابراهیمی لقمان، الماسی مجید. نقش ویژگی‌های شخصیتی، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی عاطفه مثبت و منفی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲؛ ۲۱(۱): ۴۳-۵۶. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.15081.1137>



- 54-Muris P, Meesters C, Diederer R. Psychometric properties of the big five questionnaires for children (BFQ-C) in a dutch sample of young adolescents. *Pers Individ Dif*. 2005; 38(8): 1757-69. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.11.018>
- 55-Nikoogoftar M, Jazayeri F. Five-factor traits of personality are a predictor of mothers' aggression. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019; 20(2): 58-68. <https://doi.org/10.30486/JSRP.2019.665275>
- ۵۶-احمدی عزت اله، بافنده حسن، محکی محمد. نقش صفات شخصیت در پیش بینی سندرم روده تحریک پذیر با واسطه گری حساسیت اضطرابی. *روان شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲؛ ۲۱(۲): ۷۳-۸۶. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.14645.1104>
- 57-Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52: 30-41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- 58-Stanley MA, Beck JG, Zebb BJ. Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging and Mental Health*. 1998; 2: 186-93. <https://doi.org/10.1080/136078698566669>
- 59-Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49: 195-201. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002>
- 60-Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American journal of community psychology*, 2000; 28(3), 391-400.
- 61-Dhalem NW, Zimet GD, Walker, RR. The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*. 1991; 47(6): 756-61. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199111\)47:6<756::AID-JCLP2270470605>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199111)47:6<756::AID-JCLP2270470605>3.0.CO;2-L)
- 47-Kim B, Kim J. Influence of uncertainty, depression, and social support on self-care compliance in hemodialysis patients. *Ther Clin Risk Manag*. 2019; 15: 1243. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S218934>
- 48-Nguyen PT, Hernández A, Costet N, Patural H, Pichot V, Carrault G, et al. Improving methodology in heart rate variability analysis for the premature infants: Impact of the time length. *Plos one*. 2019; 14(8): e0220692. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220692>
- 49-Razavi R, Yaghubi H, Ganji K, Khajevand Khoshli A. Modeling the relationships between cancer self-efficacy and role treatment adherence in women with breast cancer: The mediating role of social support. *Nursing and Midwifery Journal*. 2021; 19(2): 158-68. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4277-en.html>
- 50-Beshldeh K. (2014). Research methods and statistical analysis of research examples with SPSS and AMOS. Ahvaz: Shahid Chamran University of Ahvaz Publications. <https://scholar.google.com/scholar>. [In Persian]
- ۵۱-سیدفاطمی نعیمه، رفیعی فروغ، حاجی زاده ابراهیم، مدانلو مهناز. طراحی و روان سنجی پرسش نامه تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن: یک مطالعه ترکیبی. *کومش*. ۱۳۹۷؛ ۲۰(۲): ۱۷۹-۱۹۱. <http://koomeshjournal.emums.ac.ir/>
- ۵۲-رامک ناهید، قاسم نژاد کیانا، قاسم پور الهه، صادق خانی زینب، سام خانیان اسحاق، بی باک فرشید و همکاران. بررسی تأثیر روان درمانی تحلیلی کارکردی بر تبعیت درمانی و رفتارهای خودمراقبتی در زنان مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد. *نشریه پرستاری قلب و عروق*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۱): ۲۰-۲۷. <http://journal.icns.org.ir/article-1-700-fa.html>
- 53-Costa PT, McCrae RR. The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 1992; (4)6: 343-59. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>

64-Berner C, Erlacher L, Fenzl KH, Dorner TE. Medication adherence and coping strategies in patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. *Int J Rheumatol*. 2019; 4709645. <https://doi.org/10.1155/2019/4709645>

65-Ceranic J, Kistic Tepavcevic D, Petronijevic M, Milic M, Ceranic M, Rancic N, Ristic G. Assessment and prediction of adherence to methotrexate using three self-report questionnaires in patients with rheumatoid arthritis. *Medicina (Kaunas)*. 2023; 59(8): 1446. <https://doi.org/10.3390/medicina59081446>

۶۲-بشارت محمدعلی (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). *دانش و رفتار*. ۱۳۸۵؛ ۱۶: ۱۱-۱۶. <https://ensani.ir/fa/article/journal-number/13521/>

63-Berglund E, Lytsy P, Westerling R. Living environment, social support, and informal caregiving are associated with healthcare seeking behaviour and adherence to medication treatment: A cross-sectional population study. *Health Soc Care Community*. 2019; 27(5): 1260-70. <https://doi.org/10.1111/hsc.12758>

# تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب آتش‌نشانان شهر اصفهان

نویسندگان

افسانه ابراهیمی<sup>۱</sup>، سیما جنتیان<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد

اسلامی، نجف‌آباد، ایران. afsanehebrahimi40015020733016@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی موسسه آموزش عالی غیردولتی - غیرانتفاعی راغب اصفهانی، اصفهان، ایران.

(نویسنده مسئول)

چکیده

**مقدمه:** آتش‌نشانی شغلی اضطراب‌آور است که محتاج فعالیت‌های بدنی و روانی بالایی است. با نگرش به ارزش شغل آتش‌نشانی و نبود پژوهش‌های کافی پیرامون آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از این شغل، در این مطالعه به بررسی تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب آتش‌نشانان شهر اصفهان پرداخته شد.

**روش:** در این پژوهش که به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شد، از بین کلیه آتش‌نشانان شاغل در سازمان آتش‌نشانی شهر اصفهان، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. پرسش‌نامه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) و کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹) استفاده شد. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش گروهی مبتنی بر شفقت قرار گرفت. در نهایت داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** یافته‌های آماری پژوهش نشان داد که بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش  $33/6 \pm 3/01$  و در گروه کنترل  $33/0 \pm 4/84$  بود. در پیش‌آزمون در گروه آزمایش میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب به ترتیب برابر  $96/4$ ،  $9/86$  و در پس‌آزمون نیز به ترتیب برابر  $106/8$ ،  $6/2$  بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی مبتنی بر شفقت توانسته است نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش را به صورت مثبت و معناداری افزایش دهد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** باتوجه به تأیید اثربخشی آموزش و بهبود متغیرهای پژوهش، می‌توان گفت که آموزش گروهی مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌عنوان یک شیوه آموزشی جدید، که احتمالاً مداخله مناسبی برای تقلیل مشکل‌های روانی، بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب اشخاص است، مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۲/۲۷

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۴/۰۲



کلیدواژه‌ها

آموزش گروهی مبتنی بر شفقت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

Janatian\_sima@yahoo.com

## مقدمه

شوند [۸]. کیفیت پایین خواب عمدتاً به شرایط کاری مربوط می‌شود. برای مثال نوبت کاری و کار در شب، مواردی هستند که چرخه‌های زیستی و اجتماعی بدن فرد را دستخوش تغییر قرار می‌دهند [۹]. به‌طور کلی کیفیت خواب به عنوان رضایت فرد از تجربه خواب، مراحل به خواب‌رفتن، حفظ خواب، مقدار خواب و شادابی پس از بیدار شدن تعریف می‌شود [۱۰]. افراد دارای کیفیت خواب مطلوب از حال خوب، روحیه بالا و سلامت جسمی و روان‌شناختی بیشتری برخوردار هستند. کاهش کیفیت خواب در افراد، علاوه بر آن که موجب فروپاشی بنیان روحی و بدنی آن‌ها می‌شود، می‌تواند در بروز اختلال‌های گوارشی، مشکل‌های قلبی، خستگی‌های عصبی، تمرکز حواس، ناسازگاری عاطفی و پرخاشگری در آن‌ها نیز نقش داشته باشد [۱۱].

یکی از عوامل محافظتی برای بهبود کیفیت خواب در آتش‌نشانان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است [۱۲] که به عنوان ظرفیت فرد برای حضور در لحظه کنونی، عدم گیرکردن در گذشته یا آینده و رفتار مطابق با ارزش‌هایی که فرد شناسایی کرده است، تعریف می‌شود [۱۳]. انعطاف‌پذیری روانی یک ویژگی شخصیتی است که می‌توان آن را بهبود بخشید. بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به ارتقا سلامت روان و عملکرد شغلی افراد کمک کند [۱۲]. این سازه که یک مهارت است، بالاترین سطح عملکرد شناختی است که برای کنش هدفمند الزامی است [۱۴] و افراد می‌توانند از آن برای پاسخگویی به چالش‌ها و مشکلات زندگی خود استفاده کنند [۱۵]. افراد دارای انعطاف‌پذیری روانی بالا، بینندگان و شنوندگان بهتری هستند. آن‌ها می‌توانند نگرش شناختی خود را جهت سازش با نوسان‌های محیطی، تغییر داده و از آن برای رویارویی با محرک‌ها و موقعیت‌های در حال تغییر محیطی استفاده کنند [۱۶]. این عامل همچنین، استرس شغلی را نیز در افراد کاهش می‌دهد [۱۵]. استرس شغلی به تجربه هیجانی منفی ناشی از شرایط تنش‌زای محیط کار با نشانه‌های جسمی، روانی و رفتاری اطلاق می‌شود که موجب کاهش عملکرد و اختلال در کارکرد آتش‌نشانان می‌گردد [۱۷].

از دیگر راه‌های مواجهه با استرس‌های شغلی در آتش‌نشانان، می‌توان به شفقت به خود اشاره کرد که بر این امر تأکید دارد که ما باید در هنگام تجربه لحظات سخت با

یکی از مراکز مهم و ضروری امداد رسانی در شهرها سازمان آتش‌نشانی است [۱] که نقشی اساسی در تأمین ایمنی و رفاه شهروندان و توسعه شهرها بر عهده دارد [۲]. آتش‌نشان کسی است که در جهت دستیابی به اهداف سازمانی یعنی نجات جان انسان‌ها (در برخی موارد حیوان‌ها)، اموال آن‌ها، نگهداری اموال و سرمایه‌های عمومی و ارائه فعالیت‌های انسان‌دوستانه فعالیت می‌کند [۳]. آتش‌نشانی ذاتاً شغلی خطرناک است. زیرا فرد را در مواجهه دائمی با خطرهای جانی، رویدادهای تنش‌زا، اثرهای سمی مواد مضر، محیط‌های بسیار خشن و پر خطر و صحنه‌هایی از مرگ و میر افراد قرار می‌دهد [۴]. به‌علاوه هنگام بروز حادثه، خطر شوک هیجانی آتش‌نشانان را تهدید می‌کند. آتش‌نشانان تحت‌تأثیر این وقایع فجیع، دچار آسیب جسمی و روانی می‌شوند. تجربه کردن این حادثه‌ها، برای آتش‌نشانان اثرهای منفی به دنبال دارد و بر کیفیت زندگی و روابط اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار است [۵]. خطرهای بدنی و تنش‌های روانی، جزئی از زندگی روزانه آتش‌نشانان هستند. آتش‌نشان‌ها اولین گروهی هستند که باید با موقعیت‌های اورژانسی مثل انفجارها، نشت مواد سمی و آتش‌سوزی‌های تجاری و مسکونی مواجهه شوند. به‌علاوه آن‌ها باید فعالیت‌های دیگری همچون نجات جان انسان‌ها در موقعیت‌های اضطراری، خدمات اورژانسی و کارهای اداری را نیز به انجام برسانند. این شغل، آتش‌نشانان را در معرض فشارهای جسمی و روحی قرار می‌دهد و امکان ابتلا به امراض گوناگونی مثل اختلال‌های اسکلتی-عضلانی، اختلال‌های خواب<sup>۱</sup>، بیماری‌های قلبی-عروقی، آسیب‌های شخصی و فرسودگی شغلی را در آن‌ها افزایش می‌دهد [۶].

از بین موارد ذکر شده در بالا، اختلال در خواب یکی از دلایل اصلی خستگی ذهنی آتش‌نشانان است که احتمال خطای انسانی و پزشکی را در آن‌ها بالا می‌برد [۷]. اختلال‌های خواب افزون بر تهدید سلامت بشر، موجب اختلال در عملکردهای اجتماعی و ناهنجاری‌های روانی-اجتماعی نیز در فرد می‌شوند و در نتیجه اثرهای منفی و نامطلوب بر کیفیت زندگی و کارکردهای فرد بر جای می‌گذارند [۵]. به‌علاوه می‌توانند موجب تقلیل کیفیت خواب

1. Sleep Disorders.

خود مانند یک دوست خوب رفتار کنیم و با حضور ذهن در لحظه حال و توجه به رنج بدون اجتناب یا نشخوار کردن آن، به جای انتقاد از خود، مهربانانه با خود رفتار کنیم و به جای احساس تنهایی و انزوا به این درک برسیم که رنج کشیدن در بین همه انسان‌ها مشترک است [۱۸]. از خودشفقتی می‌توان برای بهبود سلامت روان و ارتقای شیوه‌های پردازش هیجانی و فکری استفاده کرد. از طرفی افراد شاغل در مراکز امدادی به دیدگاهی مشفقانه نسبت به درد و برقراری مددجویان برای مواظبت و یاری‌رساندن به آن‌ها نیاز دارند [۱۹]. پرورش شفقت نسبت به خود، افراد را قادر می‌سازد تا صدای درونی شفقت‌آمیز را برای مقابله با صدهای خود انتقادگر درونی ایجاد کنند، احساسات منفی را کاهش داده [۴] و افکار منفی را مدیریت کنند که برای این امر از تکنیک‌هایی مثل مراقبه دلسوزانه به خود، تصویرسازی و نامه‌نگاری مشفقانه، تکنیک صندلی خالی و... استفاده می‌کنند [۲۰].

مطالعات انجام شده قبلی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر روی متغیرهای گوناگون روان‌شناختی تأکید کرده‌اند. برای مثال، غفاری جاهد و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر دو درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت باعث بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> می‌شوند [۲۱]. در تحقیقی دیگر گلد بیان کرده است که آموزش شفقت به خود می‌تواند در افزایش شفقت، عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اضطراب<sup>۲</sup> در افراد مؤثر مؤثر باشد [۲۲]. بهنودی و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که درمان متمرکز بر هیجان و مبتنی بر شفقت، دو روش درمانی مناسب جهت افزایش کیفیت خواب و کاهش انواع باورهای غیرمنطقی در بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه هستند [۲۳]. براون و همکاران نیز عنوان کرده‌اند که افرادی که از شفقت بیشتری نسبت به خود برخوردارند، مشکلات خواب کمتری را گزارش می‌کنند [۲۴].

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر که با کد IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.123 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد ثبت شده، از نظر هدف کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر نیز شامل کلیه آتش‌نشانان شهر اصفهان بود که تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها که در بخش عملیات ایستگاه‌های سه و پنج سازمان آتش‌نشانی و خدمات ایمنی شهر اصفهان فعالیت می‌کردند و دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. درکل، حداقل آزمودنی لازم برای پژوهش‌های آزمایشی ۳۰ نفر در نظر گرفته می‌شود، به این صورت که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار داده می‌شوند [۲۲]. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: توانایی پاسخگویی به سوالات پرسش‌نامه‌ها، استفاده نکردن از داروهای روان‌پزشکی، درمان‌های

خود مانند یک دوست خوب رفتار کنیم و با حضور ذهن در لحظه حال و توجه به رنج بدون اجتناب یا نشخوار کردن آن، به جای انتقاد از خود، مهربانانه با خود رفتار کنیم و به جای احساس تنهایی و انزوا به این درک برسیم که رنج کشیدن در بین همه انسان‌ها مشترک است [۱۸]. از خودشفقتی می‌توان برای بهبود سلامت روان و ارتقای شیوه‌های پردازش هیجانی و فکری استفاده کرد. از طرفی افراد شاغل در مراکز امدادی به دیدگاهی مشفقانه نسبت به درد و برقراری مددجویان برای مواظبت و یاری‌رساندن به آن‌ها نیاز دارند [۱۹]. پرورش شفقت نسبت به خود، افراد را قادر می‌سازد تا صدای درونی شفقت‌آمیز را برای مقابله با صدهای خود انتقادگر درونی ایجاد کنند، احساسات منفی را کاهش داده [۴] و افکار منفی را مدیریت کنند که برای این امر از تکنیک‌هایی مثل مراقبه دلسوزانه به خود، تصویرسازی و نامه‌نگاری مشفقانه، تکنیک صندلی خالی و... استفاده می‌کنند [۲۰].

مطالعات انجام شده قبلی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر روی متغیرهای گوناگون روان‌شناختی تأکید کرده‌اند. برای مثال، غفاری جاهد و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر دو درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت باعث بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> می‌شوند [۲۱]. در تحقیقی دیگر گلد بیان کرده است که آموزش شفقت به خود می‌تواند در افزایش شفقت، عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اضطراب<sup>۲</sup> در افراد مؤثر مؤثر باشد [۲۲]. بهنودی و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که درمان متمرکز بر هیجان و مبتنی بر شفقت، دو روش درمانی مناسب جهت افزایش کیفیت خواب و کاهش انواع باورهای غیرمنطقی در بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه هستند [۲۳]. براون و همکاران نیز عنوان کرده‌اند که افرادی که از شفقت بیشتری نسبت به خود برخوردارند، مشکلات خواب کمتری را گزارش می‌کنند [۲۴].

موقعیت شغلی بی‌ثبات و پیش‌بینی‌ناپذیر آتش‌نشانان، آن‌ها را نیازمند برخورداری از توانایی‌های روحی و جسمی بالایی می‌کند [۲۵]. افراد برای رهایی از مشکلات خود به

1 . Irritable Bowel Syndrome.

2 . Anxiety.

کیفیت خواب پایین در فرد است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در تحقیقات داخلی و خارجی زیادی بررسی شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن برای هفت حیطة ۰/۸۳ به دست آمده است. پایایی این ابزار ۰/۸۳ و روایی آن در تحقیقات داخلی ۰/۸۹ عنوان گردیده است [۳۳]. در این پژوهش، پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

### شیوه انجام پژوهش

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که نخست محقق به مطالعه منابع داخلی و خارجی مختلف در ارتباط با متغیرهای پژوهش و جامعه مورد نظر پرداخت و پس از اخذ گواهی از دانشگاه و هماهنگی‌های لازم با سازمان آتش‌نشانی و گرفتن مجوز از آن، به صورت در دسترس از متقاضیان شرکت در پژوهش نمونه‌گیری کرده و پس از توضیح اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات و اهداف و ضرورت انجام پژوهش نسبت به کسب رضایت کتبی آگاهانه از مراجعان اقدام نمود. سپس بر روی آزمودنی‌ها پیش‌آزمون را اجرا نمود و از آن‌ها درخواست کرد که به پرسش‌نامه‌های ذکر شده در پژوهش پیش از مداخله، صادقانه پاسخ دهند. پس از آن، گروه آزمایش تحت آموزش گروهی مبتنی بر شفقت قرار گرفت. جلسات آموزش گروهی مبتنی بر شفقت، براساس طرح درمانی گیلبرت [۲۱] طراحی شده بود. این جلسات شامل ۸ نشست ۹۰ دقیقه‌ای بود که با توالی یک‌بار در هفته به صورت گروهی توسط روانشناس بالینی در ایستگاه پنج سازمان آتش‌نشانی و خدمات ایمنی شهر اصفهان اجرا گردید. در جدول ۱، شرح مختصری از جلسات آموزش گروهی مبتنی بر شفقت ارائه گردیده است. در پایان جلسات نیز، از هر دو گروه (آزمایش و گواه) پس از آزمون گرفته شد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

در نهایت، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی خلاصه و طبقه‌بندی و سپس، فرضیه پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS20 مورد بررسی قرار گرفت. سطح معنی‌داری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

روان‌شناختی دیگر و ابتلا به بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی مزمن و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج نیز شامل: غیبت بیش از سه جلسه در جلسات آموزشی، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر، انجام‌ندادن تکالیف خانگی و همکاری‌نکردن با درمانگر بود. همه افراد نمونه، قبل و بعد از جلسات آموزشی یعنی در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. بعد از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش گروهی مبتنی بر شفقت که براساس طرح درمانی گیلبرت [۲۱] طراحی شده بود، قرار گرفت. در این مرحله، داده‌های مربوط به آزمودنی‌های پژوهش از هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری شد.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

**پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی:** این پرسش‌نامه که به وسیله دنیس و وندروال طراحی شد یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است که جهت اندازه‌گیری نوعی از انعطاف‌پذیری مورد استفاده قرار می‌گیرد و بر اساس یک طیف ۷ درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری شده و سعی می‌کند تا سه وجه از انعطاف شناختی را که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر ضروری است، مورد سنجش قرار دهد. اعتبار همزمان این پرسش‌نامه با افسردگی بک ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ به دست آمده است. در ایران نیز سلطانی و همکاران ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند [۳۲]. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

**پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ:** این پرسش‌نامه که کیفیت خواب را اندازه‌گیری می‌کند یک ابزار خودگزارشی ۱۹ سؤالی است که کیفیت خواب را در یک ماه گذشته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره کل آن بین صفر تا ۲۱ است و نمره بالاتر نشان از کیفیت خواب پایین‌تر دارد، به طوری که نمره بیش‌تر از ۵ نشان‌دهنده

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزش گروهی مبتنی بر شفقت

| جلسه  | خلاصه محتوای جلسات مداخله   |
|-------|---|
| اول   | برقراری رابطه درمانی با مراجع، مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت، تعریف شفقت و معرفی درمان متمرکز بر شفقت  |
| دوم   | معرفی سه سیستم تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، توضیح تفاوت ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق   |
| سوم   | آشنایی با مغز قدیم و جدید، آموزش تمرین آرامبخش و نحوه اجرای آن، معرفی مهارت‌های توجه آگاهانه  |
| چهارم | توضیح خصوصیت‌های ششگانه شفقت (حساسیت، مراقبت، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی)، توضیح راجع به ویژگی‌های فرد مشفق نسبت به خود و دیگران   |
| پنجم  | استفاده از ریتم تنفسی آرامبخش، آموزش نحوه تصویرسازی خود مشفق، تمرین تصویر بهترین حالت خود، اجرای تکنیک صندلی مشفق   |
| ششم   | انجام ریتم تنفسی آرامبخش، معرفی تصویرسازی و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان، تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ‌آمیزی مشفقانه   |
| هفتم  | انجام و ادامه ریتم تنفسی آرامبخش، تمرین شفقت‌ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق ایده‌آل و کامل برای خود، اشاره‌ای مختصر به مفهوم اجتناب شناختی و فرق آن با انعطاف‌پذیری شناختی و ترس از شفقت‌ورزی |
| هشتم  | توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات گذشته   |

نتایج

میانگین، حداقل و حداکثر سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان پژوهش در جدول ۲ ارائه گردیده است. همان‌گونه که در جدول ۲ گزارش شده است، میانگین سنی در آزمودنی‌های گروه آزمایش  $33/6 \pm 3/01$  و در گروه کنترل  $4/84 \pm 3/0$  بوده است. همچنین بیش از ۳۳ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش متأهل بوده اند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد، استفاده شد.

در این پژوهش ۳۰ نفر از آتش‌نشانان شاغل در سازمان آتش‌نشانی شهر اصفهان شرکت داشتند که به دو گروه ۱۵ 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، وضعیت تأهل و... همسان‌سازی شدند. یافته‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه در جدول ۲ آورده شده است:

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

| متغیر      | گروه          | حداقل   |              | حداکثر       |              | میانگین       |              |
|------------|---------------|---------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| سن         | آزمایش        | ۲۹      |              | ۳۸           |              | ۳۳/۶          |              |
|            | کنترل         | ۲۴      |              | ۴۴           |              | ۳۳/۰          |              |
| تحصیلات    | کارشناسی ارشد | دیپلم   |              | کارشناسی     |              | کارشناسی ارشد |              |
|            |               | فراوانی | درصد         | فراوانی      | درصد         | فراوانی       | درصد         |
|            | آزمایش        | ۰       | ۰            | ۱            | ۳/۳          | ۲             | ۶/۷          |
|            |               | کنترل   | ۱            | ۳/۳          | ۳            | ۱۰/۰          | ۱            |
| وضعیت تأهل | مجرد          | فراوانی |              | درصد فراوانی |              | ممتاهل        |              |
|            |               | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی      | درصد فراوانی | درصد فراوانی  | درصد فراوانی |
|            | آزمایش        | ۵       | ۱۶/۷         | ۱۰           | ۳۳/۷         | ۳۳/۷          | ۳۳/۷         |
| کنترل      | ۷             | ۲۳/۳    | ۸            | ۲۶/۷         | ۲۶/۷         | ۲۶/۷          |              |

### جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب در دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیر                    | گروه   | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              |
|--------------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
|                          |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |
| انعطاف‌پذیری روان‌شناختی | آزمایش | ۹۶/۴      | ۱۰/۵۹        | ۱۰۶/۸    | ۱۲/۴۶        |
|                          | گواه   | ۹۹/۶۶     | ۱۱/۳۳        | ۹۴/۶۶    | ۱۰/۷۲        |
| کیفیت خواب               | آزمایش | ۹/۸۶      | ۱/۷۶         | ۶/۲      | ۲/۳۳         |
|                          | گواه   | ۹/۱۳      | ۱/۹۲         | ۸/۰      | ۲/۳۹         |

در جدول ۳، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش برای هر دو گروه مورد مطالعه، به تفکیک آورده شده است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته است. این در حالی است که میانگین نمرات در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی نداشته است.

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و بررسی فرضیه پژوهش، پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای این آزمون، مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات، تساوی واریانس‌ها و یکسانی شیب خط رگرسیون بررسی و تأیید گردید

در جدول ۴، نتایج آنالیز کوواریانس چند متغیره در بررسی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب، نشان می‌دهد که تفاوت در کدام یک از متغیرها بوده است:

در جدول ۴، مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها کم‌تر از ۰/۰۵ است که بیانگر این است که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب تفاوت معناداری داشته‌اند. در ادامه جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت در کدام یک از متغیرها بوده است:

در جدول ۴، نتایج آنالیز کوواریانس چند متغیره در بررسی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب، نشان می‌دهد که تفاوت در کدام یک از متغیرها بوده است:

### جدول ۴. نتایج آنالیز کوواریانس چند متغیره در بررسی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب

| نام آزمون          | مقدار | آماره F | Df فرضیه | Df خطا | سطح معناداری | اتا  | توان |
|--------------------|-------|---------|----------|--------|--------------|------|------|
| اثر پیلایی         | ۰/۳۳۸ | ۴/۴۳    | ۳        | ۲۶     | ۰/۰۱۲        | ۰/۳۳ | ۰/۸۲ |
| لامبدای ویلکس      | ۰/۶۶۲ | ۴/۴۳    | ۳        | ۲۶     | ۰/۰۱۲        | ۰/۳۳ | ۰/۸۲ |
| اثر هتلینگ         | ۰/۵۱۲ | ۴/۴۳    | ۳        | ۲۶     | ۰/۰۱۲        | ۰/۳۳ | ۰/۸۲ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۰/۵۱۲ | ۴/۴۳    | ۳        | ۲۶     | ۰/۰۱۲        | ۰/۳۳ | ۰/۸۲ |

### جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در متن مانکوا روی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب

| متغیر                    | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | آماره F | سطح معناداری | مجدور اتا | توان |
|--------------------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|------|
| انعطاف‌پذیری روان‌شناختی | ۱۱۰۴/۱۳       | ۱          | ۱۱۰۴/۱۳         | ۸/۱۶    | ۰/۰۰۸        | ۰/۲۲      | ۰/۷۸ |
| کیفیت خواب               | ۲۴/۳          | ۱          | ۲۴/۳            | ۴/۳۵    | ۰/۰۴۶        | ۰/۱۳      | ۰/۵۲ |



در جدول ۵، مشاهده می‌شود اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب معنادار بوده است ( $p < 0/05$ )؛ با توجه به این که سطح معنی‌داری از  $0/05$  کم‌تر به دست آمده است و با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت؛ مقدار این اندازه اثر در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ۲۲ درصد و در کیفیت خواب ۱۳ درصد بوده است؛ بنابراین می‌توان گفت؛ تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیش‌تر از کیفیت خواب بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب آتش‌نشانان شهر اصفهان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد، آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب آتش‌نشانان شهر اصفهان تأثیر مثبت معنی‌داری دارد و این آموزش توانسته است انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب آتش‌نشانان شهر اصفهان را بهبود بخشد.

اثربخش بودن آموزش گروهی مبتنی بر شفقت بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب آتش‌نشانان شهر اصفهان با نتایج پژوهش‌های [۲۴-۲۱] همسو و هماهنگ است. همچنین در بررسی‌های صورت گرفته، پژوهشی ناهمسو با این نتایج، یافت نشده است. به‌طورکلی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به همهٔ انسان‌ها این امکان را می‌دهد که علی‌رغم وجود تغییرات بسیاری که در محیط اطراف رخ می‌دهد، بتوانند نگرش‌های خود را تغییر داده و براساس نگرش‌های جدید خود، شناخت‌ها و برنامه‌های زندگی خود را پیش ببرند و بر طبق ارزش‌های شخصی خود عمل و رفتار کنند. این سازه که به معنای بودن در لحظه حال و گشودگی کامل نسبت به تجربیات گذشته است [۳۳]، نقش مهمی در سازگاری افراد با وقایع تروماتیک زندگی ایفا می‌کند. از سوی دیگر کیفیت خواب یک سازه بالینی بسیار پیچیده با توصیف سخت و سنجش ذهنی است که مانند آب و غذا برای بقای انسان مهم و ضروری است. کیفیت خواب نامطلوب، به کاهش رضایت از میزان انرژی بخشی خواب اطلاق می‌شود و علاوه بر ایجاد

تغییرات فیزیولوژیکی در افراد، خود نیز منجر به افسردگی<sup>۱</sup>، اضطراب، اختلال در حافظه، یادگیری، نوسانات خلقی، کاهش بهره‌وری و افزایش سوانح می‌شود و بر کیفیت زندگی و عملکرد شغلی اشخاص تأثیر می‌گذارد [۱۲]. شفقت درمانی<sup>۲</sup> یکی از راهبردهای تنظیم هیجان است که بر کیفیت خواب افراد تأثیر گذاشته و به افراد این امکان را می‌دهد که هیجان‌ات دشوار خود را به صورت مشفقانه تجربه کرده و به مشاهدهٔ ذهن‌آگاهانهٔ افکار منتقدانه و شرم‌آورانه خود، بدون تأثیر بر فعالیت‌ها و حالات ذهنی خود بپردازند. این درمان، افراد را به سوی تغییر منعطف دیدگاه‌ها و اهداف خود در راستای ارزش‌های شخصی‌شان هدایت می‌کند که این خود نمونه‌ای از تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش آن است. از سوی دیگر، پرورش شفقت به خود از همانندسازی افراطی و قضاوت در فرد جلوگیری کرده و موجب پذیرش مشکلات زندگی به عنوان بخشی از اشتراکات انسانی می‌گردد و از این طریق نیز، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، آرامش ذهنی و کیفیت خواب را در افراد افزایش می‌دهد. از طرفی، شفقت‌ورزی موجب افزایش هورمون اکسی‌توسین [۳۴] و کاهش هورمون کورتیزول در خون [۳۵] شده که این عمل باعث جایگزینی عواطف منفی با عواطف مثبت و تنظیم هیجان می‌گردد و در پی آن افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری نیز در افراد کاهش یافته و فعالیت سیستم تسکین دهنده در مغز افزایش می‌یابد. با پایین‌آمدن عواطف منفی، فرد آرامش ذهنی و گشودگی بیشتری نسبت به محیط پیدا می‌کند و این‌گونه، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب آن، افزایش می‌یابد. این روش آموزشی با تحریک سیستم تسکین باعث تقلیل تهدید و خطر، افزایش رفتارهای خودمراقبتی و همدلانه، افزایش آسودگی، آرامش خاطر و به افراد در ساختن هویتی با ویژگی‌های مشفقانه و منعطف به عنوان یک پایگاه امن جهت رویارویی با رنج‌ها و سختی‌های زندگی و همچنین جنبه‌های تاریک ذهن خود، کمک می‌کند؛ بنابراین می‌توان گفت؛ آموزش گروهی مبتنی بر شفقت مداخلهٔ مناسبی برای بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت خواب در آتش‌نشانان شهر اصفهان است.

1 . Depression.  
2 . Compassion Therapy.

## محدودیت‌های پژوهش

مسئولین سازمان آتش‌نشانی و خدمات ایمنی شهر اصفهان که امکان انجام این پژوهش را فراهم آوردند، سپاسگزاری می‌شود.

## منابع

۱- کشترو چکوسری م، حسن‌زاده ف. لزوم بروزرسانی تجهیزات و خودروهای آتش‌نشانی در کنترل آتش‌سوزی‌های درون شهری. *نشریه علمی رویکردهای پژوهشی نوین مدیریت و حسابداری*. ۱۴۰۲؛ ۶(۲۳): ۱۶۶۴-۱۶۷۴.  
<https://majournal.ir/index.php/ma/article/view/1819>

۲- حسن‌زاده فرشید، کشترو چکوسری محمود. بررسی عوامل مؤثر بر عملکرد آتش‌نشانی در مدیریت بحران. *نشریه علمی رویکردهای پژوهشی نوین مدیریت و حسابداری*. ۱۴۰۲؛ ۶(۲۳): ۱۶۴۸-۱۶۵۶.  
<https://www.majournal.ir/index.php/ma/article/view/1817>

۳- بقائی ب، آقایی ا. اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی، شادکامی و سطح معنایی آتش‌نشانان. *طلوع بهداشت* یزد. ۱۴۰۱؛ ۲۱(۲): ۱-۶.  
<http://dx.doi.org/10.18502/tbj.v21i2.10337>

4- Wakelin KE, Perman G, Simonds LM. Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022 Jan; 29(1): 1-25. <https://doi.org/10.1002/cpp.2586>

۵- کریمی ر، عابدینی ر، ارشدی ن. رابطه کیفیت خواب با سلامت روانی و فرسودگی شغلی. *روانشناسی معاصر*، دو فصلنامه انجمن روانشناسی ایران. ۱۳۹۸؛ ۱۰(۲): ۱۲۱-۱۲۹.  
<http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.13.2.121>

۶- زراعت‌حرفه ف، شمسی‌نژاد م، رحمتی ع. پیامدهای روان‌شناختی شرایط شغلی آتش‌نشانان: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه طب‌کار*. ۱۴۰۰؛ ۱۳(۳): ۷۷-۹۱.  
<http://dx.doi.org/10.18502/tkj.v13i3.8201>

۷- حکم‌آبادی رع، صادقی ح، فصیح‌رامندی ف، کریمی ع، استرس شغلی و تأثیر آن بر رفتارهای ناایمن در کارکنان آتش‌نشانی. *ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۴): ۳۱۴-۳۲۴.  
<https://doi.org/10.22037/iipm.v10i4.36446>

۱. پژوهش فاقد دوره پیگیری بوده است.

۲. همکاری نامناسب تعداد زیادی از کارکنان بخش عملیات سازمان آتش‌نشانی و سخت‌گیری زیاد سازمان بر حضور جنسیت مونث در محیط اداری این ارگان.

## پیشنهادات پژوهشی

۱. پیشنهاد می‌شود، به منظور حصول اطمینان بیشتر در تعمیم نتایج، پژوهش حاضر در سایر مشاغل امدادی و بافت‌های فرهنگی و بر روی زنان آتش‌نشان نیز انجام گیرد.

۲. پیشنهاد می‌شود، در تحقیقات آینده از سایر روش‌های نمونه‌گیری به خصوص روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده و بر روی متغیرهایی مانند گوش به زنگی، علائم اختلال استرس پس از سانحه و فرسودگی شغلی در آتش‌نشانان کار شود.

۳. پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی دوره‌های پیگیری نیز اجرا شود تا تأثیر ماندگاری این آموزش در طی زمان مشخص شود.

## پیشنهادات کاربردی

۱. با توجه به تأثیر شفقت‌درمانی بر وضعیت روان‌شناختی آتش‌نشانان لازم است، سازمان آتش‌نشانی شرایط مطلوب و امکانات مناسب رفاهی را جهت آگاهی و آموزش مهارت‌های لازم به آتش‌نشانان فراهم کند و با استفاده از یک روان‌شناس و برگزاری دوره‌های روان‌درمانی فردی و جمعی برای آتش‌نشانان از پیامدهای منفی ناشی از شرایط شغلی آن‌ها، مانند علائم گوش به زنگی و اختلال استرس پس از سانحه و فرسودگی شغلی در آتش‌نشانان جلوگیری کند.

۲. بهره‌گیری سازمان آتش‌نشانی و خدمات ایمنی از نتایج حاصل از پژوهش حاضر جهت آموزش خود شفقتی برای بهبود کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آتش‌نشانان.

۳. استفاده از پژوهشگر و روان‌شناس مذکور در سازمان آتش‌نشانی جهت همکاری بهتر و بالاتر کارکنان آن.

## سپاسگزاری

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، مدیران و

- 16-Kiyak S, Polat HT. Relationship of Anxiety and Depression with Psychological Flexibility and Sleep Quality in Women with Breast and Gynecologic Cancer: A Structural Equation Modeling Analysis.  
<http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-2577182/v1>
- 17-Aydın O, Güçlü M, Ünal-Aydın P, Spada MM. Metacognitions and emotion recognition in Internet Gaming Disorder among adolescents. *Addictive Behaviors Reports*. 2020; 12: 100296.  
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100296>
- ۱۸- سیدمیرزایی س ز، حاتمی م، حبیبی م ب، حسینی ج. نقش تشخیصی باورهای فراشناخت، تحمل ابهام، انعطاف‌پذیری روانشناختی در تمیز تاب‌آوری بالا و پایین در همسران شهیدای استان البرز. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۱۴۰۱؛ ۲۳ (۳): ۱۴۱۱ - ۱۴۲۰.  
<https://doi.org/10.22038/mjms.2022.63455.3720>
- ۱۹- حسینی ف ا، وزیری ف. پیش‌بینی افسردگی در پرستاران براساس خود شفقت‌ورزی و تاب‌آوری. *فصلنامه بهداشت کار و ارتقا سلامت*. ۱۴۰۰؛ ۵ (۳): ۲۵۱ - ۲۶۰.  
<http://dx.doi.org/10.18502/ohhp.v5i3.7787>
- 20-Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SW. Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 2019 Jun 15;10: 979-95.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12671-018-1037-6>
- ۲۱- غفاری ج، امینی ن، دیره ع، میرزایی ک. مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری‌شناختی در مردان مبتلا به سندرم روده‌تحریک پذیر. *سلامت‌جامعه*. ۱۴۰۰؛ ۱۵ (۳): ۱-۰.  
<http://dx.doi.org/10.29252/iaa.29.2.181>
- 22-Gold GS. Effects of Brief Compassionate Mind Training on Compassion and Psychological Flexibility. Hofstra University; 2020.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-017-0745-7>
- ۲۳- بهوندی ن، خیاطان ف، گل پرور م. مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان با درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت خواب و انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه. *یافته*. ۱۴۰۰؛ ۲۳ (۴): ۳۱-۴۴.  
<http://dx.doi.org/10.32592/Yafteh.2021.23.4.3>
- 8- Abdelbasset WK, Osailan A. Sleep quality and ventilatory efficiency in elderly heart failure patients: a pilot study on the short-term effect of 4-week low-intensity aerobic exercise. *Kardiologija*. 2020 Jul 7; 60(6): 102-6.  
<http://dx.doi.org/10.18087/cardio.2020.6.n938>
- 9- Khoshakhlagh AH, Al Sulaie S, Yazdanirad S, Orr RM, Dehdarirad H, Milajerdi A. Global prevalence and associated factors of sleep disorders and poor sleep quality among firefighters: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*. 2023Jan 27.  
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13250>
- 10-Alves S, Vaz J, Fernandes A. Exploring clinical trials to manage firefighters' sleep quality: a PRISMA compliant systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023 Feb 21; 20(5): 3862.  
<https://doi.org/10.3390%2Fijerph20053862>
- 11-Wang WL, Chen KH, Pan YC, Yang SN, Chan YY. The effect of yoga on sleep quality and insomnia in women with sleep problems: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2020 Dec; 20: 1-9.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02566-4>
- 12-Ercan S, Acar HT, Arslan E, Canbulut A, Oğul A, Çetin C. Effect of Internet Addiction on Sleep Quality, Physical Activity and Cognitive Status Among University Students. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2021 Mar 1; 8(1).  
<http://dx.doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2021.96158>
- 13- Shi Y, Bai Y, Zhang L, Chen Y, Liu X, Liu Y, Yin H. Psychological resilience mediates the association of the middle frontal gyrus functional connectivity with sleep quality. *Brain Imaging and Behavior*. 2022 Dec; 16(6): 2735-43.  
<https://doi.org/10.1007/s11682-022-00735-5>
- 14-Han F, Wang Q. Positive and negative mood states mediated the effects of psychological resilience on emotional stability among high school students during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*. 2022 Aug 15; 13: 967669.  
<https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2022.967669>
- 15-Wang D, Lin B, Liang H, Deng Y, Zhang L. Mediating role of psychological flexibility in the effect of obsessive-compulsive symptoms on sleep quality among nurses during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*. 2023Apr; 13: 1-0. <https://doi.org/10.1007%2Fs12144-023-04546-9>

- 30-Gilbert P. Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in psychology*. 2020 Dec 9; 11: 3123.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- ۳۱- محمدی ش، یاریگرو ش، دانش ع ر. رابطه شفقت به خود، تاب‌آوری و رفتارهای پرخطر در نوجوانان. *آدومین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی*. اردیبهشت.  
<https://civilica.com/doc/1035656/>
- 32-Poursaleh, Atieh, Sarparast. Effectiveness of self-compassion awareness program online training on health anxiety and psychological flexibility during the outbreak of corona disease. *Clinical psychology and personality*. 2023; 20(2): 135-47.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2023.13972.1059>.  
[In Persian]
- ۳۳- منصوری کربانی ر، بساک‌نژاد س، مهربابی‌زاده هنرمند م، مجدینسب ن. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۴۰۱؛ ۲۸(۲): ۲۲۲-۲۳۵.  
<https://sid.ir/paper/1071012/fa>
- ۳۴- احمدی ع ا، شالچی ب، منصورزاده ز. اثربخشی آموزش شفقت به خود بر علائم سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۱۳۹۹؛ ۱۴(۴): ۱-۱۰.  
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357799.1399.14.4.3.7>
- ۳۵- قدرتی‌تربتی ع، نجات حمید، توزنده‌جانی ح، ثمری ع ا، اکبری‌امرغان ح. مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان متمرکز بر شفقت بر سطح کورتیزول خون و خودکنترلی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه*. ۱۳۹۹؛ ۷(۴): ۳۵-۴۸.  
<http://jms.thums.ac.ir/article-1-688-fa.html>
- 24-Brown L, Houston EE, Amonoo HL, Bryant C. Is self-compassion associated with sleep quality? A meta-analysis. *Mindfulness*. 2021 Jan; 12: 82-91.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-020-01498-0>
- ۲۵- اشکفتی ک، داستانی ز، شادمان ع ر. بررسی اثر آمادگی جسمانی و وضعیت بالینی بر میزان حوادث شغلی نیروهای سازمان آتش‌نشانی مشهد. *اششمین کنفرانس بین‌المللی مهندسی صنایع و سیستم‌ها*. ۱۳۹۹؛ ۹.  
<https://civilica.com/doc/1046827/>
- 26-Pakenham KI, Landi G, Boccolini G, Furlani A, Grandi S, Tossani E. The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of contextual behavioral science*. 2020 Jul 1; 17: 109-18.  
<https://doi.org/10.1016%2Fj.jcbs.2020.07.003>
- 27-Davis AK, Barrett FS, Griffiths RR. Psychological flexibility mediates the relations between acute psychedelic effects and subjective decreases in depression and anxiety. *Journal of contextual behavioral science*. 2020 Jan 1; 15: 39-45.  
<https://doi.org/10.1016%2Fj.jcbs.2019.11.004>
- 28-Savall A, Marcoux P, Charles R, Trombert B, Roche F, Berger M. Sleep quality and sleep disturbances among volunteer and professional French firefighters: FIRESLEEP study. *Sleep Medicine*. 2021 Apr 1; 80: 228-35.  
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.01.041>
- 29-Sünbül ZA, Güneri OY. The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2019 Mar 1; 139: 337-42.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.009>

## ارزیابی شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب

نویسندگان

مآنده باقری<sup>۱</sup>، مریم ستوده اصل<sup>۲\*</sup>

۱. استادیار روانشناسی سلامت، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

Bagheri.ma@mazums.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه

سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

**مقدمه:** با توجه به شیوع بالای ابتلا و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های کرونر قلب در جهان و مخصوصاً ایران، هدف این مطالعه ارزیابی شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب با افراد سالم است.

**روش:** در این مطالعه توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای، ۳۵ بیمار مرد مبتلا به بیماری کرونر قلب مراجعه کننده به مراکز قلب و عروق بیمارستان‌های شهرساری و ۳۵ نفر از همراهان مرد بیماران، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیت (NEO) و مقیاس کانون کنترل راتر (RLOC) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS23 و آمار توصیفی و استنباطی، در سطح معنی داری ۰.۰۵  $P \leq 0$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد، بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب در مقایسه با افراد سالم، در چهار عامل شخصیتی روان رنجورخویی (۰.۰۰۷)، برون‌گرایی (۰.۰۰۲)، گشودگی (۰.۰۰۴) و توافق (۰.۰۰۲) تفاوت معنی‌دار داشتند؛ اما در عامل وجدانی بودن (۰.۸۸)، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. اگر چه تفاوت نمره منبع کنترل دو گروه گرچه معنی‌دار نبود (۰.۰۵۱)، اما در گروه بیماران، این نمره کمتر از نقطه برش بود که بیانگر وجود منبع کنترل بیرونی تر بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب نسبت به افراد سالم است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد، بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب و افراد سالم از نظر تیپ‌های شخصیتی روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی و توافق با هم تفاوت دارند. همچنین بیماران نسبت به افراد سالم دارای منبع کنترل بیرونی تری هستند؛ لذا پیشنهاد می‌شود، به ویژگی‌ها شخصیتی در بیماران عروق کرونر توجه بیشتری شود.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۰۱/۱۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۴/۰۴



کلیدواژه‌ها

شخصیت، منبع کنترل، کرونر قلب، پنج عامل بزرگ شخصیت.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

maryamsotoudehasl@semnan.ac.ir

## مقدمه

نسبت به افراد سالم برخوردار بودند، اما رابطه معنی‌داری بین مرگ و میر ناشی از بیماری کرونر قلب و عوامل شخصیتی مشاهده نشده است [۱۴-۱۶].

از دیگر عوامل زمینه‌ساز بیماری کرونر قلب، درجه کنترل است که افراد تصور می‌کنند بر رویدادهای زندگی خود دارند [۱۶]. به عقیده راتر، افراد از نظر شیوه کنترل رفتاری به دو گروه، دارای کنترل درونی و دارای کنترل بیرونی تقسیم می‌شوند. افراد دارای کنترل درونی، خود را مسئول هر اتفاق می‌دانند، ولی افراد با منبع کنترل بیرونی معتقدند که توسط نیروهای خارج از خودشان مانند شانس، سرنوشت، یا سایر افراد کنترل می‌شوند. نمرات بسیار بالا در مقیاس کنترل درونی- بیرونی در هر دو جهت با احساسات و نتایج ناخوشایند مرتبط است. نمرات بیرونی بسیار بالا می‌تواند با بی‌تفاوتی و ناامیدی ارتباط داشته باشد به طوری که افراد باور کنند هیچ کنترلی بر محیطشان ندارند. نمرات درونی بسیار بالا به معنی آن است که افراد مسئولیت هر اتفاقی را که برایشان پیش می‌آید، هرچند ناگوار را می‌پذیرند [۱۷]. نتایج پژوهش‌ها نشان دادند، افراد دارای منبع کنترل درونی روی هم رفته سالم‌تر، متمرکزتر، هدفدارتر و بهتر می‌توانند با مسائل برخورد کنند [۱۸]. بیماران دارای منبع کنترل درونی مستعد داشتن فشارخون پایین‌تر و حمله‌های قلبی کم‌تری هستند و اگر دچار حمله قلبی شوند، با کارکنان بیمارستان بیش‌تر همکاری کرده و احتمالاً زودتر از بیماران با منبع کنترل بیرونی، از بیمارستان مرخص می‌شوند و در صورت ابتلا به بیماری‌های شدید مانند بیماری‌های قلبی - عروقی کمتر دچار افسردگی می‌شوند، آن‌ها نسبت به بهداشت خود محتاط‌ترند و به احتمال بسیار در مقایسه با افرادی با منبع کنترل بیرونی، بیش‌تر به ورزش می‌پردازند [۱۹]. در حالی که افرادی با منبع کنترل بیرونی، نشانه‌هایی از بی‌حالی و رخوت را به نمایش می‌گذارند [۲۰].

گرچه پژوهش‌های متعددی بر روی شخصیت و ارتباط آن با بیماری کرونر قلب صورت گرفته است [۱۴-۱۸]؛ اما اطلاعات به دست آمده در زمینه صفات شخصیت و منبع کنترل در ابتلا به بیماری کرونر قلب ناکافی و گاهی متعارض است [۱۴-۱۶] و نیازمند بررسی‌های بیشتری است. با توجه به شیوع و هزینه بالای بیماری قلبی- عروقی و اهمیت عوامل روان‌شناختی مانند صفات شخصیت و منبع

بیماری‌های کرونر قلب (CHD) از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر و ناتوانی در جهان و کشور ما محسوب می‌شوند [۱]. صنعتی‌شدن، توسعه شهرنشینی و موفقیت در کنترل بیماری، همراه با تغییر ساختار سنی جامعه، جمعیت جهان را در معرض بیماری‌های مهم غیرواگیر همچون بیماری‌های قلبی عروقی، قرار داده است [۲]. بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی، مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی تا سال ۲۰۳۰ م به بیش از ۲۳/۳ میلیون نفر در سال خواهد رسید و در ایران علت ۴۶٪ درصد از مرگ‌ها بوده و هزینه‌های سرسام‌آوری را بر سیستم بهداشتی کشور ما تحمیل می‌کند [۱-۳].

عوامل زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی - عروقی به دو دسته عوامل تغییرپذیر و عوامل تغییرناپذیر تقسیم می‌شوند. عوامل تغییرناپذیر شامل سن، جنسیت و عوامل تغییرپذیر شامل: فعالیت جسمانی، سطح لیپیدها و لیپوپروتئین‌ها، مصرف الکل، نمک و سیگار، فشار خون و سطح اقتصادی - اجتماعی پایین [۴] و عوامل خطر روان‌شناختی از قبیل استرس [۵]، اضطراب [۶]، افسردگی [۷] و برخی ویژگی‌های شخصیتی [۸] می‌باشند. نتایج پژوهش‌ها بیان‌گر اهمیت بالای پنج عامل بزرگ شخصیت مانند روان رنجورخویی (N)، برونگرایی (E)، گشودگی (O)، توافق (A) و وجدانی بودن (C) است [۹-۱۰]. نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهند، مهم‌ترین عامل شخصیتی مرتبط با بیماری کرونر قلب، وجود رگه‌های شخصیتی روان رنجورخویی (N) و طیف وسیعی از مشکلات عصبی، اضطراب و نگرانی، هیجان، بدخلقی، بی‌کفایتی، ترسو بودن، اطمینان نداشتن، ناپایداری، ناراضی بودن، تحریک‌پذیری است [۱۱-۱۲]. در برخی از مطالعات، وجود رگه شخصیتی وجدانی بودن (C)، به عنوان یک فاکتور مؤثر بر کاهش میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی در نظر گرفته شده است [۱۳-۱۴]، از طرفی برخی پژوهش‌ها به علت وجود عوامل مخدوش‌کننده بین عوامل شخصیتی و اختلالات قلبی نتایج متفاوتی را در زمینه نقش صفات شخصیتی در بیماری‌های قلبی نشان داده‌اند [۱۴-۱۶]. نتایج بررسی برخی مطالعات نشان می‌دهند، اگر چه افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی از شیوه زندگی نامناسب‌تر و سطح روان رنجوری بیشتری

در این پژوهش از آزمودنی خواسته شد، میزان انطباق عبارت ارائه شده با وضعیت خود را روی یک مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت، از کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۵، مشخص کنند [۲۱]. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و میزان آن برای عامل‌های روان رنجورخویی (۰/۷۸)، برون‌گرایی (۰/۸۰)، گشودگی (۰/۷۰)، توافق (۰/۷۶) و وجدانی بودن (۰/۸۱) به دست آمد.

### ۳. پرسشنامه مقیاس کنترل راتر (درونی - بیرونی)

این پرسش‌نامه دارای ۲۹ ماده که هر ماده دارای یک جفت پرسش (الف و ب) است. از آزمودنی خواسته شد، بین هر جفت پرسش یک ماده یکی را انتخاب کنند. ۲۳ ماده از مواد این پرسش‌نامه با هدف مشخص، جهت روشن شدن انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین گردیده و ۶ ماده دیگر هدف آزمون را با لباس مبدل دنبال می‌کند که این ماده‌های خنثی ساختار و بعد اندازه‌گیری شده را برای آزمودنی مبهم می‌سازند. مجموع نمرات از پرسشی به غیر از ۶ پرسش انحرافی به دست خواهد آمد و کل نمره هر فرد نشان‌دهنده درجه و میزان کنترل او است. نمره‌گذاری آزمودنی، مبنی بر مجموع نمرات حاصل از تعداد ضریب‌هایی است که آزمودنی در مقابل پرسش‌ها مشخص کرده است. در ۲۳ ماده‌ای که جهت نمره‌گذاری تعیین شده‌اند پرسش‌های الف، یک نمره و پرسش‌های ب، صفر نمره می‌گیرند. هر چه نمره به ۲۳ نزدیک‌تر باشد، بیانگر بیرونی‌تر بودن منبع کنترل و بالعکس هر چه نمره کمتر باشد، نمایشگر درونی‌تر بودن کنترل می‌باشد و چون کل نمره هر فرد نشان‌دهنده نوع و درجه منبع کنترل افراد است؛ بنابراین تنها آزمودنی‌هایی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند، دارای منبع کنترل بیرونی هستند و افرادی که نمره کمتر بگیرند دارای منبع کنترل درونی خواهند بود. حد متوسط ضرایب پایایی این مقیاس که با روش‌های دو نیمه‌سازی یا تصنیف و کودر - ریچارسون محاسبه شده است در حدود ۰/۷۰ درصد است و روایی آزمون با توجه به استاندارد بودن پرسش‌نامه راتر مورد تأیید است [۲۲]. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و میزان آن (۰/۷۱) به دست آمد. پس از جمع آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با

کنترل در بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب، این مطالعه با هدف ارزیابی شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب در شهرستان ساری (۱۴۰۲) انجام شد.

### روش

این مطالعه از نوع تحقیقات علی - مقایسه‌ای است. در این پژوهش، ۷۰ آزمودنی مرد، مشتمل بر ۳۵ نفر از بیماران کرونر قلبی و ۳۵ نفر از افراد غیربیمار به ظاهر سالم از همراهان بیماران، مورد مطالعه قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری، تصادفی در دسترس بود. نمونه مبتلا به بیماری‌های قلبی از بین افرادی که به علت ناراحتی‌های قلبی از اردیبهشت تا مرداد ماه سال ۱۴۰۱ به بیمارستان حضرت زهرا شهرستان ساری مراجعه کرده و بنا به تشخیص پزشک معالج دارای انواع مشکلات کرونر قلبی بودند، انتخاب شدند. نمونه سالم نیز از بین همراهان بیمار که فاقد بیماری خاصی بودند، انتخاب شدند. تعداد نمونه‌های پژوهش بر اساس پژوهش‌های قبلی [۲۹-۳۰]. بر اساس جدول کرسچی و مورگان برای هر گروه ۳۵ نفر برآورد شد. این افراد از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با نمونه بیمار هم‌متا شدند. از بین این افراد کسانی که دارای حداقل ۳۵ سال و حداکثر ۶۰ سال سن، متأهل، دارای حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی، تعلق به طبقه اقتصادی اجتماعی متوسط - بر اساس میزان درآمد ماهانه، محل سکونت، شغل و جایگاه اجتماعی - بودند، در گروه‌ها قرار داده شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از سه پرسش‌نامه زیر استفاده شد:

#### ۱. پرسش‌نامه محقق ساخته

این پرسش‌نامه در برگیرنده پرسش‌هایی در خصوص ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش بوده است. هم چنین اطلاعاتی در رابطه با بیماری قلبی در آن درج گردیده بود.

#### ۲. مقیاس سنجش شخصیتی نئو

برای سنجش عوامل شخصیتی از فرم کوتاه ۶۰ پرسشی آزمون ۵ عامل شخصیتی نئو مک کری و کاستا، (۱۹۸۹م) استفاده شد. این پرسش‌نامه، پنج عامل مهم شخصیتی شامل روان رنجورخویی (N)، برون‌گرایی (E)، گشودگی (O)، توافق (A) و وجدانی بودن (C) را مورد بررسی قرار می‌دهد.

میانگین و انحراف معیار سن گروه بیمار  $8/37 \pm$  و  $48/40$  و گروه سالم  $8/06 \pm$  و  $47/4$  بود، تفاوت سنی دو گروه معنی دار نبود ( $p=0/65$ ). از نظر تعداد فرزندان،  $79/3$  در صد از گروه بیمار و  $71/7$  در صد از گروه سالم دارای فرزند بودند که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $p=0/23$ ).  $57/3$  در صد از گروه بیمار و  $51/3$  در صد از گروه سالم دارای وضعیت اقتصادی در سطح متوسط بودند. اختلاف دو گروه از نظر اقتصادی معنی‌دار نبود ( $p=0/542$ ). دو گروه از نظر وضعیت تحصیلی نیز همگن بودند و اختلاف معنی‌داری نداشتند ( $p=0/467$ ). جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار دو گروه را در زیر مقیاس‌های پنج عامل بزرگ شخصیت نشان می‌دهد.

استفاده روش‌های آمار توصیفی و تی مستقل در سطح معنی‌داری  $P \leq 0.05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

در این پژوهش، ۷۰ نفر آزمودنی (۳۵ نفر از بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب و ۳۵ نفر از افراد به ظاهر سالم از همراهان بیماران)، از نظر پنج عامل بزرگ شخصیت و منبع کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور مقایسه ویژگی‌های شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب با افراد سالم، نمرات دو گروه مذکور در پرسش‌نامه پنج عامل شخصیت نئو و مقیاس کنترل راتر با استفاده از آزمون تی برای دو گروه مستقل مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها در زیر مقیاس‌های پنج عامل بزرگ شخصیت و منبع کنترل

| سطح معنی‌داری | اختلاف میانگین | میانگین و انحراف معیار | گروه  | زیر مقیاس‌های پنج عامل بزرگ شخصیت و نمره منبع کنترل |
|---------------|----------------|------------------------|-------|---|
| ۰/۰۰۷         | ۳/۳۵           | $37/72 \pm 5/01$       | بیمار | روان رنجورخویی (N)                                  |
|               |                | $34/50 \pm 4/88$       | سالم  |   |
| ۰/۰۲۶         | ۲/۷۵           | $40/30 \pm 4/55$       | بیمار | برون‌گرایی (E)                                      |
|               |                | $37/40 \pm 5/61$       | سالم  |   |
| ۰/۰۴۸         | ۲/۱۹           | $38/53 \pm 5/71$       | بیمار | گشودگی (O)  |
|               |                | $40/80 \pm 5/61$       | سالم  |   |
| ۰/۰۲          | ۳/۲۱           | $37/06 \pm 5/45$       | بیمار | توافق (A)   |
|               |                | $40/41 \pm 5/61$       | سالم  |   |
| ۰/۸۸          | ۰/۱۸           | $41/23 \pm 4/78$       | بیمار | وجدانی بودن (C)                                     |
|               |                | $41/03 \pm 4/43$       | سالم  |   |
| ۰/۰۵۱         | ۱/۵۳           | $10/13 \pm 3/09$       | بیمار | منبع کنترل  |
|               |                | $8/60 \pm 2/87$        | سالم  |   |

است اگر چه اختلاف به دست آمده معنی‌دار نیست ( $0/051$ )؛ اما نمره منبع کنترل بیماران کرونر قلب بیشتر از نقطه برش تعیین شده (نمره ۹) به دست آمد که نشان می‌دهد، بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب نسبت به افراد سالم دارای منبع کنترل بیرونی‌تری می‌باشند.

#### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی مقایسه‌ای ارزیابی شخصیت و

نتایج این بررسی نشان داد، بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب نسبت به افراد سالم در چهار عامل از پنج عامل بزرگ شخصیت شامل روان‌رنجورخویی (N)، برون‌گرایی (E)، گشودگی (O) و توافق (A) تفاوت معنی‌دار داشتند ( $0.05$ ). اما در عامل وجدانی بودن ( $0.88$ )، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین و انحراف معیار نمرات منبع کنترل بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب و افراد سالم به ترتیب  $10/13 \pm 3/09$  و  $8/60 \pm 2/87$  بوده



مقیاس برون‌گرایی نمرات بالاتری داشتند و این تفاوت معنی‌دار بوده است. بالا بودن نمره برون‌گرایی در بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلبی، با برخی از تحقیقات گذشته همسویی دارد [۲۸-۲۹]؛ اما با نتایج برخی دیگر از پژوهش‌ها همسویی ندارد [۳۴]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود، سطح بالای نمره برون‌گرایی اگرچه باعث افزایش تماس اجتماعی و در نتیجه افزایش حمایت اجتماعی افراد می‌شود؛ اما گاهی نیز به عنوان تیغ دو لبه عمل می‌نماید. شاید بتوان این تناقض را به دو صورت توجیه کرد: نخست این که بالا بودن عامل برون‌گرایی در این بیماران ممکن است تبلوری از تمایل این افراد به روابط بالاتر از حد طبیعی بوده باشد که با تمایل افراد به تجربه هیجان‌ها و عواطف منفی در ارتباط است. به نظر می‌رسد این بالا بودن نمره برون‌گرایی، به دلیل ویژگی‌هایی نظیر خصومت، اضطراب، شتابزدگی در بیماران است که به جای افزایش حمایت اجتماعی به افزایش تعارضات بین شخصی و کاهش سطح حمایت اجتماعی افراد منجر می‌شود. آیزنک، برای رابطه بالای برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی، مبانی عصب‌شناختی قائل است و بیان می‌کند، سطح بالای برون‌گرایی با بعد نوروزگرایی و با خصوصیات چون اضطراب، بی‌قراری، بدبینی، تغییرپذیری، بی‌ثباتی هیجانی همراه است و در این افراد دستگاه عصبی سمپاتیک دچار پرحساسیتی مزمن است. فرد برون‌گرا دارای مشخصه‌های جامعه‌طلبی، برانگیختگی، خوش‌بینی و نیاز به محرک بوده و گاهی از شدت واکنش‌های هیجانی برخوردار است. ناپایداری خلقی، نداشتن حساسیت اجتماعی، به مخاطره انداختن خود، نفرت از دیگران و جاذبه نسبت به چیزهای غیرمعمول به همراه حساسیت نسبت به مسائل جزئی و اضطراب بالا در فرد برون‌گرا مشاهده می‌شود و لذا، این گروه از انواع ناراحتی‌های جسمانی مانند؛ سردرد، کمردرد و مسائل هاضمه و مشکلات قلبی شکایت دارند [۳۳].

نتایج این پژوهش هم چنین نشان داد، بیماران دارای اختلال عروق کرونر قلب در مقایسه با افراد سالم در مقیاس گشودگی (O) نمرات پایین داشتند و این تفاوت معنی‌دار بوده است [۲-۲۸]. نتیجه این تحقیق با برخی از تحقیقات گذشته همسویی دارد. در تبیین یافته‌های فوق و با الهام از پژوهش‌های دیگر [۳۱-۳۲] می‌توان بیان نمود، فقدان حمایت اجتماعی، خطر بیماری قلبی و مرگ‌های ناشی از

منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب با افراد سالم بود. نتایج این بررسی نشان داد، نمره پنج عامل بزرگ شخصیت افراد مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب در مقایسه با افراد سالم، در چهار عامل روان‌رنجورخویی (N)، برون‌گرایی (E)، گشودگی (O) و توافق و سازگاری (A) تفاوت معنی‌دار دارد؛ اما در عامل وجدانی بودن (۰.۸۸)، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد.

نتایج این پژوهش نشان داد، افرادی که دچار اختلال عروق کرونر قلب بودند در مقایسه با افراد سالم در مقیاس روان‌رنجورخویی (N) نمرات بالاتری داشتند. نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعات اکبری و همکاران (۲۰۱۵)، مشکی و همکاران (۲۰۰۷م)، همخوانی دارد [۲۱-۲۲]؛ اما با نتایج مطالعه گیدورن و همکاران (۲۰۱۱م)، همخوانی ندارد [۱۱]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود، سطح بالای روان‌رنجورخویی با احتمال بروز بیماری‌های قلبی - عروقی رابطه بالایی دارد [۲۵] و افراد روان‌رنجور (N)، از آمادگی بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی برخوردارند [۲۴]. نمره بالا در روان‌رنجورخویی به این معناست که این افراد عادات رفتاری ناسالمی دارند. روان‌رنجورخویی (N) با طیف وسیعی از احساسات منفی از قبیل عصبی بودن، اضطراب و نگرانی، بدخلقی، بی‌کفایتی، ترسو بودن، اطمینان‌نداشتن، ناپایداری، ناراضی بودن و تحریک‌پذیری همراه است [۲۶]. افراد روان‌رنجور خویی (N)؛ دارای عزت نفس پایینی بوده و ممکن است عقاید و انتظارات غیرواقعی نیز داشته باشند. آن‌ها دائم نگرانند و معمولاً درباره خود و برنامه آینده احساس امنیت نکنند و از بسیاری از جنبه‌های زندگی خود ناراضی می‌باشند؛ اطرافیان آن‌ها را افرادی مضطرب، با دلشوره زیاد و در مقایسه با افراد عادی، آسیب‌پذیر معرفی می‌کنند. این افراد در مقابله با فشار روانی موفقیت‌چندانی ندارند [۲۷]. نتایج پژوهش‌های دیگر، نشان داد که مؤلفه روان‌رنجورخویی در بیماران با عروق کرونر قلب بیشتر بود و این بیماران در مقایسه با افراد سالم، دارای خصوصیات شخصیتی روان‌رنجورخویی بیشتر، شامل: تجربه اضطراب، تنش، ترحم‌جویی، کینه ورزی، تکانش‌وری، افسردگی و عزت‌نفس پایین و نمره برون‌گرایی کمتری نسبت به گروه غیر بیمار هستند [۲۸].

نتایج این بررسی هم‌چنین نشان داد، افرادی که دچار اختلال عروق کرونر قلب بودند در مقایسه با افراد سالم در

دسترس اشاره کرد، تعمیم‌پذیری نتایج را به گروه‌های دیگر با مشکل مواجه می‌سازد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های مشابه روی جوامع آماری گوناگون و با در نظر گرفتن سایر عوامل خطر ساز مهم در افراد دچار اختلال عروق کرونر قلب انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود، در بررسی‌های آتی در صورت امکان، نمونه زنان و مردان نیز با یکدیگر مقایسه گردد و با اجرای پژوهش‌های طولی ثبات یا تغییرپذیری صفات شخصیتی و منبع کنترل بررسی شود.

### سپاسگزاری

از مسئولین محترم بیمارستان حضرت زهرا شهرستان ساری و کلیه بیماران عزیزی که به رغم مشکلات ناشی از بیماری در این پژوهش مشارکت نموده‌اند و با بذل توجه و دقت، پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل نموده‌اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نماییم.

### منابع

- 1- Sarrafzadegan N, Mohammadifard N. Cardiovascular Disease in Iran in the Last 40 Years: Prevalence, Mortality, Morbidity, Challenges and Strategies for Cardiovascular Prevention. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*. 2019; 22(4): 204-210. PMID: 31126179 [In Persian]
- 2- Zou H, Tian Q, Chen Y, Cheng C, Fan X. Coping styles mediate the relationship between self-esteem, health locus of control, and health-promoting behavior in Chinese patients with coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017; 32(4): 331-8. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000357>
- 3- Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics - 2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2020; CIR. 0000000000000757. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>
- 4- Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarathetigge C, Bangdiwala SI, AlHabib KF, et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *The Lancet Global Health*. 2019; 7(6): e748-e60. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30045-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30045-2)

اختلالات عروق کرونر را افزایش می‌دهد. به نظر می‌رسد، سطح بالای گشودگی و دریافت حمایت‌های اجتماعی، واکنش به استرس را کاهش داده و از ریسک بیماری می‌کاهد [۳۳].

نتایج این پژوهش هم‌چنین نشان داد، افراد سالم در مقایسه با افرادی که دچار اختلال عروق کرونر قلب بودند در مقیاس توافق (A) نمرات بالاتری داشتند و این تفاوت معنی‌دار بوده است؛ بنابراین نتیجه این تحقیق با برخی از تحقیقات گذشته همسویی دارد [۳۴]. می‌توان گفت، بیماران دارای اختلال عروق کرونر قلب به علت نمره توافق‌پذیری پایین‌تر در مقایسه با افراد سالم، از ساز و کارهای محافظه کارانه بیشتری استفاده نموده و به واسطه ترس از طرد، و به دلیل اضطراب بالا و سایر مشکلات روان‌شناختی، ممکن است از طریق عادات‌های غذایی ناسالم، کم‌حرکی و مانند آن، زمینه ایجاد مشکلات مزمن را برای خود فراهم کنند؛ لذا مستعد تجربه بیشتر رویدادهای استرس‌زا هستند و احتمال ابتلا به ناراحتی‌های جسمانی و مشکلات قلبی در آنان افزایش می‌یابد [۳۵]. نتایج این پژوهش نشان داد، بین افراد سالم و افرادی که دچار اختلال عروق کرونر قلب بودند در عامل شخصیتی وجدانی بودن تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد [۲۹].

یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش؛ منبع کنترل بود. با توجه به نحوه نمره‌گذاری آزمون منبع کنترل، مبنی بر این که آزمودنی‌هایی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند واجد منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمره کمتر بگیرند دارای منبع کنترل درونی خواهند بود، به نظر می‌رسد، بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی نسبت به افراد سالم از منبع کنترل بیرونی‌تری برخوردارند. از منظر روان‌شناسان، افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند عصبی‌تر، مملو از کینه، بی‌اعتماد و تحریک‌پذیرترند؛ اما افراد تحت‌تأثیر منبع کنترل درونی روی هم رفته سالم‌تر و متمرثرتر هستند. از نظر راهبردهای مؤثر بر تصمیم‌گیری، افراد دارای منبع کنترل درونی تمایل دارند راهبردهای خوب را حفظ کنند و راهبردهایی که به شکست منتهی می‌شود را کنار بگذارند [۲۸-۲۹].

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های مربوط به حوزه علوم رفتاری و روانشناسی با محدودیت‌هایی مواجه بود که برای مثال می‌توان به استفاده از آزمودنی‌های در

- 12-Daníelsdóttir HB, Jylhävä J, Hägg S, Lu Y, Colodro-Conde L, Martin NG, et al. Neuroticism as a predictor of frailty in old age: a genetically informative approach. *Psychosomatic medicine*. 2019; 81(9): 799-807.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000742>
- 13-Jonasson JM, Hendryx M, Manson JE, Dinh P, Garcia L, Liu S, et al. Personality traits and the risk of coronary heart disease or stroke in women with diabetes—an epidemiological study based on the Women's Health Initiative. *Menopause*. 2019; 26(10): 1117-24.  
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001382>
- 14-Žegura I, Bratko D, Jokić-Begić N, Ivanuša M. Differences in Personality Traits and the Influence of Personality Traits on the Development and Course of Coronary Heart Disease. *Cardiologia Croatica*. 2019; 14(1-2): 24-33. <https://doi.org/10.15836/ccar2019.24>
- 15-Nero D, Agewall S, Daniel M, Caidahl K, Collste O, Ekenbäck C, et al. Personality traits in patients with myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries. *The American journal of medicine*. 2019; 132(3): 374-81. e1.  
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.11.010>
- 16-Nowicki S, Duke MP. Foundations of locus of control. Perceived control: theory, research, and practice in the first. 2017; 50: 147-70.
- 17-Georgescu D, Duiu A, Cheiban T, Mazilu T, Rotariu A, Toma D, et al. The relationship between locus of control, personal behavior, self-efficacy and resilience. *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis*. 2019; 6(1-2).  
 Article\_2\_V6I1-2\_RJCBTH\_2019.pdf
- 18-Malekzadeh M, Hashemi Mohammad Abad N, Vazir S. Health Related Quality of Life, Perceived Stress, Depression, Perceived Social Support, Coping Strategies and Health Locus of Control in Patients with Gastrointestinal Cancer; A Path Analysis Study. *Journal of Clinical Care and Skills*. 2019; 1(1): 23-30.  
<https://doi.org/10.52547/jccs.1.1.23> [In Persian]
- 19-Kesavayuth D, Poyago-Theotoky J, Zikos V. Locus of control, health and healthcare utilization. *Economic Modelling*. 2020; 86: 227-38.  
<https://doi.org/10.1016/j.econmod.2019.06.014>
- 5- Gomez MA, Bairey Merz CN, Eastwood JA, Pepine CJ, Handberg EM, Bittner V, et al. Psychological stress, cardiac symptoms, and cardiovascular risk in women with suspected ischemia but no obstructive coronary disease (INOCA). *Stress and Health*. 2020.  
<https://doi.org/10.1002/smi.2928>
- 6- Cyr S, Painchaud-Bouchard A-S, Marcil M-J, Rhainds D, Brouillette J, Cyr S, et al. Increased Risk of Coronary Heart Disease in Patients with Anxiety Disorders-A Review of Underlying Biomarkers. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*. 2019; 23(1): 17117-23.  
<http://dx.doi.org/10.26717/BJSTR.2019.23.003844>
- 7- Vaccarino V, Badimon L, Bremner JD, Cenko E, Cubedo J, Dorobantu M, et al. Depression and coronary heart disease: 2018 ESC position paper of the working group of coronary pathophysiology and microcirculation developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. *Eur Heart J*. 2019; 28.  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy913>
- 8- Menon V, Pillai AG, Satheesh S, Kaliamoorthy C, Sarkar S. Factor structure and validity of Type D personality scale among Indian (Tamil-speaking) patients with acute myocardial infarction. *Indian Journal of Psychiatry*. 2019; 61(6): 572.  
[https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_27\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_27_19)
- 9- Sumin A, Raïkh O, Karpovich A, Korok E, Bezdenezhnykh A, Bokhan I, et al. Personality types in patients with atherosclerosis of different localization: prevalence and clinical features. *Klinicheskaia meditsina*. 2012; 90(4): 43-9.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2261-11-45>
- 10-André-Petersson L, Schlyter M, Engström G, Tydén P, Hedblad B. Behavior in a stressful situation, personality factors, and disease severity in patients with acute myocardial infarction: baseline findings from the prospective cohort study SECAMI (The Secondary Prevention and Compliance following Acute Myocardial Infarction-study). *BMC cardiovascular disorders*. 2011; 11(1): 45.
- 11-Gidron Y. Psychosocial Factors in Coronary Heart Disease. *Behavioral Medicine: Springer*; 2019. 59-80.

- 28-Li, Husheng, et al. "Association of demographics, cardiovascular indicators and disability characteristics with 7-year coronary heart disease incident in persons with disabilities." *BMC Public Health*. 23.1 (2023): 1370.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16297-0>
- 29-Lefcourt HM. Locus of control: Current trends in theory & research: Psychology Press; 2014.
- 30-Pedersen, S. S., & Denollet, J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2003; 10(4): 241-248.  
<https://doi.org/10.1097/00149831-200308000-00005>
- 31-Graven LJ, Grant JS, Vance DE, Pryor ER, Grubbs L, Karioth S. Coping styles associated with heart failure outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014; 4(2): 227-242.  
<https://doi.org/10.5430/JNEP.V4N2P227>
- 32-Leventhal H, Weinman J, Leventhal EA, Phillips LA. Health psychology: The search for pathways between behavior and health. *Annu. Rev. Psychol.* 2008 Jan 10; 59: 477-505.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093643>
- 33-Narita M, Tanji F, Tomata Y, Mori K, Tsuji I. The mediating effect of life-style behaviors on the association between personality traits and cardiovascular disease mortality among 29,766 community-dwelling Japanese. *Psychosomatic medicine*. 2020 Jan 1; 82(1): 74-81.  
<https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000757>
- 34-Eysenck HJ. Personality and stress as causal factors in cancer and coronary heart disease. In: Individual differences, stress, and health psychology. 1988 Jul 8; (pp. 129-145). New York: NY: Springer New York.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3824-9\\_7](https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3824-9_7)
- 35-Leu H-B, Yin W-H, Tseng W-K, Wu Y-W, Lin T-H, Yeh H-I, et al. Impact of type D personality on clinical outcomes in Asian patients with stable coronary artery disease. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2019; 118(3): 721-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.08.021>
- 20-Groth N, Schnyder N, Kaess M, Markovic A, Rietschel L, Moser S, et al. Coping as a mediator between locus of control, competence beliefs, and mental health: A systematic review and structural equation modelling meta-analysis. *Behaviour research and therapy*. 2019; 121: 103442.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103442>
- 21-Akbari zardkhaneh saeed\* yh, peyravi hamid, poursharifi hamid, zeinali shirin, sobhi gharamaleki naser, hassanabadi hamidreza, hamidpour hassan. psychometric properties of 5-dimension personality test (5dpt): an instrument for psychopathology assessments. *iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2015; 20(4): 326-338. Psychometric properties of 5-Dimension Personality Test (5DPT): An instrument for psychopathology assessments. **[In Persian]**
- 22-Moshki m GF, Hajizadeh A and Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health*. 2007; 7(295).  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-295>  
**[In Persian]**
- 23-Elise B, Eynde SV, Egée N, Lamotte M, Van de Borne P, Carole F-H. Are trait emotional competencies and heart rate variability linked to mental health of coronary heart disease patients? *Psychological reports*. 2020:0033294119898116.  
<https://doi.org/10.1177/0033294119898116>
- 24-Friedman HS. Neuroticism and health as individuals age. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2019; 10(1): 25.  
<https://doi.org/10.1037/per0000274>
- 25-Jokela M, Pulkki-Råback L, Elovainio M, Kivimäki M. Personality traits as risk factors for stroke and coronary heart disease mortality: pooled analysis of three cohort studies. *Journal of behavioral medicine*. 2014; 37(5): 881-9.  
<https://doi.org/10.1007/s10865-013-9548-z>
- 26-Hagger-Johnson G, Roberts B, Boniface D, Sabia S, Batty GD, Elbaz A, et al. Neuroticism and cardiovascular disease mortality: socioeconomic status modifies the risk in women (UK Health and Lifestyle Survey). *Psychosomatic medicine*. 2012; 74(6): 596-603.  
<https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31825c85ca>
- 27-Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, Bullis JR, Carl JR. The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*. 2014; 9(5): 481-96.  
<https://doi.org/10.1177/1745691614544528>

## مقایسه سیستم‌های مغزی-رفتاری، سبک‌های تصمیم‌گیری و تنظیم‌شناختی هیجان در بزرگسالان با و بدون نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی

نویسندگان

آسیه وکیا<sup>۱</sup>، رضا سلطانی شال<sup>۲\*</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. asiyeHVakia6@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد تمام گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. abolghasemi\_44@yahoo.com

چکیده

**مقدمه:** اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در بزرگسالان دارای تبعات منفی بسیاری برای فرد و جامعه است. از این رو شناسایی عوامل مرتبط با این اختلال حایز اهمیت است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه سیستم‌های مغزی رفتاری، تصمیم‌گیری و تنظیم شناختی هیجان در بزرگسالان با و بدون نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی بود.

**روش:** طرح پژوهش، علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش حاضر دانشجویان دانشگاه گیلان بود که نمونه‌ای با حجم ۳۲۰ نفر (۱۲۰ نفر دارای نشانگان و ۲۰۰ نفر بدون نشانگان)، به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین آن‌ها انتخاب شد. ابزارهای پژوهشی مورد استفاده شامل، فرم کوتاه مقیاس خودسنجی بیش‌فعالی و نقص توجه بزرگسالان سازمان بهداشت جهانی (ASRS)، پرسش‌نامه سیستم‌های مغزی/رفتاری (BAS-BIS)، پرسش‌نامه سبک‌های عمومی تصمیم‌گیری (GDMS) و فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم‌شناختی هیجانی (CERQ) بود. داده‌های پژوهش از طریق تحلیل واریانس یک و چند متغیر و به وسیله نرم‌افزار SPSS.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد، بین بزرگسالان با و بدون نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی از نظر سیستم فعال‌سازی و سیستم بازداری رفتاری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. اما، بین دو گروه از نظر مؤلفه‌های عقلانی، شهودی، وابستگی، آنتی و اجتنابی تصمیم‌گیری شناختی تفاوت معنی‌دار وجود داشت. همچنین، راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم هیجانی در بزرگسالان با نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی بیشتر از بزرگسالان بدون نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی است؛ اما راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجانی در بزرگسالان با و بدون نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی برابر است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش شواهدی برای آسیب‌شناسی روانی نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی بزرگسالان فراهم آورده و نشان‌دهنده نقش متغیرهای شناختی در این اختلال است. این یافته‌ها بیان می‌کند، سبک‌های تصمیم‌گیری و تنظیم‌شناختی هیجان از متغیرهای تأثیرگذار بر نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی بزرگسالان است. بر این اساس آموزش‌های روان‌شناختی می‌تواند در جهت تعدیل این ویژگی‌های و همچنین نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی بزرگسالان استفاده شود.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۰/۱۶

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۴/۱۲



کلیدواژه‌ها

نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی، سیستم‌های مغزی رفتاری، سبک‌های تصمیم‌گیری، تنظیم‌شناختی هیجان.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

Soltani.Psy@gmail.com

## مقدمه

۷/۲ درصد و مرکب ۷/۳ درصد بود. همچنین سابقه مشروطی، مردودی، اختلال‌های روان‌پزشکی و مصرف داروهای روان‌پزشکی در دانشجویان با ADHD بیشتر بود [۱۳]. در یک مطالعه دیگر، ظهیرالدین و همکاران [۱۴] دریافتند که میزان شیوع کلی ADHD در دانشجویان ۳۱٪؛ میزان ADHD در زیر مقیاس C (نشانه‌های کلی بیش‌فعالی/کم‌توجهی) ۲۹٪، میزان زیرمقیاس D (شاخص بیش‌فعالی/کم‌توجهی) ۲۶.۸٪ و میزان زیرمقیاس A (کم‌توجهی-مشکل حافظه) ۷.۸٪ می‌باشد. در یک مطالعه دیگر نشان داده شد، شیوع ADHD در جمعیت دانشجویان ۸/۶٪ است و در گروه دانشجویان با ADHD میزان بالاتری از سابقه اختلال روان‌پزشکی، مصرف داروهای روان‌پزشکی و مصرف سیگار وجود داشت [۱۵]. با این حال، شیوع و عوارض آن در دانشجویان کمتر مورد توجه قرار گرفته است [۱۲] و به همین دلیل محققان معتقدند که شیوع بالای این اختلال در دانشجویان، توجه بیشتر به این اختلال در دانشجویان در زمینه شناسایی و ارجاع به موقع برای درمان و پیشگیری را به یک ضرورت تبدیل کرده است [۱۵]. دانشگاه گیلان با ۱۸ هزار دانشجو، به عنوان بزرگ‌ترین مرکز آموزش عالی در منطقه شمال کشور مشغول به فعالیت است و سالانه حدود ۴۵۰۰ نفر دانشجو را در ۳۲۶ رشته - گرایش در مقاطع تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری پذیرش می‌نماید؛ لذا بررسی آسیب‌شناسی روانی و مؤلفه‌های اثرگذار بر آن در این جمعیت قابل ملاحظه ضروری به نظر می‌رسد و شناخت دقیق‌تر این اختلال می‌تواند در زمینه درمان و تدوین طرح‌های درمانی و پیشگیری ضروری و کمک کننده باشد.

از جمله متغیرهای مرتبط با ADHD، سیستم‌های مغزی - رفتاری<sup>۱</sup> است [۱۷ و ۱۶]. برخی مطالعات، تفاوت در سیستم مغزی - رفتاری را زمینه‌ساز تفاوت‌های شخصیتی افراد مطرح کرده‌اند به گونه‌ای که سه سیستم جداگانه؛ اما در تعامل با هم در مغز وجود دارد که رفتارهای هیجانی را کنترل می‌کنند [۱۷]. این سه سیستم عبارتند از: سیستم فعال‌سازی رفتاری<sup>۲</sup>، سیستم بازداری رفتاری<sup>۳</sup> و سیستم جنگ و گریز<sup>۴</sup>.

اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی (ADHD) یک اختلال پیچیده و در عین حال متداول عصبی - تحولی<sup>۱</sup> است که شیوع ۳ تا ۵ درصدی در بزرگسالان دارد و شامل نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری نامناسب با سطح رشدی فرد است و با نقص در کارکردهای تحصیلی، اجتماعی، هیجانی و شغلی همراه است [۱، ۲، ۳]. تصور می‌شود، مبتلایان به این اختلال هنگام رسیدن به سن نوجوانی یا اوایل بزرگسالی مشکلات خود را پشت سر می‌گذارند اما این فرض توسط بررسی‌های فراتحلیل تأیید نشده است و در بیش از نیمی از افراد و در برخی مطالعات ۳۴ تا ۵۵ درصد تا بزرگسالی تداوم می‌یابد [۴]. ADHD در بزرگسالی از جمله اختلالات مشکل‌زا در این دوران است که افراد مبتلا را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری سه علامت اصلی آن هستند که در بزرگسالی بیش‌فعالی تبدیل به بی‌قراری می‌شود [۵]. این اختلال حوزه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد از جمله سلامت، ارتباط خانوادگی، پیشرفت تحصیلی، اشتغال، مدیریت مالی و رانندگی ایمن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۶-۸]. مطالعات مختلف نشان می‌دهد، شیوع این اختلال در دانشجویان نسبت به جمعیت بزرگسالان فراتر است و پیامدهای آن در زمینه بهزیستی، بهداشت روانی و ضعف‌های اجتماعی - اقتصادی دانشجویان نمایان می‌شود [۹-۱۰]. این مسئله وقتی ضروری به نظر می‌رسد که بر اساس مطالعه مرادی سیاه افشادی و همکاران [۱۱]، احتمال ابتلا به ADHD در بین دانشجویان در حال افزایش است به صورتی که در یک مطالعه شیوع ADHD در دانشجویان ۷/۳٪ به دست آمد که بیشترین فراوانی (۸/۷٪) به زیر مقیاس B (بیش‌فعالی - بی‌قراری) و کمترین فراوانی (۲٪) به زیر مقیاس D (مشکلات تصور کلی از فرد) و زیر مقیاس A (کم‌توجهی - مشکل حافظه) مربوط بود و همچنین در دانشجویان با ADHD میزان بالاتری از سابقه اختلال روان‌پزشکی و همچنین سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی مشاهده شد [۱۲]. نتایج یک مطالعه نشان داد، میزان شیوع کلی ADHD در دانشجویان ۷/۳ درصد بود. همچنین میزان شیوع نارسایی توجه ۵/۳ درصد، بیش‌فعالی - تکانشگری

2 . Brain - Behavioral Systems  
3 . Behavioral Activation System  
4 . Behavioral Inhibition System  
5 . Fight-Flight-Freeze System

1 . Neurodevelopmental

در برخی از رفتارهای پرخطر نظیر رانندگی خطرناک، گرایش به خشونت و گرایش به خطرپذیری جنسی در مقایسه با دانشجویان غیرمبتلا متفاوت هستند و در سایر رفتارهای پرخطر نظیر گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر و روان‌گردان تفاوت معناداری بین این دو گروه مشاهده نمی‌شود. در یک مطالعه دیگر، بخشی‌پور و همکاران [۲۶]، در مطالعه خود یافتند که تفاوت معناداری در تکانشگری سرعت پاسخ که در اثر نقص در بازداری پاسخ ایجاد می‌شود بین دو گروه با و بدون ADHD وجود داشت، ولی در تکانشگری انتخاب که بازداری اجرای فوری یک میل قوی است بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت. رسولی و همکاران [۲۷]، در مطالعه خود یافتند که نمرات تکانشگری هیجانی در مؤلفه‌های قصد قبلی، پشتکار و اضطراب در بزرگسالان بهنجار به طور معناداری پایین‌تر از بزرگسالان مبتلا به ADHD بود؛ اما در مؤلفه هیجان‌خواهی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت. نتایج این مطالعات و بسیاری از مطالعات مشابه نشان‌دهنده نتایج متناقض و واگرا درباره مؤلفه‌های روان‌شناختی اثرگذار بر شکل‌گیری یا تشدید ADHD است.

مؤلفه‌های شناختی نقش معناداری در سبب‌شناسی و درمان ADHD دارند و در همین راستا مطالعات نشان می‌دهند که مؤلفه‌های شناختی نظیر کارکردهای اجرایی مغز در تغییرات ADHD نقش منفی داشته و نقص در این کارکردها زمینه‌ساز شکل‌گیری ADHD است و به همین دلیل در سبب‌شناسی ADHD لازم است بر ارزیابی مؤلفه‌های شناختی تأثیرگذار نظیر کارکردهای اجرایی تأکید شود و نقص در کارکردهای اجرایی را به عنوان پایه عصب شناختی ADHD به حساب آورد [۲۸]. یکی از خرده مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی تصمیم‌گیری است و تصمیم‌گیری پرخطر از مؤلفه‌های اصلی و نقص‌های محوری ADHD است [۲۹]، به گونه‌ای که پژوهش‌ها حاکی از وجود کمبودهایی در هر دو سامانه داغ (تصمیم‌گیری) و سرد (حل‌مسئله، حافظه‌کاری، مهار واکنش و برنامه‌ریزی) در افراد دارای ADHD است [۳۰] و نشان می‌دهند که افراد با اختلال نارسایی توجه‌بیش فعالی گرایش بیشتری به اتخاذ تصمیمات پرخطر دارند و در این میان، بیش‌فعالی و تکانشگری پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز است [۳۱] و مطالعات اخیر تکانشگری

سیستم فعال ساز رفتاری مسئول تجربه احساسات مثبت همچون امید، وجد و شادی است و سبب گرایش برای رسیدن به هدف و تجربه کردن احساسات مثبت در موقعیت‌هایی که احتمال پاداش در آنها زیاد است می‌شود. سیستم بازداری رفتاری نحوه پاسخ به محرک‌های شرطی منفی را تعیین می‌کند و سبب می‌شود افراد محتاط‌تر باشند، اضطراب بیشتری را تجربه کنند و رفتارهای اجتنابی از خود نشان دهند. سیستم جنگ و گریز که در پاسخ به محرک ناخوشایند شرطی و غیرشرطی، رفتار فرار و اجتناب را فعال می‌سازد و هیجان ترس را به آن نسبت می‌دهند [۱۸-۱۹]. بر اساس این نظریه، اختلالات روان‌شناختی ریشه در اختلال در کارکرد یکی از سیستم‌ها یا تعاملات آن‌ها دارد [۲۰]. البته مطالعات در این زمینه واگرایی و ناهمخوانی دارند. برای نمونه، نصیری و همکاران [۱۷] یافتند که بین سیستم فعال ساز رفتاری و مقیاس بیش‌فعالی و همچنین مقیاس تکانشگری رابطه معنی‌دار و مثبت وجود دارد اما بین سیستم بازداری رفتاری و هیچ یک از مقیاس‌های ADHD رابطه معنی‌دار وجود ندارد و ارتباط بین سیستم فعال‌ساز رفتاری و مقیاس‌های نقص توجه و مشکل در خودپنداره معنی‌دار نیست.

مطالعات یافته‌اند افراد مبتلا به ADHD در برابر کارهای ممنوع مقاومت کمتری دارند، به خصوص این که این ممنوعیت مانع رسیدن به پاداش شود و در واقع این افراد به پاداش‌های آنی نیاز دارند [۲۱]. با این حال نتایج مطالعات متعدد بعضاً ناهمخوان بوده است. برای نمونه، نصیری و همکاران [۲۲] یافتند که تکانشگری مبتلابان به ADHD نسبت به کودکان عادی عمدتاً حاصل نقص در بازداری است، اما این نقص در بازداری به تنهایی پیش‌بینی‌کننده رفتار پرخطر و سازش‌نا یافته این کودکان نسبت به کودکان عادی نبوده و می‌تواند تابعی از گرایش به خطرپذیری بالا نیز باشد. حسنی و همکاران [۲۳] یافتند که راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان می‌بایست در مفهوم‌سازی و تشخیص علائم ADHD در بزرگسالان در نظر گرفته شود و در همین راستا محمدی و شادبافی [۲۴]، مطرح کردند که اختلال ADHD بیشتر با فعالیت غیرطبیعی نواحی ارتباطی آهیانه‌ای - پیشانی که مسئول عملکردهای شناختی نظیر بازداری می‌باشند مرتبط است، اما یافته‌های میدورقی و همکاران [۲۵] نشان داد، دانشجویان مبتلا به ADHD صرفاً

بزرگسالان را در پی دارد و می‌تواند برای مبتلایان کمک‌کننده باشد، بویژه اگر این جمعیت بزرگسالان، دانشجویان باشند چراکه برخی مطالعات [۴۴] نشان داده‌اند این اختلال پیامدهای نامطلوبی نظیر مشکلات تحصیلی، اختلالات رفتاری، مشکلات اجتماعی و خانوادگی به همراه دارد. در همین راستا پژوهشگران مطرح کرده‌اند که ADHD در بزرگسالی از بین نرفته و به‌خصوص در دانشجویان مبتلا مشکلات بسیاری در زمینه‌های عاطفی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد می‌کند و با توجه به میزان قابل‌توجه این اختلال در بین دانشجویان، غربالگری دانشجویان دارای این اختلال و نیز بررسی بیشتر در جهت کمک به بهبود عملکرد و روابط آن‌ها را ضروری می‌دانند [۱۴]. با این حال، پژوهشگران مطرح می‌کنند که اطلاعات ما پیرامون شیوع این اختلال در بزرگسالان و نقش آن در مسائل مختلف بسیار اندک است [۳۷].

در این زمینه، بیرامی و همکاران [۳۷] یافتند که بین دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری در تمام مؤلفه‌های ADHD بزرگسال تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که نمره‌های دانشجویان سیگاری در تمام مؤلفه‌های ADHD از دانشجویان غیرسیگاری بیشتر است. رسولی مهین و همکاران [۲۷] یافتند، نمرات کارکردهای اجرایی در حیطه‌های برنامه‌ریزی، بازداری و حافظه‌کاری در بزرگسالان بهنجار به طور معناداری بالاتر از بزرگسالان مبتلا به ADHD بود و نمرات تکانش‌گری هیجانی در مؤلفه‌های قصد قبلی، پشتکار و اضطراب در بزرگسالان بهنجار به طور معناداری پایین‌تر از بزرگسالان مبتلا به ADHD بود؛ اما در مؤلفه هیجان‌خواهی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت. مطالعه غفاری و همکاران [۳۸] نشان داد، بزرگسالان مبتلا به ADHD در مراحل اولیهٔ پردازش چهره و هیجان چهره با افراد بدون اختلال متفاوت هستند که می‌تواند در تعبیر چهره و هیجان آن تأثیرگذار باشد. روشنی و همکاران [۳۴] یافتند که نمرات افراد مبتلا به ADHD در مؤلفه‌های ناگویی خلقی شامل ناتوانی در شناسایی احساسات و ناتوانی در توصیف احساسات به صورت معنی‌داری بیشتر از افراد عادی بود. نتایج مطالعه علیزاده گورداد و همکاران [۳۹] نشان داد، بین نشانه‌های ADHD در بزرگسالان با پذیرش مواد و استعداد الکل رابطه معناداری وجود دارد و وجود این اختلال در بزرگسالی، پذیرش مواد و استعداد الکل را به طور

هیجانی را به عنوان مؤلفه‌های اساسی در ADHD مطرح می‌کنند [۲۳]. در همین راستا، در یک مطالعه نشان داده شد، افراد با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در ارزیابی‌های عصب روان‌شناختی شامل برنامه‌ریزی، بازداری، حافظه کلامی و فضایی و انعطاف‌پذیری شناختی نقص دارند [۳۲].

از جمله متغیرهای مرتبط با ADHD، هیجان و تنظیم آن است [۳۳]. هیجان‌ها نقش مؤثری در میزان سلامت و عملکرد مطلوب فرد در روابط اجتماعی دارند و می‌توانند از این طریق بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد بی‌افزایند [۳]. مطالعات نشان داده‌اند، تنظیم هیجان در افراد مبتلا به ADHD با نقص و کژکاری همراه است. برای مثال، یک مطالعه نشان داد، نمرات افراد مبتلا به ADHD در مؤلفه‌های ناگویی خلقی نظیر ناتوانی در شناسایی احساسات و ناتوانی در توصیف احساسات به صورت معنی‌داری بیشتر از افراد عادی بود [۳۴]. به‌علاوه این اختلال می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات خلقی و هیجانی نظیر افسردگی نیز باشد [۳۵]. در واقع، افراد دارای ADHD در تنظیم پاسخ‌های هیجانی نارسایی دارند که منبع اختلال در تعاملات بین فردی آن‌ها می‌باشد، و این مسئله از آن جهت اهمیت بالایی دارد که توانایی ادراک و تفسیر مناسب احساسات و هیجان‌ات خود و دیگران به منظور سازگاری با روابط بین فردی بسیار حیاتی است [۳۴].

تنظیم‌شناختی هیجانی به مجموعه‌ای از راهکارهای شناختی گفته می‌شود که افراد از آن‌ها برای تقویت، تضعیف و یا حفظ هیجان‌ات خود استفاده می‌کنند. شواهد جدید در خصوص اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی نشان می‌دهد که اشکال در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در ایجاد و تداوم این اختلال باشد [۲۳]؛ اما ماهیت این ارتباط هنوز مبهم و ناشناخته مانده است [۳۶]. در همین راستا، حسنی و همکاران [۲۳] دریافتند، پنج راهبرد شناختی نظم‌جویی هیجان ملامت خود، فاجعه‌سازی، ملامت دیگری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت به طور معناداری در پیش‌بینی علائم ADHD بزرگسال نقش دارند.

با توجه به یافته‌های مطالعات انجام شده، این پرسش مطرح است که آیا بزرگسال با و بدون نشانگان ADHD از نظر سیستم‌های مغزی رفتاری، تصمیم‌گیری و تنظیم‌شناختی هیجان با یکدیگر متفاوت هستند؟ یافتن پاسخ این پرسش، شناخت بهتری از این اختلال در



۱۲۰ نفر در گروه افراد با نشانگان ADHD قرار گرفتند. شایان ذکر است که مقیاس بیش‌فعالی و نقص توجه بزرگسالان (ASRS) در بین ۵۰۰ دانشجو توزیع شد و از این میان ۱۲۰ نفر با نشانگان ADHD شناسایی شدند و با توجه به حجم نمونه مورد نظر، بقیه افراد از گروه بدون نشانگان ADHD انتخاب شدند. این دو گروه از نظر تحصیلات، نبود شرکت‌کننده، دامنه سنی (۲۰ تا ۳۰ سال) و مصرف نداشتن الکل و وابستگی به مواد مخدر (معیار خروج) هم‌تاسازی شدند.

### ابزارهای پژوهش

۱. فرم کوتاه مقیاس خودسنجی بیش‌فعالی و نقص توجه بزرگسالان سازمان بهداشت جهانی (ASRS)

این مقیاس که توسط کسلر و همکاران [۴۲]، در سال ۲۰۰۵م و تحت نظر سازمان جهانی بهداشت و بر اساس معیارهای DSM و در قالب ۱۸ پرسش تدوین شده است. در این مقیاس نقطه برش برای تشخیص ADHD بزرگسالان نمره بالاتر از ۵۰ در نظر گرفته شده است و این نمره معیار وجود نشانگان ADHD بزرگسال تلقی می‌شود. این مقیاس دارای حساسیت ۸۷ درصدی در شناسایی علائم ADHD بزرگسالان در نقطه برش ۵۰ است و روایی آن را با استفاده روش تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی برای ساختار دوعاملی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین روایی ملاکی این مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی با دو پرسش‌نامه تکانشگری بارت ( $r=0/56$ ) و پرسشنامه کانزر ( $r=0/45$ ) مورد تأیید قرار دادند [۴۳]. در مطالعه حاضر، پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ،  $0/75$  به دست آمد.

۲. پرسشنامه سیستم‌های مغزی-رفتاری (BAS-BIS)

این پرسشنامه که توسط کارور و وایت [۴۴]، در سال ۱۹۹۴م ساخته شد یک ابزار خودگزارشی با ۲۴ پرسش است. زیرمقیاس بازداری رفتاری در این پرسش‌نامه شامل، هفت گویه و چهار گزینه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری را در پاسخ به نشانه‌های تهدید اندازه می‌گیرد. از طرفی زیرمقیاس فعال‌سازی رفتاری نیز شامل ۱۳ گویه است که حساسیت سیستم فعال‌سازی رفتاری را ارزیابی می‌کند. آقاییوسفی و همکاران [۴۵]، ضریب

معنادار پیش‌بینی می‌کند. در یک مطالعه، وطنی و همکاران [۴۰] یافتند که دانشجویان وابسته به اینترنت نسبت به دانشجویان غیروابسته، دارای سطح بالاتری از نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی هستند. همچنین قنبری و همکاران [۴۱] یافتند که میزان مصرف سیگار، افسردگی، اضطراب و تصمیم‌گیری ریسکی در دانشجویان مبتلا به ADHD از گروه فاقد این اختلال بیشتر است. نتایج این یافته‌های و یافته‌های مشابه نمایانگر ضرورت مطالعات بیشتر برای بررسی ابعاد مختلف‌های ADHD بر روی بزرگسالان به‌ویژه در جمعیت‌های دانشجویی است تا از این طریق بتوان تبعات و آسیب‌ها و عوامل زمینه‌ساز این اختلال در این جمعیت را دقیق‌تر بررسی کرد و طرح‌های آموزشی و درمانی دقیق‌تر و متناسب‌تری برای تعدیل و درمان این اختلال در جمعیت بزرگسالان دانشجوی ارائه کرد. این مطالعه در همین راستا و با هدف مقایسه سیستم‌های مغزی - رفتاری، سبک‌های تصمیم‌گیری و تنظیم‌شناختی هیجان در بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD انجام شد.

### روش

#### نوع روش

طرح تحقیق حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود. در پژوهش حاضر افراد با و بدون نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی به عنوان متغیر پیش‌بین، و سیستم‌های مغزی - رفتاری، تصمیم‌گیری شناختی و تنظیم هیجانی به عنوان متغیرهای ملاک در نظر گرفته شد.

#### آزمودنی‌ها (جامعه آماری و نمونه پژوهش)

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مقاطع مختلف تحصیلی دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. برای تعیین حجم نمونه با توجه به نسبت F، اثرات عضویت گروهی متغیر مستقل (دو گروه نمونه) و دو متغیر همپراش (سن و جنسیت) از نسخه ۳.۱.۹.۷ برنامه نرم‌افزاری G\*Power استفاده شد. با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول (آلفا) در سطح  $0/05$  (سطح اطمینان  $0/95$ )، سطح توان آزمون برابر با  $0/95$  و اندازه اثر متوسط  $0/2$  حجم نمونه، معادل ۳۰۰ نفر به صورت کل و برای هر گروه ۱۵۰ نفر به دست آمد که با توجه به احتمال ریزش ۱۰ درصدی داده‌ها، تعداد ۳۲۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که در این میان ۲۰۰ نفر در گروه افراد بدون نشانگان ADHD و

بزرگسالان (ASRS) بر روی ۵۰۰ دانشجو اجرا شد. افرادی که نمرهٔ برش ۵۰ به بالا کسب کردند (۱۶۳ نفر) به عنوان گروه با نشانگان ADHD و افرادی که نمرهٔ پایین‌تر از آن کسب کردند به عنوان گروه بدون نشانگان (۳۳۷ نفر) وارد فرایند نمونه‌گیری نهایی شدند. سعی شد، درصد ۰/۴ به ۰/۶ به دست آمده در نمونه‌گیری اولیه، در نمونه‌گیری تصادفی ثانویه نیز لحاظ شود؛ لذا از میان افراد اختلال، تعداد ۱۲۰ نفر به صورت تصادفی و از میان افراد بدون نشانگان، تعداد ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در نهایت ۳۲۰ نفر که بر اساس نسخه ۳.۱.۹.۷ برنامه نرم افزاری G\*Power تعیین شده بود در تحلیل نهایی مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل کسب نمرهٔ برش، دامنهٔ سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و رضایت و تمایل شخصی در نظر گرفته شد. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل همکاری نامناسب، الکلیسم و وابستگی به مواد مخدر در نظر گرفته شد. در نهایت، اطلاعات این افراد در سه متغیر مورد پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت. در تمامی مراحل پژوهش اصول اخلاق در پژوهش رعایت گردید: شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

#### شیوه تحلیل داده‌ها

تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ انجام گرفت. سطح معنی‌داری قابل قبول برای آزمون فرضیه‌ها نیز برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و تحلیل داده‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل واریانس تک متغیری انجام شد.

#### یافته‌های جمعیت‌شناختی

در گروه دارای نشانگان ADHD تعداد ۴۹ نفر (۴۰/۸ درصد) مرد و ۷۱ نفر (۵۹/۲ درصد) زن بودند. همچنین در گروه بدون نشانگان ADHD تعداد ۸۲ نفر (۴۱ درصد) مرد و ۱۱۸ نفر (۵۹ درصد) زن بودند. در گروه دارای نشانگان ADHD تعداد ۷۲ نفر (۶۰ درصد) تا ۱۸ تا ۲۲ سال، ۳۵ نفر (۲۹/۲ درصد) تا ۲۳ تا ۲۷ سال و ۱۳ نفر (۱۰/۸ درصد) تا ۲۸ سال و بالاتر بودند. در گروه بدون نشانگان ADHD تعداد ۷۶ نفر (۳۸ درصد) تا ۱۸ تا ۲۲ سال، ۹۹ نفر (۴۹/۵ درصد) تا ۲۳ تا ۲۷ سال و ۱۳ نفر (۱۰/۸ درصد) تا ۲۸ سال و بالاتر بودند.

آلفای کرونباخ را برای مؤلفه‌های این ابزار از ۰/۶۵ تا ۰/۶۸ گزارش کردند که بیان‌گر ثبات درونی مناسب آزمون است. در مطالعه حاضر، پایایی این پرسش‌نامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۷۸ به دست آمد.

#### ۳. پرسشنامه سبک‌های عمومی تصمیم‌گیری (GDMS)

این پرسشنامه که توسط اسکات و بروس [۴۶]، در سال ۱۹۹۵ م ساخته شد، یک ابزار خود گزارش با ۲۵ پرسش پنج گزینهٔ هرگز تا همیشه است که برای سنجیدن سبک‌های تصمیم‌گیری افراد طراحی شده است و پنج سبک تصمیم‌گیری عقلانی، شهودی، وابستگی، آنی و اجتنابی را اندازه‌گیری می‌کند. سبک تصمیم‌گیری غالب هر شخص بین پنج سبک تصمیم‌گیری عقلانی، شهودی، وابستگی، آنی و اجتنابی، سبکی است که در آن بالاترین نمره را نسبت به سبک‌های دیگر تصمیم‌گیری کسب کرده است. در ایران پایایی این پرسش‌نامه را برای سبک‌های تصمیم‌گیری عقلانی، شهودی، وابستگی، آنی و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۹۴ و ۰/۸۷ گزارش کردند [۴۷]. در مطالعه حاضر، پایایی این پرسش‌نامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶۸۷ به دست آمد. در مطالعه حاضر، پایایی این پرسش‌نامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ به دست آمد.

#### ۴. فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان (CERQ)

این پرسشنامه که توسط گارفنسکی و همکاران [۴۸] در سال ۲۰۰۶ م ساخته شد یک ابزار خودگزارشی با ۱۸ گویه است. ۱۰ گویه برای ابعاد سازگار تنظیم هیجان و ۸ گویه برای ابعاد سازگار تنظیم هیجان در نظر گرفته شده است. نمرات بالا در هر زیرمقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مواجهه با وقایع استرس‌زا است. در مطالعه رحیمی و بهرامی‌پور [۴۹]، ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر ۰/۸۱ و دو راهبرد سازگار و نارسازگار هیجانی برابر با ۰/۷۹ و ۰/۷۶ به دست آمده است. در مطالعه حاضر، پایایی این پرسش‌نامه به شیوه همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۵ به دست آمد.

#### شیوه انجام پژوهش

برای شناسایی افرادی که دارای نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی بودند، مقیاس بیش‌فعالی و نقص توجه

تا ۲۷ سال و ۲۵ نفر (۱۲/۵ درصد) ۲۸ سال و بالاتر بودند.

### یافته‌های توصیفی

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های سیستم‌های مغزی رفتاری، تصمیم‌گیری و تنظیم‌شناختی هیجان را در دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD نشان می‌دهد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای سیستم‌های مغزی رفتاری، تصمیم‌گیری و تنظیم‌شناختی هیجان به تفکیک در دو گروه ذکر شده است. آزمون بهنجاری توزیع متغیرها و همگنی واریانس‌ها در ادامه آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه

| بزرگسالان بدون نشانگان |         | بزرگسالان بانهاگان |         | متغیر                              |
|------------------------|---------|--------------------|---------|------------------------------------|
| انحراف معیار           | میانگین | انحراف معیار       | میانگین |                                    |
| ۴/۵۲                   | ۲۶/۱۶   | ۵/۶۱               | ۲۵/۶۲   | سیستم فعال‌سازی رفتاری             |
| ۲/۷۴                   | ۱۵/۹۳   | ۲/۸۵               | ۱۵/۶۷   | سیستم بازداری رفتاری               |
| ۲/۹                    | ۱۷/۵۸   | ۳/۴۶               | ۱۶/۷۵   | مؤلفه تصمیم‌گیری عقلانی            |
| ۳/۰۱                   | ۱۸/۹۷   | ۳/۱۵               | ۱۸/۲۲   | مؤلفه تصمیم‌گیری شهودی             |
| ۲/۰۸                   | ۱۴/۵۴   | ۲/۶۲               | ۱۵/۱۳   | مؤلفه تصمیم‌گیری وابستگی           |
| ۳/۲۷                   | ۱۱/۷۹   | ۳/۵۸               | ۱۲/۶۹   | مؤلفه تصمیم‌گیری آنی               |
| ۲/۹۸                   | ۱۰/۷۹   | ۳/۵۵               | ۱۲/۵    | مؤلفه تصمیم‌گیری اجتنابی           |
| ۵/۴                    | ۲۷/۷۳   | ۵/۵۱               | ۳۰/۳    | راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجانی |
| ۴/۹۱                   | ۲۳/۲۴   | ۵/۱۹               | ۲۴/۱۴   | راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجانی  |

جدول ۲. نتایج آزمون بهنجاری توزیع نمرات متغیرها در دو گروه

| آزمون کولموگروف - اسمیرنوف |      | متغیر                              |
|----------------------------|------|------------------------------------|
| سطح معنی‌داری              | Z    |                                    |
| ۰/۱۰                       | ۱/۲۲ | سیستم فعال‌سازی رفتاری             |
| ۰/۱۳                       | ۱/۱۸ | سیستم بازداری رفتاری               |
| ۰/۲۴                       | ۱/۰۴ | مؤلفه تصمیم‌گیری عقلانی            |
| ۰/۱۵                       | ۱/۱۶ | مؤلفه تصمیم‌گیری شهودی             |
| ۰/۱۵                       | ۱/۱۶ | مؤلفه تصمیم‌گیری وابستگی           |
| ۰/۴۴                       | ۰/۸۳ | مؤلفه تصمیم‌گیری آنی               |
| ۰/۲۱                       | ۱/۰۷ | مؤلفه تصمیم‌گیری اجتنابی           |
| ۰/۲۷                       | ۱/۰۱ | راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجانی |
| ۰/۲۲                       | ۱/۰۶ | راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجانی  |

آزمون تحلیل واریانس وجود دارد ( $P > 0.05$ ). نتایج نشان‌دهنده همگنی کوواریانس‌ها بود ( $P > 0.05$  و  $P = 1/79$  و  $M = 5/48$ ) و با تأیید نبود معناداری آزمون ام‌باکس، اجازه استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره وجود دارد. جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر متغیر سیستم‌های مغزی رفتاری در دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD را نشان می‌دهد.

باتوجه به سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، فرض بهنجاری توزیع نمرات متغیرها در نمونه مورد پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروهی از نظر متغیرهای وابسته، نتایج آزمون لوین بررسی شد و با توجه به نبود معناداری آزمون لوین، بدین معنی که گروه‌های بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD از نظر واریانس‌ها همگن بودند، اجازه استفاده از

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات متغیرهای سیستم‌های مغزی رفتاری در دو گروه

| مقدار | F     | خطا df | sig   | مجذور اِتا |
|-------|-------|--------|-------|------------|
| ۰/۰۰۳ | ۰/۵۵۳ | ۳۱۷    | ۰/۵۷۵ | ۰/۰۰۳      |
| ۰/۹۹۷ | ۰/۵۵۳ | ۳۱۷    | ۰/۵۷۵ | ۰/۰۰۳      |
| ۰/۰۰۳ | ۰/۵۵۳ | ۳۱۷    | ۰/۵۷۵ | ۰/۰۰۳      |
| ۰/۰۰۳ | ۰/۵۵۳ | ۳۱۷    | ۰/۵۷۵ | ۰/۰۰۳      |

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات متغیرهای تصمیم‌گیری در دو گروه

| تصمیم‌گیری | مجموع مجدورات | df | میانگین مجدورات | F     | sig   |
|------------|---------------|----|-----------------|-------|-------|
| عقلانی     | ۵۱/۶۶         | ۱  | ۵۱/۶۶           | ۵/۲۸  | ۰/۰۲  |
| شهودی      | ۴۱/۶۲         | ۱  | ۴۱/۶۲           | ۴/۴۳  | ۰/۰۳  |
| وابستگی    | ۲۶/۴          | ۱  | ۲۶/۴            | ۴/۹۷  | ۰/۰۲  |
| آنی        | ۶۰/۹۷         | ۱  | ۶۰/۹۷           | ۵/۲۹  | ۰/۰۲  |
| اجتنابی    | ۲۱۸/۰۲        | ۱  | ۲۱۸/۰۲          | ۲۱/۱۶ | ۰/۰۰۱ |

می‌توان فرضیه مساوی بودن میانگین دو گروه را بر اساس متغیرهای وابسته رد کرد ( $P < 0.05$ ). به این معنی که بین دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD حداقل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر نمرات تصمیم‌گیری در دو گروه را نشان می‌دهد.

باتوجه به تحلیل آماری، نمایان است که میزان مؤلفه تصمیم‌گیری عقلانی بزرگسالان با نشانگان از بزرگسالان بدون نشانگان ADHD کمتر است ( $F = 5.28$  و  $p < 0.05$ ). میزان مؤلفه تصمیم‌گیری شهودی بزرگسالان با نشانگان از بزرگسالان بدون نشانگان ADHD کمتر است ( $F = 4.43$  و  $p < 0.05$ ). میزان مؤلفه تصمیم‌گیری وابستگی بزرگسالان با نشانگان از بزرگسالان بدون نشانگان ADHD بیشتر است ( $F = 4.97$  و  $p < 0.05$ ). میزان مؤلفه تصمیم‌گیری آنی بزرگسالان با نشانگان از بزرگسالان بدون نشانگان ADHD بیشتر است ( $F = 5.29$  و  $p < 0.05$ ). میزان مؤلفه تصمیم‌گیری اجتنابی بزرگسالان با نشانگان از بزرگسالان بدون نشانگان ADHD بیشتر است ( $F = 21.16$  و  $p < 0.05$ ). جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات متغیرهای تنظیم‌شناختی هیجان در دو گروه را نشان می‌دهد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، می‌توان فرضیه مساوی بودن میانگین دو گروه را بر اساس متغیرهای وابسته تأیید کرد ( $P > 0.05$ ). به این معنی که بین دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. در ادامه به نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی نمرات سیستم‌های مغزی رفتاری در دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD را پرداخته شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات متغیرهای سیستم‌های مغزی رفتاری در دو گروه

| تصمیم‌گیری             | مجموع مجدورات | df | میانگین مجدورات | F    | sig  |
|------------------------|---------------|----|-----------------|------|------|
| سیستم فعال‌سازی رفتاری | ۲۱/۸۷         | ۱  | ۲۱/۸۷           | ۰/۸۸ | ۰/۳۴ |
| سیستم بازداری رفتاری   | ۴/۸۷          | ۱  | ۴/۸۷            | ۰/۶۲ | ۰/۴۲ |

میزان سیستم فعال‌سازی رفتاری بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD برابر است ( $F = 0.88$  و  $p > 0.05$ ). همچنین، میزان سیستم بازداری رفتاری بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD برابر است ( $F = 0.62$  و  $p > 0.05$ ). در ادامه به تحلیل واریانس چندمتغیری روی متغیر تصمیم‌گیری در دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD پرداخته شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) روی نمرات متغیرهای تصمیم‌گیری در دو گروه

| مقدار | F    | خطا df | sig   | مجذور اِتا |
|-------|------|--------|-------|------------|
| ۰/۰۷۴ | ۵/۰۲ | ۳۱۴    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۷۴      |
| ۰/۹۲۶ | ۵/۰۲ | ۳۱۴    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۷۴      |

### جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات متغیرهای تنظیم‌شناختی هیجان در دو گروه

| مقدار | F | df خطا | sig   | مجدور اتا |
|-------|---|--------|-------|-----------|
| ۰/۰۵۸ | ۲ | ۳۱۷    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵۸     |
| ۰/۹۴۲ | ۲ | ۳۱۷    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵۸     |

همان‌طور که مشاهده می‌شود، می‌توان فرضیه مساوی بودن میانگین دو گروه را بر اساس متغیرهای وابسته رد کرد ( $P < 0/05$ ). به این معنی که بین دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جدول ۸، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر نمرات تنظیم هیجان در دو گروه را نشان می‌دهد.

### جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات متغیرهای تنظیم‌شناختی هیجان در دو گروه

| تصمیم‌گیری            | مجموع مجدورات | df | میانگین مجدورات | F     | sig   |
|-----------------------|---------------|----|-----------------|-------|-------|
| راهبردهای سازش‌نیافته | ۴۹۸/۵۸        | ۱  | ۴۹۸/۵۸          | ۱۶/۸۲ | ۰/۰۰۱ |
| راهبردهای سازش‌یافته  | ۶۰/۳          | ۱  | ۶۰/۳            | ۲/۳۹  | ۰/۱۲  |

همان‌طور که مشاهده می‌شود، میزان راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم‌شناختی هیجان در گروه بزرگسالان با نشانگان ADHD نسبت به بزرگسالان بدون نشانگان ADHD به صورت معناداری بیشتر است ( $F = 16/82$  و  $p < 0/05$ ). به‌علاوه بین میانگین متغیر راهبردهای سازش‌یافته تنظیم‌شناختی هیجان در دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $F = 2/39$  و  $p > 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

ساختارهای مغزی، عوامل شناختی و راهبردهای تنظیم هیجانی نقش مهمی در سبب‌شناسی اختلالات روانی دارند؛ بنابراین بررسی تفاوت‌های سیستم‌های مدیریت مغزی و مؤلفه‌های شناختی تنظیم هیجان در مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی مختلف می‌تواند در تشخیص دقیق و اتخاذ

رویکرد روان‌درمانی متناسب نقش معناداری داشته باشد. پژوهش حاضر، با هدف مقایسه سیستم‌های مغزی رفتاری، تصمیم‌گیری و تنظیم‌شناختی هیجان در بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD انجام شد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که بین بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD از نظر سیستم فعال‌سازی و سیستم بازداری رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما بین دو گروه از نظر مؤلفه‌های عقلانی، شهودی، وابستگی، آنی و اجتنابی تصمیم‌گیری شناختی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. همچنین، راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجانی در بزرگسالان با نشانگان ADHD بیشتر از بزرگسالان بدون نشانگان ADHD است؛ اما بین راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجانی در بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر نبود مشاهده تفاوت معنادار در متغیر سیستم‌های مغزی - رفتاری در دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD با یافته‌های نصیری و همکاران [۱۶] ناهم‌سویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به معنادار بودن تفاوت تنظیم‌شناختی هیجان در دو گروه، ممکن است سیستم‌های مغزی - رفتاری به صورت غیرمستقیم و با تأثیری که بر سبک‌های حل مسئله و در نتیجه بر تنظیم هیجان می‌گذارد، بر نشانگان ADHD تأثیرگذار باشد؛ چراکه مطالعات مدل‌یابی نشان داده‌اند که رابطه سیستم‌های مغزی رفتاری با تنظیم‌شناختی هیجان با نقش واسطه‌ای کارکردهای اجرایی دارای نیکویی برآزش است [۵۰]. در یک مطالعه مدل‌یابی دیگر، یافته‌ها نشان داد، سیستم‌های مغزی - رفتاری و بدتنظیمی هیجان رابطه معنی‌داری با آسیب‌پذیری روانی داشتند. همچنین، بدتنظیمی هیجان در رابطه بین سیستم‌های مغزی رفتاری و آسیب‌پذیری روانی نقش میانجی داشته و ۶۶ درصد از واریانس آسیب‌پذیری روانی توسط سیستم‌های مغزی رفتاری و بدتنظیمی هیجان تبیین شد [۵۱]. این یافته‌ها نشانگر این است که سیستم‌های مغزی - رفتاری که پایه‌های سرشتی و زیستی و درون‌زاد دارند، به صورت مستقل و مستقیم در بروز یک اختلال نقش ندارند و سبب تمایز دو گروه از افراد با و بدون آسیب‌شناسی روانی نمی‌شوند، بلکه با تأثیر غیرمستقیم و به صورت میانجی با تأثیر بر رفتار، هیجان، انگیزش و شناخت سبب شکل‌گیری یک رفتار بهنجار یا آسیب روان‌شناختی می‌شوند. همسو با

ابتلا به اختلالات روان‌شناختی پیش برود. چنانکه در یک مطالعه نشان داده شد که اختلال در تنظیم هیجان در رابطه سیستم‌های مغزی - رفتاری و تکانشگری اثر غیرمستقیم دارد به گونه‌ای که سیستم‌های مغزی - رفتاری با تعدیل و تنظیم هیجان و به صورت غیرمستقیم سبب کاهش تکانشگری می‌شود [۵۵]. این مسئله برای متغیر سبک‌های تصمیم‌گیری نیز وجود دارد به این معنا که سبک‌های تصمیم‌گیری را باید به عنوان یک سبک‌شناختی و یک مهارت‌شناختی میانجی در نظر گرفت همانگونه که یافته‌های یک مطالعه نشان داد که افراد دارای سیستم‌های فعال‌سازی رفتاری از سبک تصمیم‌گیری منطقی و افراد دارای سیستم بازداری رفتاری از سبک تصمیم‌گیری اجتنابی و شهودی استفاده می‌کنند [۵۶]. بنابراین بر اساس آنچه در بیان مسئله مطرح شد افرادی که سیستم فعال‌سازی رفتاری بالاتری دارند به دنبال کسب پاداش هستند و احتمال بیشتری دارد که به رفتارهای مخاطره آمیز دست زده تا هیجان مثبت بیشتری تجربه کنند. در مقابل، افراد دارای سیستم بازداری رفتاری قوی، افرادی محافظه کارند، احتمال بیشتری دارد رفتارهای اجتنابی انجام دهند و به میزان بیشتری از خود اضطراب نشان می‌دهند [۵۷]. افرادی که سیستم فعال‌سازی رفتاری در آنان حساسیت بیشتری دارد، گرایش بیشتری به ارزیابی مثبت و خوشبینانه از رویدادها، محیط پیرامون و آمادگی بیشتری برای درگیری در فعالیت‌هایی با احتمال پاداش دارند که منجر به درک شخصی مثبتی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، اجتماعی و خانوادگی، امیدواری و آداب معاشرت و بهداشت روانی خود می‌شود [۱۳]. بنابراین به نظر پژوهشگران مطالعه حاضر، سیستم‌های مغزی - رفتاری با فراهم کردن نوع خاصی از سیستم پردازش اطلاعات و ایجاد نوعی از گرایش‌های هیجانی و رفتاری، با تحت‌تأثیر قرار دادن سایر متغیرها، فرد را دچار نوع خاصی از آسیب‌شناسی روانی می‌کنند و یا در مقابل او را از ابتلا به آسیب روانی شناختی محافظت می‌کنند. از طرف دیگر، به‌طور کلی یافته‌های این مطالعه کمک می‌کند تا تأثیر تحصیل و محیط پیرامونی بر نشانگان ADHD برجسته‌تر شود، چراکه می‌توان به نقش متغیرهای میانجی و تعدیلگر نظیر محیط دانشگاهی، تجربه، تحصیل، افزایش قدرت تحلیل و مهارت سازگاری و تاب‌آوری اشاره نمود که در دانشجویان افزایش

این تبیین، نتایج یک مطالعه نشان داد، سیستم بازداری رفتاری با همه سبک‌های تصمیم‌گیری و سیستم فعال‌سازی رفتاری با هر سه نوع سبک تصمیم‌گیری اجتنابی، منطقی و شهودی، رابطه معناداری داشت و هر دو سیستم فعال‌سازی بازداری، قادر به پیش‌بینی سبک‌های تصمیم‌گیری بودند [۵۲]. در یک مطالعه دیگر نشان داده شد که کمال‌گرایی و عاطفه منفی توانستند رابطه بین سیستم بازداری رفتاری و نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی را میانجی‌گری کنند و در واقع کمال‌گرایی و عاطفه منفی توانستند تأثیر سیستم بازداری رفتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی را افزایش دهند [۵۳]. در حقیقت به‌نظر می‌رسد نبود تفاوت سیستم‌های مغزی - رفتاری در دو گروه مورد مطالعه، نشان می‌دهد این سیستم‌ها نقش زمینه‌ای داشته و به صورت آشکار ممکن است متفاوت نباشند؛ اما در تعامل با نوع خاصی از شناخت یا سیستم پردازش اطلاعاتی که فرد دارد، بر شدت آن افزوده و سبب شکل‌گیری نوع خاصی از آسیب‌شناسی روانی با توجه به سایر خصیصه‌های روان‌شناختی فرد شوند.

برای مثال؛ در یک مطالعه به بحث نوروپایه‌های آینه‌ای و نقش مهم آن در درک و فهم هیجان‌ها پرداخته شد و مطرح شد که افراد ADHD هم در درک هیجان و هم در جنبه‌های مختلف شناختی دچار مشکل هستند. این محققان یافتند که میزان فعالیت سیستم نوروپایه‌های آینه‌ای در حین انجام تکالیف هیجانی در افراد دارای رگه‌های ADHD نسبت به افراد عادی کمتر می‌باشد [۵۴]؛ اما نکته مهم این است که اگر محیط غنی و تجربیات بین فردی رشددهنده، مطالعه و پیگیری روان‌درمانی، و اصلاح سیستم پردازش اطلاعات صورت بگیرد، می‌توان عملکرد نوروپایه‌های آینه‌ای را تعدیل کرد و تأثیراتش را به حداقل رساند. سیستم‌های مغزی - رفتاری نیز که در سطوح بسیار سطحی‌تری نسبت به نوروپایه‌های آینه‌ای قرار دارند نیز تابع همین قانون است. این سیستم‌های مغزی - رفتاری اگر که به صورت درون‌زاد و زیستی سبب فعال‌سازی یا بازداری رفتاری فرد می‌شوند، در حضور نوع خاصی از سبک تصمیم‌گیری یا راهبرد تنظیم هیجانی که فرد اتخاذ می‌کند، تصمیم‌گیری هیجانی و رفتاری را به گونه تنظیم و تعدیل می‌کنند که فرد در راستای رفتار سازگارانه و بهنجار عمل کرده و از منظر شناختی، هیجانی و رفتاری کمتر یا بیشتر به سمت احتمال

یافته و مدیریت آن‌ها بر سیستم‌های فعال‌ساز و بازدارنده مغزی را به صورت معناداری افزایش داده است که این مطلب مطالعه دقیق‌تری را می‌طلبد. در همین راستا، محققان یافتند که سیستم بازداری رفتاری به صورت غیرمستقیم از طریق عاطفه منفی با اضطراب رابطه دارد. این سیستم با عاطفه مثبت، رابطه منفی و معنی‌دار دارد. سیستم فعال‌ساز رفتاری نیز به طور غیرمستقیم و از طریق عاطفه مثبت می‌تواند بر اضطراب اثرگذار باشد. همچنین سیستم جنگ - گریز از طریق عاطفه منفی با اضطراب رابطه دارد [۵۸]. بر اساس این مطالعه می‌توان گفت: دانشجویان با نشانگان نقص توجه - بیش‌فعالی از طریق تنظیم و تعدیل هیجانی و افزایش مهارت‌های بین فردی و اجتماعی می‌توانند عملکرد فعال‌ساز و بازداری مغزی خود را در حد افراد بدون نشانگان تعدیل کنند تا از این طریق کمتر تحت تأثیر تبعات منفی اختلال واقع شوند.

نتایج مطالعه حاضر، نشان‌دهنده تفاوت معنادار سبک‌های تصمیم‌گیری عقلانی، شهودی، وابستگی، آنی و اجتنابی در دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD بود به گونه‌ای که مؤلفه‌های تصمیم‌گیری عقلانی و شهودی در بزرگسالان بدون نشانگان ADHD و مؤلفه‌های تصمیم‌گیری وابستگی، آنی و اجتنابی در بزرگسالان با نشانگان ADHD به صورت معناداری بیشتر مشاهده شد [۵۹]. همسو با این یافته، نتایج یک مطالعه مروری حاکی از وجود کمبودهایی در هر دو سامانه داغ (تصمیم‌گیری) و سرد (حل‌مسئله، حافظه‌کاری، مهارت‌های برنامه‌ریزی) در افراد با نشانگان ADHD بود [۳۰]. همچنین یافته مطالعه حاضر، با نتایج مطالعه نصری و همکاران [۲۲] همسویی دارد که یافتند مبتلایان به ADHD دارای سطوح بالایی از تکانشگری هستند که عمدتاً حاصل نقص در توانایی شناختی بازداری است، که با سبک تصمیم‌گیری آنی، مشابهت و ساختار بسیار نزدیکی دارد و سبب می‌شود خطرپذیری بیشتری داشته باشند و به عواقب و ابعاد مختلف تصمیم‌گیری خود واقف نباشند که این مسئله احتمالاً به سیستم‌های مغزی - رفتاری آن‌ها مرتبط است و ریشه در نقص توجه به مسئله و ابعاد مختلف آن و بررسی پیامدهای احتمالی آن دارد. در همین راستا مطالعات نشان داده‌اند که یک تصمیم‌گیری مناسب، از مسیر تنظیم هیجان کارآمد و سازگارانه عبور می‌کند، چنانکه مطالعه شلانی [۶۰] نشان داد، سبک

تصمیم‌گیری عقلانی با راهبرد سرزنش دیگران رابطه منفی دارد، سبک تصمیم‌گیری شهودی با راهبرد سرزنش و با راهبرد دیدگاه دیگری رابطه منفی دارد، سبک تصمیم‌گیری اجتنابی با راهبرد تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد رابطه منفی دارد و دیدگاه گیری، با راهبرد ارزیابی رابطه منفی دارد و با راهبرد نشخوارگری و ملامت دیگران و فاجعه‌سازی رابطه مثبت دارد. همچنین سبک تصمیم‌گیری وابسته با راهبرد سرزنش و فاجعه‌سازی رابطه مثبت و با راهبرد دیدگاه گیری رابطه منفی دارد و سبک تصمیم‌گیری آنی با راهبرد سرزنش دیگران و راهبرد فاجعه‌سازی رابطه مثبت و با راهبرد دیدگاه گیری رابطه منفی دارد. این یافته و یافته‌های مشابه نشان می‌دهند، بزرگسالان با نشانگان ADHD در صورتی می‌توانند تصمیم‌گیری مناسبی اتخاذ کنند که هیجانات خود را به شیوه سازگارانه مدیریت کنند و این مهم حاصل نمی‌شود مگر اینکه توانایی توجه، شناخت و تنظیم هیجانات خود را افزایش دهند تا با این واسطه بتوانند از سبک‌های تصمیمی گیری سازگارانه و متناسبی برخوردار شوند. به علاوه، نقص در پردازش دقیق و توجه کامل به ابعاد مسئله ممکن است آن‌ها را از همفکری و حل مسئله و تصمیم‌گیری مشارکتی بازدارد، چنانکه در یک مطالعه نشان داده شد بین مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی (تنظیم رفتار، فراشناختی)، مؤلفه‌های کمک‌طلبی تحصیلی (پذیرش کمک و اجتناب از کمک طلبی) بین دو گروه با و بدون نشانگان ADHD تفاوت معناداری وجود دارد و افرادی که از نشانگان ADHD رنج می‌برند، در مقایسه با افراد بهنجار، اختلال بیشتری در کارکردهای اجرایی دارند و از رفتارهای کمک‌طلبی برای حل مسائل کمتر سود می‌برند [۶۱]. در واقع، از جمله عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری، پردازش‌های شناختی‌ای است که در انتخاب میان گزینه‌های گوناگون نقش دارند. یک تصمیم‌گیرنده با نشانگان ADHD به دلیل نقص در ظرفیت توجه و حافظه نمی‌تواند تمامی گزینه‌ها را در زمان تصمیم‌گیری در نظر داشته باشد. همچنین، ظرفیت توجه برای در نظر گرفتن زیرمجموعه‌های مختلف اطلاعات در زمان تصمیم‌گیری نقش مؤثری دارد. تصمیم‌گیرندگان با ظرفیت‌های شناختی بالا بیشتر از پردازش‌های تحلیلی استفاده می‌کنند و به تحلیل اطلاعات موجود می‌پردازند، درحالی که تصمیم‌گیرندگان با نشانگان ADHD که ظرفیت‌های شناختی محدود دارند، نمی‌توانند به

نقص توجه و بیش‌فعالی، پردازش اطلاعات مناسب و کارآمد و غیرسوگیرانه را تعدیل و کاهش می‌دهند و یا پردازش اطلاعات نامناسب و ناکارآمد و سوگیرانه در این افراد سبب می‌شود که هم سبک‌های تصمیم‌گیری نامناسبی اتخاذ کنند و هم بر شکل‌گیری یا شدت نشانگان ADHD افزوده شود. در هر صورت، با افزایش پردازش اطلاعات مناسب و کارآمد و غیرسوگیرانه در این افراد می‌توان به آن‌ها کمک کرد تا از سبک‌های تصمیم‌گیری کارآمدتری بهره‌مند شوند، چنانکه در یک مطالعه نشان داده شد [۶۷]، آموزش آگاهی‌فراسناختی به طور معنی‌داری میانگین نمرات سبک‌های تصمیم‌گیری آبی، شهودی، اضطرابی و اجتنابی در گروه آزمایش را کاهش داده است. در مجموع، بزرگسالان با نشانگان ADHD نسبت به افراد بدون نشانگان، کمتر به شناسایی تمامی راهکارهای ممکن، ارزیابی نتایج هر راهکار از تمامی جنبه‌های مختلف و در نهایت انتخاب راهکار بهینه و مطلوب در شرایط تصمیم‌گیری می‌پردازند و در واقع، به دلیل نقص در توجه و تکانشگری میزان تصمیم‌گیری عقلانی در آن‌ها تعدیل می‌یابد. همچنین، تصمیم‌گیری آن‌ها کمتر از طریق تجربه حمایت می‌شود و تمرکز کمی بر روی خودآگاهی احساسی به عنوان پایه‌ای برای انتخاب، دارند. در نتیجه می‌توان احتمال داد، تصمیم‌گیری شهودی یا همان فراست درونی در آن‌ها نسبت به افراد عادی کاهش می‌یابد. از سوی دیگر، بزرگسالان با نشانگان ADHD بیشتر به اجتناب از اتخاذ هرگونه تصمیم و تا حد امکان دوری از موقعیت‌های تصمیم‌گیری روی می‌آورند [۶۸]. این افراد در هنگام مواجهه با مسئله تا آنجا که امکان‌پذیر باشد، تصمیم‌گیری را به تعویق انداخته و از هر گونه واکنش نسبت به مسئله رخ داده طفره می‌روند [۶۹]. استقلال فکری و عملی کمتری دارند و چون ممکن است در نتیجه تصمیمات اشتباه گذشته، اشتباهات زیادی را مرتکب شده باشند، در بزرگسالی بر حمایت‌ها و راهنمایی‌های دیگران در هنگام اتخاذ تصمیم تکیه کنند و با توجه به اینکه ویژگی تکانشگری در آن‌ها بالاتر است، از سبک تصمیم‌گیری آبی بیشتری برخوردارند، یعنی بدون تفکر و به صورت لحظه‌ای و شتاب‌زده تصمیم می‌گیرند، همانگونه که یافته‌های سلگی [۷۰] نشان داد، بین تکانشگری و سبک‌های حل مسئله اجتماعی، جهت‌گیری مثبت نسبت به مسئله و سبک بی‌دقت همبستگی معناداری وجود داشت.

خوبی تصمیم‌گیری کنند و تمام گزینه‌های پیش‌رو را در نظر بگیرند که این محدودیت منجر به تصمیم‌گیری بدون نظر گرفتن عواقب آن می‌شود [۵۹]. از طرف دیگر، در تبیین این یافته می‌توان گفت، ترکیب متفاوتی از مؤلفه‌های شناختی هر یک از سبک‌های تصمیم‌گیری را پیش‌بینی می‌کنند. دلیل این امر را می‌توان فرایندهای متفاوت شناختی یا هیجانی دخیل در سبک‌های تصمیم‌گیری دانست [۵۷]. برای مثال، نتایج یک مطالعه نشان داد که بین مهارت حل مسئله و ابعاد آن و سبک تفکر و ابعاد آن با سبک تصمیم‌گیری رابطه مثبت و معنادار وجود دارد [۶۲]. در یک مطالعه دیگر نشان داده شد، خودکنترلی رابطه مثبت و معنی‌داری با سبک تصمیم‌گیری آگاهانه دارد [۶۳]. در یک مطالعه، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد، سبک تصمیم‌گیری منطقی از روی خرده مؤلفه مشاهده‌گری قابل پیش‌بینی است. همچنین سبک‌های تصمیم‌گیری اجتنابی و سبک آبی، از روی خرده مؤلفه پذیرش بدون قضاوت، قابل پیش‌بینی هستند [۶۴] و در یک مطالعه دیگر نشان داده شد، تمام خرده‌مؤلفه‌های سرسختی روان‌شناختی با سبک تصمیم‌گیری پرخطر در دانشجویان رابطه معنادار داشتند [۶۵]. به‌علاوه نتایج یک پژوهش نشان داد، مؤلفه‌های افسردگی و خودکارآمدی و خرده مؤلفه‌های این دو متغیر توانستند درصد معناداری از سبک‌های تصمیم‌گیری عقلانی، شهودی، وابسته، اجتنابی و آبی را پیش‌بینی می‌کنند [۶۶]؛ بنابراین دو موضوع مطرح می‌شود: نخست اینکه در مطالعه حاضر متغیرهای متعدد روان‌شناختی وجود دارند که چند نمونه مطرح شد. این متغیرها می‌توانند سبک تصمیم‌گیری را شکل دهند و در مطالعه حاضر به آن‌ها پرداخته نشده است؛ اما پویایی‌ها و اندازه‌های مختلفی از آن‌ها می‌تواند سبک تصمیم‌گیری بزرگسالان با نشانگان ADHD را تحت‌تأثیر قرار دهد که مطالعه گسترده‌تری را می‌طلبد؛ لذا بخشی از تفاوت بین دو گروه مورد مطالعه در متغیر سبک‌های تصمیم‌گیری یقیناً به تفاوت در این متغیرها و متغیرهای روان‌شناختی دیگر بر می‌گردد. موضوع دوم اینکه، سیستم پردازش اطلاعات، کارکردهای شناختی، باورهای شناختی و فراسناختی در دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD به صورت معناداری متفاوت است که سبب شده است سبک‌های تصمیم‌گیری متفاوتی اتخاذ کنند؛ بنابراین یا دو ویژگی



نتایج مطالعه حاضر درباره تفاوت معنادار تنظیم‌شناختی هیجان در دو گروه بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD با یافته‌های احمدی و عبدی [۷۱] همسویی دارد که یافتند یکی از زمینه‌هایی که افراد با نشانگان ADHD در آن دچار مشکل هستند تنظیم هیجان است. همچنین یک مطالعه همسوی دیگر نشان داد که افراد با نشانگان ADHD در مقایسه با بزرگسالان بهنجار در زمینه کارکردهای اجرایی (برنامه‌ریزی، بازداری و حافظه کاری) و تکانش‌گری هیجانی (قصد قبلی، پشتکار و اضطراب) نقص بیشتری دارند [۲۷]. شواهد جدید در خصوص ADHD نشان می‌دهد، اشکال در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در ایجاد و تداوم این اختلال باشد [۷۲]. در واقع، بزرگسالان با نشانگان ADHD با توجه به ویژگی‌هایی مانند نقص توجه که باعث می‌شود در شناخت و درک هیجان‌های خود و دیگران دچار ضعف شود، بیشتر از راهبردهای سازش‌نایافته نظیر نشخوارگری ذهنی، فاجعه‌سازی، ملامت خویش و سرزنش دیگران استفاده می‌کنند. چنین افرادی مدام خود را سرزنش کرده و هر اتفاق کوچکی را فاجعه‌آمیز می‌پندارند. این وضعیت می‌تواند بر شدت نشانگان ADHD بیفزاید و همبودی با سایر اختلالات روان‌شناختی را افزایش دهد. همسو با این تبیین، یافته‌های یک مطالعه نشان داد، نارسایی در کنش‌های اجرایی خودانگیزی، خود‌نظم‌جویی هیجانی، خود‌سازماندهی، حل مسئله و مهار خود، نشانگان ADHD را در بزرگسالان پیش‌بینی می‌کند [۷۳]؛ بنابراین نقص در تنظیم هیجان می‌تواند عامل متمایز ساز دو گروه با و بدون نشانگان ADHD باشد و با بهبود تنظیم هیجان، از شدت نشانگان ADHD کاست، چنانکه یافته‌های یک پژوهش نشان داد، تنظیم هیجان باعث افزایش توجه در حیطه دیداری و بازداری پاسخ (شنیداری و دیداری) در افراد دارای نقص توجه - بیش‌فعالی گردید [۳۳]. بر اساس نتایج یک مطالعه، اختلال در انواع توجه‌شناختی و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان، وقتی با علائم افسردگی و اضطراب همراه شود، می‌تواند اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را تبیین کند [۷۴]. این یافته بسیار اهمیت دارد چرا که به نقش خالص تنظیم هیجان اشاره ندارد و همانگونه که در مبحث میانجی بودن متغیرهای روان‌شناختی برای اثرگذار بودن سیستم‌های مغزی - رفتاری مطرح شد، به همراهی و همزمانی نوع خاصی از

راهبردهای تنظیم هیجان با اختلالات روان‌شناختی و آسیب‌شناسی روانی اشاره دارد؛ بنابراین می‌توان گفت، تنظیم هیجان هنگامی که با سایر خصیصه‌های شناختی، رفتاری، انگیزی و فراشناختی ناکارآمد و نامناسب قرار گیرد می‌تواند بر شدت نشانگان ADHD بیفزاید و متمایز کننده دو گروه با و بدون نشانگان ADHD باشد؛ اما به تنهایی نیز بر سطوح و شدت علائم اختلال و میزان سایر متغیرهای روان‌شناختی و شیوه پردازش شناختی هیجان تأثیرگذار باشد. در واقع، هم شدت نشانگان ADHD و تبعات رفتاری، هیجانی و شناختی آن می‌تواند تنظیم مناسب هیجان را کاهش دهد [۷۵] و هم تنظیم هیجان می‌تواند شدت نشانگان ADHD و تبعات رفتاری، هیجانی و شناختی آن را تعدیل کند. چنانکه در یک مطالعه [۷۶] نشان داده شد، اختلال ADHD بر لغزش‌ها و خطاهای رانندگی تأثیر مستقیم و با میانجی‌گری دشواری در تنظیم هیجان بر تخلفات عمدی و غیرعمدی رانندگی تأثیر غیرمستقیم داشت، اما یافته‌ها نشان داد، بزرگسالان با و بدون نشانگان ADHD از نظر راهبردهای سازش یافته تفاوتی ندارند. در تبیین این یافته می‌توان به ویژگی بافتار تحصیلی نمونه مورد مطالعه اشاره کرد. بزرگسالان دانشجوی، در محیط آموزشی و تعاملات بین فردی تجاری کسب می‌کنند. در حقیقت، افزایش سن، تحصیل و تجربه بافتار آموزشی و اجتماعی دانشجویی، مطالعه و افزایش فراشناخت و تحلیل شخصی و الزام به سازگاری با محیط تحصیلی و اجتماعی می‌تواند سبب شود افراد مبتلا به ADHD آگاهی بیشتری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا کنند و راه‌های مناسب‌تری برای رفع بیش‌فعالی و نقص توجه بیابند. توجه به کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت‌های اجتماعی نیز در همین راستا می‌تواند کمک‌کننده باشد و سبب شود که از راهبردهای سازگارانه تنظیم‌شناختی هیجان نظیر تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش، دیدگاه‌گیری و ارزیابی مجدد مثبت استفاده کنند.

### محدودیت

از آنجایی که جامعه آماری این پژوهش دانشجویان بزرگسال می‌باشد، تعمیم نتایج روی نمونه‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد و پیشنهاد می‌شود، بر روی نمونه‌های

8- Harkins CM, Handen BL, Mazurek MO. The Impact of the Comorbidity of ASD and ADHD on Social Impairment. *J Autism Dev Disord*. 2022; 52: 2512–2522.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-021-05150-1>

9- Mosalanejad M, Mosalanejad L, Lashkarpour K. Prevalence of ADHD Among Students of Zahedan University of Medical Science in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2013; 7(2): 83–90.  
 PMID: PMC3939996

10- Sedgwick-Müller JA, Müller-Sedgwick U, Adamou M, Catani M, Champ R, Gudjónsson G, et al. University students with attention deficit hyperactivity disorder: A consensus statement from the UK Adult ADHD Network. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1): 292.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03898-z>

۱۱- مرادی سیاه افشادی م، امیری ش، طالبی ه. شیوع اختلال کمبود توجه/فزون کنشی و مقایسه ابعاد سلامت روانی دانشجویان دارای اختلال و بدون اختلال. *مجله علوم روانشناختی*. ۱۴۰۱؛ ۲۱ (۱۱۸): ۱۹۷۴-۱۹۵۷.  
<http://psychologicalscience.ir/article-1-1762-fa.html>

۱۲- عربگل ف، حیاتی م، حدید م. شیوع اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در گروهی از دانشجویان. *تازه‌های علوم شناختی*. ۱۳۸۳؛ ۶ (۱ و ۲): ۷۳-۸۷.  
<http://icssjournal.ir/article-1-43-fa.html>

۱۳- گنجی ک، عسگری م، ترک ف. شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی استان مرکزی در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰. *روانشناسی افراد/استثنایی*. ۱۳۹۰؛ ۳۱ (۳): ۱۰۹-۱۳۸.  
[https://jpe.atu.ac.ir/article\\_2042.html](https://jpe.atu.ac.ir/article_2042.html)

۱۴- ظهیرالدین ع، آدینه م، راجزی اصفهانی س، احمدی آ. بررسی شیوع نارسایی توجه-بیش‌فعالی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *طب توانبخشی*. ۱۳۹۶؛ ۶ (۴): ۲۳۹-۲۳۱.  
<https://doi.org/10.22037/jrm.2017.110459.1306>

۱۵- صادقی موحد ف، مولوی پ، صمدزاده م، شهپازادگان ب، عسکری مقدم ر. شیوع اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در دانشجویان خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. ۱۳۹۱؛ ۱۲ (۱): ۸۷-۹۴.  
<https://core.ac.uk/download/pdf/11686009.pdf>

غیر دانشجوی و گروه‌های سنی دیگر نیز انجام شود؛ این پژوهش با همکاری دانشجویان دانشگاه گیلان انجام شده است و پژوهشگران بر خود لازم می‌دارند از همکاران و دانشجویان این مجموعه قدردانی نمایند. همچنین از پژوهشگرانی که پرسش‌نامه‌های مطالعه حاضر را در اختیار ما قرار دادند تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- 1- Wannl Arachchige Dona S, Badloe N, Sciberras E, Gold L, Coghill D, Le HND. The Impact of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Children's Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*. 2023; 27(6): 598–611. <https://doi.org/10.1177/10870547231155438>
- 2- French B, Quain E, Kilgariff J, Lockwood J, Daley D. The impact of sleep difficulties in children with attention deficit hyperactivity disorder on the family: a thematic analysis. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2023; 19(10): 1735–1741.  
<https://doi.org/10.5664/jcsm.10662>
- 3- Soler-Gutiérrez AM, Pérez-González JC, Mayas J. Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *PloS One*. 2023; 18(1): e0280131.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280131>
- 4- Di Lorenzo R, Balducci J, Poppi C, Arcolin E, Cutino A, Ferri P, et al. Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: A systematic review of long-term outcomes. *Acta Neuropsychiatrica*. 2021; 33(6): 283–298.  
<https://doi.org/10.1017/neu.2021.23>
- ۵- منصوری ج، شاهواروقی ا، رستمی ر. اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بزرگسالی: مروری بر درمان‌های دارویی و روانشناختی. *رویش روان‌شناسی*. ۸ (۸): ۱۱۷-۱۲۶.  
<http://frooyesh.ir/article-1-1390-fa.html>
- 6- Xu RH, Dai Y, Ng SSM, Zhang S, Dong D. Health-related quality of life in children and adolescents with Duchenne muscular dystrophy and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder using propensity-score matching. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 333: 147–153.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.036>
- 7- Daffner MS, DuPaul GJ, Kern L, Cole CL, Cleminshaw CL. Enhancing Social Skills of Young Children With ADHD: Effects of a Sibling-Mediated Intervention. *Behavior Modification*. 2020; 44(5): 698-726.  
<https://doi.org/10.1177/0145445519843473>

- ۲۴- محمدی‌الناز، شادبافی محمد. مقایسه کارکردهای اجرایی بازداری، به‌روزرسانی و انتقال در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسیایی توجه - بیش‌فعالی و دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کندگامی شناختی. *رویش روان‌شناسی*. ۱۳۹۹؛ ۹(۳): ۴۱-۵۰.  
<https://frooyesh.ir/article-1-2018-fa.html>
- ۲۵- میردورقی ف، مشهدی ع، صالحی فدردی ج، رسول‌زاده طباطبایی س ک. مقایسه رفتارهای پرخطر در مبتلایان و غیرمبتلایان به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی. *مجله سلامت و مراقبت*. ۱۳۹۶؛ ۱۹(۱): ۳۹-۴۹.  
<http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-703-fa.html>
- ۲۶- بخشی‌پور ع، چلبیانلوغ ر، جهان‌بین ف. مقایسه تکانشگری سرعت‌پاسخ و تکانشگری انتخاب در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و کودکان عادی. *تازه‌های علوم شناختی*. ۱۳۹۸؛ ۲۱(۴): ۱-۱۱.  
<https://icssjournal.ir/article-1-1063-fa.html>
- ۲۷- رسولی‌مهین ز، حسنی ج، قانع‌پور ع ر، مرادی ع ر. بررسی کارکردهای اجرایی و تکانشگری هیجانی بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسیایی توجه و بهنجار. *رویش روان‌شناسی*. ۱۳۹۹؛ ۹(۷): ۱۷۱-۱۷۸.  
<https://frooyesh.ir/article-1-1746-fa.html>
- ۲۸- گنج‌های ن، هاشمی ت. روابط ساختاری کارکرد اجرایی مغز با نشانه‌های نقص توجه و بیش‌فعالی دانشجویان. *عصب روان‌شناسی*. ۱۳۹۹؛ ۶(۲۱): ۹۹ - ۱۱۰.  
[https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article\\_7110.html](https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article_7110.html)
- ۲۹- کاشانی خطیب س، رادفر ش، بشردوست س، میرهاشمی م. اثربخشی تحریک الکتریکی قشر پیشانی بر حافظه کاری و تصمیم‌گیری پرخطر در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*. ۱۳۹۸؛ ۱۵(۵۴): ۱۱۹-۱۳۵.  
[https://jep.atu.ac.ir/article\\_11078.html](https://jep.atu.ac.ir/article_11078.html)
- ۳۰- نعمتی ش، باردل م. کارکردهای اجرایی سرد و داغ در افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: مطالعه مروری نظام‌مند. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۳۹۸؛ ۱۰(۴): ۲۰۱-۲۱۶.  
[https://japr.ut.ac.ir/article\\_74271.html](https://japr.ut.ac.ir/article_74271.html)
- ۳۱- بابک ن، حسینیان س، خیرخواه م ت، محمدی م ر. مقایسه زمان واکنش و عملکرد در تصمیم‌گیری پرخطر در کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و کودکان عادی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۳۹۵؛ ۱۷(۱): ۵۳-۶۲.  
[https://www.ceciranj.ir/article\\_63644.html](https://www.ceciranj.ir/article_63644.html)
- ۱۶- نصیری ف، بخشی‌پور رودسری ع، نصیری س. نقش سیستم‌های مغزی رفتاری در پیش‌بینی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بزرگسالی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*. ۱۳۹۱؛ ۳۴(۶): ۷۶-۸۱.  
<https://mj.tbzmed.ac.ir/PDF/20132278491>
- 17- Heym N, Kantini E, Checkley HLR, Cassaday HJ. Gray's revised Reinforcement Sensitivity Theory in relation to Attention-Deficit/Hyperactivity and Tourette-like behaviors in the general population. *Personality and Individual Differences*. 2015; 78: 24-28.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.012>
- 18- Lerner DA, Hatakbe I, Rauch A. Deep roots? Behavioral Inhibition and Behavioral Activation System (BIS/BAS) sensitivity and entrepreneurship. *Journal of Business Venturing Insights*. 2018; 1(9):107-115.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbvi.2018.02.005>
- 19- Jani, S., & Hajloo, N. The role of brain/behavioral systems in prediction of clinical psychological symptoms in cancer patients. *Iranian Journal of Cancer Care (Ijca)*. 2020; 1(2): 55-62. <https://doi.org/10.29252/ijca.1.2.55>
- 20- Sadeghi S, McIntosh J, Shadli SM, Healey D, Rostami R, Trani P, McNaughton N. Does behavioural inhibition system dysfunction contribute to Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *Personality Neuroscience*. 2019; 2: e5.  
<https://doi.org/10.1017/pen.2019.5>
- 21- Franchina V, Klackl J, Jonas E. The reinforcement sensitivity theory affects questionnaire. A validation study of a new scale targeting affects related to anxiety, approach motivation and fear. *Current Psychology*, 2024; 43(6): 5193-5205.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-023-04623-z>
- ۲۲- نصری س، نظری م ع، میقانی ا، شاه‌رخی ح، گودرزی ا. تعامل خطرپذیری و بازداری رفتاری در اختلال نارسیایی توجه/بیش‌فعالی با و بدون اختلال سلوک در مقایسه با کودکان عادی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۱۳۹۷؛ ۵(۴): ۶۳-۷۷.  
<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-494-en.html>
- ۲۳- حسنی ج، بسطامی کتولی م، خانی ز. نقش بهره‌برداری از هیجان، ارزیابی هیجان و راهبردهای شناختی نظم‌جویی هیجان در علائم فزون‌کنشی - نارسیایی توجه بزرگسالان. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۵): ۲۵-۳۴.  
<https://frooyesh.ir/article-1-2323-fa.html>

- ۳۹- علیزاده گورادل ج، بیرامی م، هاشمی نصرت‌آباد ت. پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان. *اعتیاد پژوهی*. ۱۳۹۲؛ ۷ (۲۷): ۹۳-۱۰۶.  
<https://etiadpajohi.ir/article-1-228-fa.html>
- ۴۰- وطنی ف، آزادی‌منش پ، پورشریفی ح، عصفوری م. بررسی وابستگی به اینترنت و علائم اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی در دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۱۳۹۴؛ ۲۵ (۱۳۲): ۳۳۴-۳۳۷.  
<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-6740-fa.html>
- ۴۱- قنبری م ر، سیار س، محمدیان رپ، داوودی م ر، احمدی س م. بررسی نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نرخ مصرف سیگار و تصمیم‌گیری ریسکی در دانشجویان مبتلابه نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷. *پژوهش در پزشکی*. ۱۳۹۸؛ ۴۳ (۴): ۲۵۸-۲۶۳.  
<https://pejouhesh.sbm.ac.ir/article-1-1984-fa.html>
- 42-Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychol. Med.* 2005; 35(02): 245-56.  
<https://doi.org/10.1017/s0033291704002892>
- ۴۳- مختاری ح، ربیعی م، سلیمی س ح. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودسنجی بیش‌فعالی و نقص توجه بزرگسالان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۴؛ ۲۱ (۳): ۲۴۴-۲۵۳.  
<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2472-fa.html>
- 44-Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social psychology*. 1994; 67: 319-333.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319>
- ۴۵- آقابوسفی ع ر، جوانمرد غ ح، محمدی قره‌قوزلو ر. سیستم‌های مغزی بازداری و فعال‌سازی رفتاری و برتری نیمکره‌ای در افراد با و بدون آلکسی‌تیمیا. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۱): ۱۴۱-۱۴۹.
- 46-Scott S G, Bruce RA. Decision-making style: the development and assessment of a new measure. *Educational and Psychological Measurement*. 1995; 55: 818-831.  
<https://doi.org/10.1177/0013164495055005017>
- ۳۲- معین ن، اسدی گندمانی ر، امیری م. اثربخشی درمان نوروفیدبک بر بهبود کارکردهای اجرایی در کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *مجله توانبخشی*. ۱۳۹۷؛ ۱۹ (۳): ۲۲۰-۲۲۷.  
<https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2317-fa.html>
- ۳۳- فرخزادی ف، خواجهوند خوشلی ا، محمدی م ر، اکبرفهمی م، علی‌بیگی ن. بررسی اثر بخشی کنترل تنظیم هیجان بر علائم کم‌توجهی، بیش‌فعالی در کودکان ۷-۱۴ ساله. *فصلنامه کودکان/استثنایی*. ۱۳۹۷؛ ۱۸ (۴): ۱۰۱-۱۱۶.  
<https://joec.ir/article-1-779-fa.html>
- ۳۴- روشنی ف، نجفی م، نقشبندی ش، ملک‌زاده پ. مقایسه ناگویی خلقی در افراد با و بدون اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *روانشناسی بالینی*. ۱۳۹۶؛ ۹ (۲): ۷۳-۸۲.  
[https://jcp.semnan.ac.ir/article\\_2720.html](https://jcp.semnan.ac.ir/article_2720.html)
- ۳۵- پرورش ن، ضیاء‌الدینی ح، عرفانی ر، شکوهی م. فراوانی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی و ارتباط آن با افسردگی در دانشجویان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. ۱۳۹۳؛ ۱۶ (۱): ۹۴-۹۹.  
<https://sci.goums.ac.ir/journal/article-1-1981-fa.html>
- 36-Thorell LB, Tilling H, Sjöwall, D. Emotion dysregulation in adult ADHD: Introducing the Comprehensive Emotion Regulation Inventory (CERI). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2020; 42(7): 747-758.  
<https://doi.org/10.1080/13803395.2020.1800595>
- ۳۷- بیرامی م، هاشمی ت، علیزاده گورادل ج. مقایسه نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*. ۱۳۹۱؛ ۴ (۱۰۰): ۳۱-۳۷.  
<https://mj.tbzmed.ac.ir/fa/Article/8023>
- ۳۸- غفاری خلیق ح، علیپور ا، رفیعی‌پور ا، اورکی، م. مقایسه مؤلفه N170 در شناسایی هیجان چهره در بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و بزرگسالان بدون اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه با استفاده از روش ثبت پتانسیل‌های وابسته به رخداد. *عصب روان‌شناسی*. ۱۴۰۱؛ ۸ (۲۹): ۹-۲۰.  
[https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article\\_9202.html](https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article_9202.html)

۵۵- مومنی خ م، علیزاده ل، جبرائیلی ه. رابطه سیستم‌های مغزی - رفتاری، تکانشگری و کاهش اهمیت تأخیری با رفتارهای پرخطر در نوجوانان: نقش واسطه‌ای اختلال در تنظیم هیجان. *روان‌شناسی تربیتی*. ۱۴۰۲؛ ۱۹(۶۸): ۲۶-۴۵.  
doi:10.22054/jep.2023.74079.3856

۵۶- عیوضی حشمت ع ا، محمودی میمند م، پرهیزکار م م، آقاییوسفی ع ر. پیش‌بینی سبک‌های تصمیم‌گیری مصرف‌کنندگان با استفاده از سیستم‌های فعال‌سازی و بازداری رفتاری مغزی. *شناخت اجتماعی*. ۱۳۹۵؛ ۵(۲): ۱۵۵-۱۶۷.  
[https://sc.journals.pnu.ac.ir/article\\_3276.html](https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_3276.html)

57-Mussap AJ. Reinforcement sensitivity theory (RST) and body change behaviour in males. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40(4): 841-852.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.08.013>

۵۸- حسینی‌مکوند ش، نجفی م، خالقی ر. رابطه سیستم‌های مغزی - رفتاری و عواطف با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. *عصب روان‌شناسی*. ۱۳۹۶؛ ۳(۱۰): ۶۳ - ۸۰.  
[https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article\\_4360.html](https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article_4360.html)

59-Mowinckel AM, Pedersen ML, Eilertsen E, Biele GA. meta-analysis of decision-making and attention in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2015; 19(5): 355-367.  
<https://doi.org/10.1177/1087054714558872>

۶۰- شلانی ب، آباریکی ا، افشک ش، جشن‌پور م. بررسی نقش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در پیش‌بینی سبک تصمیم‌گیری در دانشجویان دختر. *فصلنامه زن و جامعه*. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۴۲): ۱۲۳-۱۳۴.  
[https://jzvj.marvdasht.iau.ir/article\\_4189.html](https://jzvj.marvdasht.iau.ir/article_4189.html)

۶۱- درخشنده م، بهادران م، معتقد ع، معتقد گ، تافته و م؛ ولایتی ا، نامجو ف. مقایسه کارکردهای اجرایی و کمک‌طلبی تحصیلی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی. *نشریه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*. ۱۴۰۰؛ ۲(۳): ۱۱۵ - ۱۲۶.  
<https://journals.kmanpub.com/index.php/jayps/article/view/509>

47-Dekkers TJ, Agelink van Rentergem JA, Huizenga HM, Raber H, Shoham R, Popma A, et al. Decision-Making Deficits in ADHD Are Not Related to Risk Seeking But to Suboptimal Decision-Making: Meta-Analytical and Novel Experimental Evidence. *Journal of Attention Disorders*. 2021; 25(4), 486-501.  
<https://doi.org/10.1177/1087054718815572>

48-Garnefski N, Kraaij V. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*. 2006; 41, 1045-1053.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>

۴۹- رحیمی م، بهرامی‌پور م. اثربخشی درمان فرانتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تفکر کارآگاهی، تنظیم‌شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب ۸ تا ۱۲ ساله. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۳؛ ۲۲(۱): ۱۷۹-۱۹۶.  
doi:10.22070/cpap.2024.16501.1252

۵۰- مرادخانی ش، یزدانبخش ک. مدل روابط ساختاری سیستم‌های مغزی رفتاری و تنظیم‌شناختی هیجان با واسطه‌گری کارکردهای شناختی اجرایی در مردان زندانی. *فصلنامه روانشناسی شناختی*. ۱۴۰۰؛ ۹(۱): ۲۱-۳۸.  
<https://jcp.khu.ac.ir/article-1-3352-fa.html>

۵۱- غلامی کلاته فپ، همایونی ع ر، زارع مرزونی م. مدل‌یابی سیستم‌های مغزی رفتاری و بدتنظیمی هیجان با آسیب‌پذیری روانی در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*. ۱۳۹۹؛ ۱۴(۵۷): ۲۵۵-۲۷۲.  
<https://etiadpajohi.ir/article-1-2329-fa.html>

۵۲- آقاییوسفی ع ر، اورکی مپ، محمدی قره‌قوزلو رپ. رابطه سیستم‌های مغزی بازداری و فعال‌سازی رفتاری با سبک‌های تصمیم‌گیری: نقش تعدیل‌کننده دست‌برتری. *عصب روان‌شناسی*. ۱۳۹۴؛ ۱۱(۲): ۱۷-۳۱.  
[https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article\\_2432.html](https://clpsy.journals.pnu.ac.ir/article_2432.html)

۵۳- محمودعلیلو م، پاک ر، جوربنیان ا، لامعی ب. سیستم‌بازداری رفتاری و شدت نشانه‌های اضطراب اجتماعی: نقش واسطه‌ای کمال‌گرایی و عاطفه منفی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*. ۱۴۰۰؛ ۶۲: ۲۰۹-۲۲۳.  
[https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_13080.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13080.html)

۵۴- افزون ج، حسنی ج، محمدخانی ش، عشریه و، وطن‌خواه ف. تأثیر پردازش‌های هیجانی بر میزان فعالیت نورون‌های آینه‌ای در افراد با رگه‌های ADHD. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*. ۱۴۰۰؛ ۳۱: ۵۵-۶۷.  
URL: <http://journal.nums.ac.ir/article-1-951-fa.html>

۷۰- سلگی ف، آقاجانی ط، انصاری نژاد، ن. پیش‌بینی تکانشگری در نوجوانان براساس صفات شخصیت و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۱۴۰۰؛ ۲(۲): ۳۲۴-۳۴۰. [https://www.aftj.ir/article\\_145604.html](https://www.aftj.ir/article_145604.html)

71-Greenfield MS, Wang Y, Hamilton JP, Thunberg P, Msghina M. Emotional dysregulation and stimulant medication in adult ADHD. *J Psychiatry Neurosci*. 2024 Aug 9;49(4):E242-E251. <https://doi.org/10.1503/jpn.240009>. PMID: 39122408; PMCID: PMC11318975.

۷۲- فیروزی ر، حسین‌نژاد ا، زراستوند، ع. رابطه‌ی جو عاطفی خانواده و تنظیم‌شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسیایی توجه‌بیش‌فعالی در دانش‌آموزان. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ۱۴۰۱؛ ۲(۱۶۸): ۵۷-۶۸. <https://exceptionaleducation.ir/article-1-2266-fa.html>

۷۳- بسطامی کتولی م، حسنی ج، مرادی ع ر. نقش نارسیایی کنش‌های اجرایی در تبیین نارسیایی توجه - بیش‌فعالی بزرگسالان. *نشریه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۳۹۳؛ ۴: ۳۷-۴۶. <https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Article/1118240>

۷۴- آجورلو ز، مقدسین م، حسنی ج. بررسی رابطه‌ی ساختاری افسردگی و اضطراب با علائم اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در بزرگسالان: با توجه به نقش میانجی‌گری خودتنظیمی هیجان و نقص در انواع توجه شناختی. *مجله روانشناسی روانپزشکی شناخت*. ۱۴۰۰؛ ۸(۲): ۱۲۵ - ۱۴۲. <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1035-fa.html>

۷۵- شاکری نسب م، آسیایی ف، قربانی اسفیدان س، پارسانژاد م. اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های بر کاهش پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی نوجوانان بیش‌فعال. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۱۷-۲۹. [https://cpap.shahed.ac.ir/article\\_3876.html](https://cpap.shahed.ac.ir/article_3876.html)

۷۶- کارسازی ح، نصیری م، اسماعیل‌پور ف، خانجانی ز. نقش اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی بزرگسالان در رفتارهای پرخطر رانندگی با میانجی‌گری دشواری در تنظیم هیجان. *نشریه طب انتظامی*. ۱۳۹۶؛ ۶(۳): ۱۶۷-۱۷۷. [http://jppmed.ir/browse.php?a\\_code=A-10-519-1&slc\\_lang=fa&sid=1](http://jppmed.ir/browse.php?a_code=A-10-519-1&slc_lang=fa&sid=1)

۶۲- هاشمی م، غلامی م. ارتباط بین سبک‌های تفکر و سبک‌های تصمیم‌گیری با میانجی‌گری حل مسئله شاعلیان استارت‌آپ‌ها. *فصلنامه روانشناسی شناختی*. ۱۴۰۲؛ ۱۱(۴): ۸۹-۱۰۴. URL: <http://jcp.khu.ac.ir/article-1-3735-fa.html>

۶۳- مومن‌پور طیولا م، بیات ع، محمدی ع. خودکنترلی، سبک‌های تصمیم‌گیری و گزارش اخلاقی تخلفات بانکی. *اخلاق در علوم و فناوری*. ۱۴۰۰؛ ۱۶(۲): ۵۶-۶۵. <https://ethicsjournal.ir/article-1-2286-fa.html>

۶۴- بهرامی، ف. بررسی رابطه‌ی مهارت‌های ذهن آگاهی با سبک‌های تصمیم‌گیری مدیران دانشگاه صنعتی مالک اشتر. *بهبود مدیریت*. ۱۳۹۳؛ ۱۸(۱): ۴۹-۷۰. [https://www.behboodmodiriat.ir/article\\_42840.html](https://www.behboodmodiriat.ir/article_42840.html)

۶۵- حمیدی چولابی ر، صالحی ا. پیش‌بینی تصمیم‌گیری پرخطر بر اساس سبک‌های تصمیم‌گیری و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دختر و پسر. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*. ۱۴۰۲؛ ۱۶(۲۰): ۱-۱۳. URL: <http://jnpi.ir/article-1-924-fa.html>

۶۶- فولادوند، خ. نقش افسردگی و خودکارآمدی در پیش‌بینی سبک‌های تصمیم‌گیری نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۱۳۹۸؛ ۲۶(۶): ۷۲۷-۷۳۷. [https://jsums.medsab.ac.ir/article\\_1248.html](https://jsums.medsab.ac.ir/article_1248.html)

۶۷- کشاورزی س، فتحی‌آذرا، میرنسب م م، بدری‌گرگری ر. تأثیر آموزش آگاهی فراشناختی بر سبک‌های تصمیم‌گیری و تنظیم هیجان دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تبریز. *فصلنامه روانشناسی شناختی*. ۱۳۹۶؛ ۵(۱): ۵۱-۶۰. <https://jcp.khu.ac.ir/article-1-2622-fa.html>

68-Zadelaar JN, Dekkers TJ, Huizenga HM. The association between risky decision making and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: A preregistered assessment of need for cognition as underlying mechanism. *Journal of Behavioral Decision Making*. 2020; 33(5): 579-592. <https://doi.org/10.1002/bdm.2177>

69-Bangma DF, Koerts J, Fuermaier ABM, Mette C, Zimmermann M, Toussaint AK, Tet al. Financial decision-making in adults with ADHD. *Neuropsychology*. 2019; 33(8): 1065-1077. <https://doi.org/10.1037/neu0000571>

# بررسی مدل ساختاری پیش‌بینی اختلالات خواب از طریق نشخوار فکری با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در بیماران دیالیزی

نویسندگان

فرهاد قربانی<sup>۱</sup>، امین رفیعی پور<sup>۲\*</sup>، نیلوفر طهمورسی<sup>۳</sup>، رضا حسین پور<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

نیشابور، نیشابور، ایران. dr\_fghorbani@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

niloofartahmouresi@yahoo.com

۴. استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران.

hosseinpour\_reza@yahoo.com

چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری پیش‌بینی اختلالات خواب از طریق نشخوار فکری با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در بیماران دیالیزی انجام شد.

**روش:** طرح پژوهش حاضر، همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. نمونه پژوهش حاضر را ۲۵۰ نفر از بیماران دیالیزی بیمارستان‌های تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل می‌داد که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش را پرسش‌نامه‌های کیفیت خواب پیتزبورگ، حمایت اجتماعی زمیت و همکاران و نشخوار فکری تشکیل می‌داد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد، حمایت اجتماعی در ارتباط نشخوار فکری با اختلالات خواب نقش میانجی دارند. همچنین ارتباط مستقیم بین نشخوار فکری با حمایت اجتماعی و اختلالات خواب نیز به لحاظ آماری مورد تأیید قرار گرفت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت حمایت اجتماعی و نشخوار فکری متغیرهایی هستند که می‌تواند بر اختلالات خواب بیماران دیالیزی تأثیرگذار باشند و در تدوین مداخلات درمانی برای اختلالات خواب این بیماران باید به حذف و تعدیل عوامل تأثیرگذار و سببی توجه ویژه مبذول شود.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۰/۰۸

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۴/۱۸



کلیدواژه‌ها

اختلالات خواب، نشخوار فکری، حمایت اجتماعی، بیماران دیالیزی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

rafiepoor2000@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول و متعلق به دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است.

## مقدمه

اجتماعی است [۶]. حمایت اجتماعی یک عامل محافظتی در برابر اختلال خواب است. یک مطالعه روی ۱۲۰۹ مرد نشان داد، کارگرانی که استرس شغلی بالا و حمایت اجتماعی کم دارند، سه برابر بیشتر از افرادی که استرس شغلی پایین و حمایت اجتماعی بالایی دارند، در معرض ابتلا به بی‌خوابی قرار دارند [۷]. اختلالات خواب اغلب در بیماران مبتلا به بیماری کلیوی تحت درمان با دیالیز گزارش می‌شود که ممکن است به دلیل علائم مربوط به اختلالات خواب مرتبط با اورمی یا درمان‌های مرتبط با کلیه باشد [۲]. طبق مطالعه‌ای که توسط پن و همکاران [۸] انجام شد، مشخص گردید که بیماران برخوردار از حمایت اجتماعی بیشتر دریافت از سلامت روانی بالاتری دارند و تمامی عوامل سبب بهبود کیفیت خواب این گروه از افراد می‌گردد.

به طور گسترده تصور می‌شود حمایت اجتماعی پتانسیل بهبود نتایج در سلامت بیماران را دارد. نشان داده شده است که حمایت اجتماعی ادراک شده با بهبود نتایج سلامت در انواع بیماری‌های مزمن از جمله بیماری قلبی و دیابت مرتبط است. حمایت اجتماعی بهتر می‌تواند رضایت بیماران دیالیزی را از مراقبت و کیفیت زندگی افزایش دهد و در نتیجه پیامدهای مربوط به سلامت بهبود می‌یابد. علاوه بر این، حمایت اجتماعی در میان افرادی که دیالیز می‌شوند، می‌تواند ابزاری برای درمان بهتر، پیروی از دارو و تغذیه فراهم کند و منجر به نتایج بالینی بهتر شود [۹]. تعاملات اجتماعی در بیماران مزمن بسیار مهم است، زیرا این تعاملات فواید قابل توجهی برای سلامتی آنها دارد. بیماران شرکت‌کننده در فعالیت‌های اجتماعی به میزان کمتری از اختلالات روانی رنج می‌برند. حمایت اجتماعی عوامل خطر بیماری‌های مزمن از جمله سیگار کشیدن، بی‌تحرکی و رعایت نکردن رفتارهای بهداشتی را کاهش می‌دهد. با افزایش حمایت اجتماعی، استرس کاهش می‌یابد و پاسخ‌های ایمنی خون افزایش می‌یابد. افرادی که به حمایت اجتماعی بیشتری دسترسی دارند، می‌توانند استرس خود را بهتر مدیریت کنند و نتایج سلامت بهتری را تجربه کنند. مطالعات نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط است به گونه‌ای که افرادی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند و به بخشی از یک شبکه اجتماعی بزرگ‌تر تعلق دارند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌شوند. با این حال، افرادی که حمایت اجتماعی کمتری دارند با

امروزه الگوی بیماری‌ها در جهان از بیماری‌های واگیردار و عفونی به بیماری‌های غیر واگیر تبدیل شده است که عوامل متعددی از جمله فرهنگ، زندگی ماشینی، تغذیه، صنعتی شدن و به‌طور کلی تغییر سبک زندگی از عوامل ایجادکننده آن به شمار می‌آید. علاوه بر عوامل فیزیولوژیکی، علل روانی در بروز این‌گونه بیماری‌ها مؤثر است. اگرچه شواهد حاکی از آن است که عوامل فیزیکی می‌توانند تا ۵۰ درصد از این بیماری‌ها را پیش‌بینی کنند؛ اما به‌تنهایی قادر به توضیح بروز و تداوم این بیماری‌ها نیستند. پیشرفت‌های اخیر در طب رفتاری، توجه روانشناسان سلامت را به نقش‌های کلیدی که عوامل غیر زیستی در ایجاد این بیماری‌ها از جمله دیالیز ایفا می‌کنند، جلب کرده است [۱].

یکی از این فاکتورها کیفیت خواب بیماران است، بدین‌صورت که کیفیت خواب یک فاکتور حائز اهمیت در بیماران دیالیزی محسوب می‌شود، مطالعات شیوع بالا اختلالات خواب را در بیماران همودیالیزی گزارش کرده است [۲]. دلایل شیوع بالای مشکلات خواب در بیماران دیالیزی به طور کامل مشخص نشده است و مطالعات قبلی برخی از علل بالقوه درونی و محیطی را گزارش کرده‌اند. به‌عنوان مثال، شاخص توده بدنی بزرگ، وضعیت التهابی [۳]، شاخص‌های تغذیه‌ای پایین، وجود افسردگی و دیالیز ناکافی از علل دیگر است (مابعد در طول شب از اندام تحتانی به گردن جابجا می‌شود) [۴]. کیفیت خواب پایین در این بیماران منجر به کیفیت پایین زندگی و مرگ زودرس می‌شود. پس از مدتی، این اختلالات خواب ممکن است منجر به «برگشت روز - شب» در افراد شود، یعنی بی‌خوابی در شب و خواب‌آلودگی در روز و سبب سردرد، افسردگی و کاهش ظرفیت عملکردی شود [۲]. علاوه بر این، اخیراً نشان داده شده است، خواب بی‌کیفیت، یک پیش‌بینی‌کننده مهم مرگ‌ومیر در بیماران مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی است. عوامل مختلفی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه می‌تواند باعث اختلال در خواب و کیفیت پایین خواب شود، مانند سطح اوره و کراتینین خون، هورمون پاراتیروئید، فشار خون و غیره [۵]. یکی از فاکتورهای روان‌شناسی که با خواب در ارتباط است حمایت



## روش

طرح پژوهش طرح همبستگی از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری است که یک روش همبستگی چندمتغیری است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیالیزی بیمارستان‌های تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود که ۲۵۰ نفر از این گروه به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. درباره حجم نمونه در پژوهش‌های مربوط به روش تحقیق همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری نظرات گوناگون وجود دارد ولی همه بر این موضوع توافق دارند که مدل معادلات ساختاری، شبیه تحلیل عامل از فنون آماری است که با نمونه بزرگ قابل اجرا است. تاباچنیک و فیدل [۱۶] حداقل حجم ۲۰۰ نفر را برای برازش مدل را کافی دانسته‌اند؛ بنابراین ۲۵۰ نفر از این جامعه به عنوان نمونه انتخاب شدند.

## ابزارهای پژوهش:

**پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ<sup>۲</sup>:** پرسش‌نامه کیفیت خواب توسط بایسس<sup>۳</sup> و همکاران [۱۷] طراحی شد. یک پرسش‌نامه خود گزارش‌دهی در مورد کیفیت خواب ذهنی در ۴ هفته گذشته است و شامل ۱۸ پرسش است. چهار پرسش اول در مورد زمان‌ها (زمان خواب، تعداد ساعات‌هایی که شرکت‌کننده به خواب رفته، زمان بیدار شدن و ساعات‌های خواب در شب) می‌پرسد. ۱۰ پرسش بعدی می‌پرسند که شرکت‌کننده چقدر به دلایل مختلف (مثلاً نیمه‌شب از خواب بیدار شده، نیاز به دستشویی رفتن، سرفه و خواب‌های بد) داشته است. به هر یک از این پرسش‌ها باید در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از «هرگز» تا «سه بار یا بیشتر در هفته» پاسخ داده شود. پرسش‌های اضافی شامل رتبه‌بندی ذهنی کیفیت خواب شرکت‌کنندگان (مقیاس ۴ درجه‌ای از «خیلی خوب» تا «بسیار بد»)، استفاده از داروهای خواب‌آور و مشکل بیدار ماندن در طول روز (مقیاس ۴ درجه‌ای از «هرگز» تا «سه بار یا بیشتر در هفته») است. پرسش آخر این است که آیا برای شرکت‌کننده مشکلی بوده است که اشتیاق کافی برای انجام کارها را حفظ کند (مقیاس ۴ درجه‌ای از «اصلاً مشکلی نیست» تا «یک مشکل بسیار بزرگ»). این پرسش‌نامه

چالش‌های بیشتری در مقابله با استرس مواجه هستند و آسیب‌پذیرتر هستند. علاوه بر این، کاهش حمایت اجتماعی به احتمال مرگ‌ومیر را افزایش می‌دهد. حمایت اجتماعی به عنوان شبکه‌ای از خانواده، دوستان و همسایگان تعریف می‌شود که در صورت نیاز به حمایت روانی، فیزیکی یا مالی در دسترس هستند و یکی دیگر از فاکتورهایی که با حمایت اجتماعی در ارتباط است نشخوار فکری است [۱۰].

نشخوار فکری به عنوان افکار منفی تکرار شونده در مورد علائم، علل و پیامدهای احساسات منفی تعریف می‌شود. نشخوار فکری یک سبک پاسخ منفی در مواجهه با موقعیت‌های خاص است، مانند رویداد استرس‌زا و باعث طولانی شدن و تشدید احساسات منفی، اختلال در عملکرد شناختی و توانایی حل مسئله می‌شود. افراد، رویدادهای نامطلوبی را تجربه می‌کنند که آن‌ها را نسبت به اطلاعات منفی حساس می‌کند و منجر به افکار منفی تکراری می‌شود که به نوبه خود ممکن است به راحتی باعث نشخوار فکری شود [۱۱]. نتایج پژوهش یدالهی فرد و همکاران [۱۲]، نشان داد که نشخوار فکری با کیفیت خواب رابطه معنی‌داری دارد بدین صورت که نشخوار فکری باعث کاهش کیفیت خواب در افراد می‌گردد. همچنین مطالعه وصال و همکارانش [۱۳] که بر روی بیماران رماتیسم مفصلی انجام شد به نتایج مشابهی دست پیدا کردند و نشان دادند که نشخوار فکری کیفیت پایین خواب را پیش‌بینی می‌کند. ژائو و همکاران [۱۴]، به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت خواب پرداختند و نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که افرادی که از حمایت اجتماعی ضعیف برخوردار هستند کیفیت خواب پایینی را گزارش می‌کنند. هریس<sup>۱</sup> و همکاران [۱۵] مطالعه‌ای بر روی بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام دادند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد، حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده کیفیت خواب در بیماران است. با توجه به اهمیت متغیرهای مذکور در بهبود سلامت روانی بیماران کلیوی و با توجه به اینکه مطالعه‌ای تاکنون انجام نشده است که متغیرهای این مطالعه را در قالب مدل بررسی کند هدف از انجام این پژوهش بررسی مدل ساختاری پیش‌بینی اختلالات خواب از طریق نشخوار فکری با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در بیماران دیالیزی بود.

2 . The Pittsburgh Sleep Quality Index.

3 . Buysse.

1 . Harris.

رتبه‌بندی می‌شوند. RRS دارای سه زیرمقیاس است. خرده مقیاس افسردگی ۱۲ ماده‌ای محتوای مربوط به علائم افسردگی را نشان می‌دهد. خرده مقیاس چهار ماده‌ای فکری شامل «تفکر بد خلقی» در مورد کاستی‌های شخصی و شکست‌های زندگی است؛ و خرده مقیاس انعکاس شش ماده‌ای شامل مواردی است که برای ارزیابی تلاش‌ها فرد برای تجزیه‌وتحلیل خود، احساسات، افکار و رویدادها در یک چشم‌انداز حل‌گرا طراحی شده است. پایایی نسخه اصلی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده و روایی محتوایی آن نیز ۰/۷۶ گزارش شده است [۲۱]. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران بررسی شده است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ گزارش شده و روایی آن به وسیله تحلیل عاملی تأییدی بررسی و بارهای عاملی تمام گویه‌ها مطلوب گزارش شده است [۲۲]. ثبات درونی نمره کل این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

#### شیوه انجام پژوهش

پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان بیمارستان سوده شهرک واوان و تأیید پرسش‌نامه‌های پژوهش توسط بیمارستان، جهت جمع‌آوری داده‌ها به بیمارستان مراجعه شد. در زمان توزیع پرسش‌نامه‌ها به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات توضیحات لازم ارائه و اعتماد آنان جهت شرکت در پژوهش جلب شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری مزمن کلیوی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن و مصرف‌نداشتن داروهای روان‌پزشکی و معیار خروج از پژوهش نیز، ناقص بودن پرسش‌نامه‌ها بود. شایان ذکر است که پرسش‌نامه‌های افرادی که ناقص بوده و یا معیارهای ورود به پژوهش را رعایت ننموده بودند از فرآیند تجزیه‌وتحلیل حذف گردید.

#### شیوه تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

#### یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

مؤلفه‌هایی مانند کیفیت خواب، تأخیر خواب، مدت زمان خواب، کارایی خواب، اختلالات خواب، داروهای خواب و اختلال عملکرد در طول روز را می‌سنجد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت خواب بدتر است. پایایی این مقیاس در نسخه اصلی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده و روایی آن نیز به وسیله تحلیل عاملی تأییدی مطلوب گزارش شده است [۱۷]. اعتبار و پایایی پرسش‌نامه در مطالعات داخلی و خارجی بسیاری مورد بررسی قرار گرفته است. پایایی این مقیاس ۰/۸۳ و روایی آن به وسیله تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۸]. ثبات درونی نمره کل این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد.

**پرسش‌نامه حمایت اجتماعی<sup>۱</sup>:** مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) یک مقیاس خودگزارشی ۱۲ ماده‌ای است که برای اندازه‌گیری منابع حمایت اجتماعی ادراک شده از خانواده، دوستان و سایر افراد مهم استفاده می‌شود [۱۹]. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر روی طیف لیکرت از ۱ = (به شدت مخالفم) تا ۷ = (بسیار موافقم) انجام می‌شود. نمرات بالاتر در تمام بخش‌ها به حمایت اجتماعی بیشتر مربوط می‌شود. پایایی این مقیاس در نسخه اصلی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و همسانی درونی کلی برای این مقیاس بین ۰/۸۰ و ۰/۹۵ گزارش شده است [۱۹]. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط سلیمی و همکاران [۲۰]، مورد بررسی قرار گرفت و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای حمایت خانواده، حمایت دوستان و افراد مهم به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ به دست آمده و روایی محتوایی آن ۰/۶۷ گزارش شده است. ثبات درونی نمره کل این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

**پرسش‌نامه نشخوار فکری (RRS):** مقیاس پاسخ نشخوارکننده معیاری از تمایلات گرایش به نشخوار فکری در پاسخ به عاطفه منفی ارائه می‌دهد. RRS شامل ۲۲ پاسخ احتمالی به خلق‌وخوی غمگین است که بر روی خود، علائم فرد و علل و پیامدهای احتمالی حالت خلقی متمرکز است. پاسخ‌ها در مقیاسی از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه)

1. multidimensional Scale of Perceived Social Support.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی

| متغیرهای پژوهش   |         |              |        |        |
|------------------|---------|--------------|--------|--------|
| شاخص آماری مقیاس | میانگین | انحراف معیار | کجی    | کشیدگی |
| نشخوار فکری      | ۴۹/۳۸   | ۱۰/۱۲        | ۰/۳۲۴  | -۰/۰۹۸ |
| حمایت اجتماعی    | ۵۲/۱۶   | ۱۲/۲۷        | -۰/۵۰۵ | ۰/۱۸۶  |
| اختلالات خواب    | ۱۳/۷۴   | ۴/۶۳         | ۰/۳۰۳  | -۰/۴۰۱ |

یکی از مفروضه‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری، نرمال بودن توزیع چندمتغیری است. برای این منظور در نرم‌افزار AMOS از ضریب کشیدگی چندمتغیری مardia استفاده می‌شود. مقادیر بزرگ‌تر از ۵ برای ضریب مardia نشان‌دهنده توزیع غیرنرمال داده‌ها است. مقدار ضریب مardia برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۳/۱۷ است که نشان می‌دهد، مفروضه نرمال بودن چندمتغیره برقرار است. برای بررسی نرمال بودن تک متغیری یک معیار کلی توصیه می‌کند که چنانچه کجی و کشیدگی در بازه (۲، -۲) نباشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. بر اساس داده‌های جدول ۱ مشخص می‌شود، شاخص کجی و کشیدگی هیچ‌یک از متغیرها خارج از بازه (۲، -۲) نیست؛ بنابراین می‌توان آن‌ها را نرمال یا تقریب نرمال در نظر گرفت. جهت بررسی نبود اثر هم‌خطی بین متغیرهای مستقل از شاخص تحمل واریانس و عامل تراکم واریانس استفاده شد که نتایج حاکی از نبود هم‌خطی بین متغیرهای

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

| متغیرها       | نشخوار فکری | حمایت اجتماعی | اختلالات خواب |
|---------------|-------------|---------------|---------------|
| نشخوار فکری   | ۱           |               |               |
| حمایت اجتماعی | **۰/۳۷-     | ۱             |               |
| اختلالات خواب | **۰/۶۴      | **۰/۵۰-       | ۱             |

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، رابطه بین متغیرهای پژوهش، در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار می‌باشند.

مستقل بود. نظر به این که اساس الگویابی تحلیل مسیر بر مبنای ماتریس واریانس- کوواریانس یا همبستگی بین متغیرها است؛ لذا در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

نتایج مربوط به اجرای مدل اولیه در حالت استاندارد به همراه برخی از مهم‌ترین شاخص‌های برازش مدل اولیه در شکل (۱) و جدول (۳) ارائه شده است. نتایج شاخص‌های برازش در جدول ۳ نشان می‌دهد، الگوی نهایی مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. شاخص  $R^2$  میزان واریانس تبیین شده متغیرهای درون‌زا را نشان می‌دهد. چنین مقادیر  $R^2$ ، ۰/۶۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ را به ترتیب قوی، متوسط و ضعیف توصیف می‌کند. طبق شکل (۱)، ضریب تعیین متغیر اختلالات خواب در الگوی اصلاح شده ۰/۵۲ است که نشان می‌دهد متغیرهای برون‌زا و میانجی می‌توانند ۵۲ درصد از تغییرات اختلالات خواب را پیش‌بینی کنند.

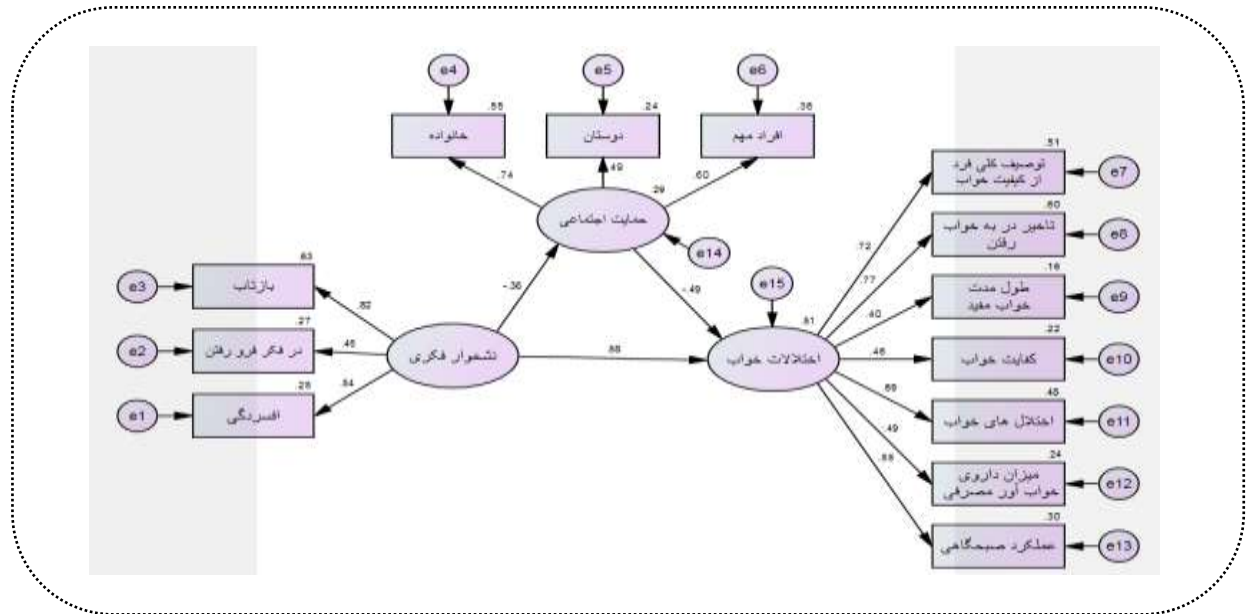
جدول ۳. شاخص‌های برازش الگوی پژوهش

| شاخص‌های برازش |               | نام شاخص                                      |
|----------------|---------------|---|
| مقدار          | حد مجاز       |   |
| ۲/۱۷           | کمتر از ۳     | $\chi^2$                                      |
| ۰/۰۸           | کمتر از ۰/۱   | (ریشه میانگین خطای برآورد) RMSEA <sup>۱</sup> |
| ۰/۹۴           | بالاتر از ۰/۹ | (برازندگی تعدیل یافته) CFI <sup>۲</sup>       |
| ۰/۹۳           | بالاتر از ۰/۹ | (برازندگی نرم شده) NFI <sup>۳</sup>           |
| ۰/۹۲           | بالاتر از ۰/۹ | (نیکویی برازش) GFI <sup>۴</sup>               |
| ۰/۹۵           | بالاتر از ۰/۹ | (نیکویی برازش اصلاح شده) AGFI <sup>۵</sup>    |

1. Root Mean Square Error Approximation.
2. Comparative Fit Index.
3. Normed Fit Index.
4. Goodness of Fit Index.
5. Goodness of Fit Index.

بهره‌مند شده‌اند؛ بنابراین پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع است. در ادامه ضرایب مسیر استاندارد شده مدل پژوهش در شکل (۱) ارائه شده است. در جدول ۴ ضرایب و اثرات معناداری اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

به‌طورکلی در کار با برنامه ایموس هر یک از شاخص‌های به‌دست‌آمده به‌تنهایی دلیل برازندگی یا نبود برازندگی الگو نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش مدل در مجموع از وضعیت مطلوبی



شکل ۱. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

جدول ۴. ضرایب و معناداری اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش

| متغیر پیش‌بین | متغیر ملاک    | نوع اثر | ضریب استاندارد نشده | $\beta$ استاندارد شده | t     | سطح معناداری |
|---------------|---------------|---------|---------------------|-----------------------|-------|--------------|
| نشخوار فکری   | اختلالات خواب | مستقیم  | ۰/۹۸                | ۰/۵۸                  | ۵/۱۳  | ۰/۰۰۱        |
| حمایت اجتماعی | اختلالات خواب | مستقیم  | -۰/۷۰               | -۰/۴۹                 | -۴/۵۱ | ۰/۰۰۱        |
| نشخوار فکری   | حمایت اجتماعی | مستقیم  | -۰/۵۷               | -۰/۳۶                 | -۴/۰۸ | ۰/۰۰۱        |

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است، نشخوار فکری و حمایت اجتماعی اثر مستقیم بر اختلالات خواب دارند، رابطه نشخوار فکری با اختلالات خواب به صورت مستقیم برابر  $t = 5/13$  و  $\beta = 0/58$  و رابطه حمایت اجتماعی با اختلالات خواب به صورت مستقیم برابر  $t = -4/51$  و  $\beta = -0/49$  است. همچنین ارتباط نشخوار فکری با حمایت اجتماعی به صورت مستقیم برابر  $t = -4/08$  و  $\beta = -0/36$  است؛ بنابراین فرضیه‌های مطرح شده در این زمینه با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید قرار می‌گیرد ( $p < 0.05$ ).

جهت بررسی نقش میانجی حمایت اجتماعی بین متغیرهای پژوهش از آزمون سوبل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جهت بررسی نقش میانجی حمایت اجتماعی بین متغیرهای پژوهش از آزمون سوبل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. ضرایب و معناداری اثرات غیرمستقیم نشخوار فکری بر اختلالات خواب

| متغیر ملاک    | متغیر پیش‌بین | نوع اثر                | ضریب استاندارد نشده | $\beta$ استاندارد شده | آماره سوبل | sig   |
|---------------|---------------|------------------------|---------------------|-----------------------|------------|-------|
| اختلالات خواب | نشخوار فکری   | به واسطه حمایت اجتماعی | ۰/۴۰                | ۰/۱۸                  | ۳/۷۱       | ۰/۰۰۱ |

جهت بررسی اثر متغیر میانجی رابطه حمایت اجتماعی در رابطه بین نشخوار فکری با اختلالات خواب، از آزمون سوبل استفاده گردید. یک روش مورد استفاده برای سنجش معنی‌داری اثر متغیر واسطه آزمون سوبل (۱۹۸۲م) است که مستقیماً معنی‌داری  $ab$  را نسبت به توزیع بهنجار  $Z$  با استفاده از خطای استاندارد متغیر میانجی می‌سنجد. بدین ترتیب پس از تقسیم حاصل ضرب دو ضریب غیراستانداردی که مسیرهای متغیر واسطه را تشکیل می‌دهند بر خطای استاندارد این حاصل ضرب، نسبت به دست‌آمده با جدول توزیع بهنجار مقایسه می‌شود؛ اگر نسبت به دست‌آمده بزرگ‌تر از  $1/96$  باشد آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که نشخوار فکری اثر غیرمستقیم به واسطه حمایت اجتماعی بر اختلالات خواب بیماران دیالیزی دارند؛ بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود رابطه غیرمستقیم بین نشخوار فکری با اختلالات خواب بیماران دیالیزی با  $95$  درصد اطمینان تایید می‌شود ( $p < 0.05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آماری مشخص کرد، بین نشخوار فکری و اختلالات خواب رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد، بدین‌صورت که با افزایش نشخوار فکری در بیماران اختلالات خواب نیز افزایش می‌یابد و این نتیجه همسو با پژوهش‌های یدالهی‌فر و همکاران [۱۲] و لی [۲۳] است. همان‌طور که بیان کردیم قرار گرفتن در شرایط بیماری به‌عنوان مثال تحت درمان دیالیز به عنوان یک رویداد آسیب‌زا برای بیماران تلقی می‌شود و افراد در پاسخ به رویدادهای آسیب‌زا دو نوع ارزیابی انجام می‌دهند، ارزیابی نخست خودکار، ناخودآگاه و سریع فعال است و ارزیابی دوم آگاهانه است. سپس یک ارزیابی مجدد وجود خواهد داشت که ممکن است نشخوار فکری باشد. نشخوار فکری می‌تواند

متمرکز بر هیجان یا مشکل محور باشد و می‌تواند به عنوان یک سبک پاسخ تعریف شود که به موجب آن فرد تمایل دارد به طور مکرر در مورد موقعیت‌ها یا رویدادهای مشکل‌ساز فکر کند و بر احساسات و علائم منفی که به دلیل ناملایمات برانگیخته شده است تمرکز کند [۲۴]. مطالعات قبلی نشان داده، نشخوار فکری می‌تواند تغییرات فیزیولوژیکی زیادی مانند خواب آشفته را ایجاد کند. همچنین مدل شناختی برای ارتباط نشخوار فکری با اختلالات خواب، به ویژه در موقعیت‌های مشکل‌ساز تفسیری را بیان می‌کند. افراد دارای سبک پاسخ نشخوارکننده تمایل دارند فعالیت شناختی را به‌طور منفی تقویت کنند تا هم برانگیختگی خودمختار و هم پریشانی عاطفی را تحریک کنند. این حالت مضطرب توجه انتخابی را به نشانه‌های تهدید داخلی و خارجی مرتبط با خواب متمرکز می‌کند. نتیجه ناگوار این است که اضطراب بیش‌ازحد و فزاینده ممکن است به کمبود واقعی خواب ختم شود [۲۵]. مطالعات همچنین نشان می‌دهد که نشخوار فکری ممکن است به عنوان یک واسطه بالقوه در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا زندگی و مشکلات بعدی مربوط به خواب عمل کند. به‌عنوان مثال، زوکولا و همکارانش ابتدا از مانیتورهای قابل حمل خواب برای اندازه‌گیری تأخیر شروع خواب عینی استفاده کردند و دریافتند که نشخوار پس استرس می‌تواند تأخیر طولانی‌تر شروع خواب را به طور مثبت پیش‌بینی کند. روی‌هم‌رفته، این نتایج روابط همبستگی بین رویدادهای استرس‌زا زندگی و نشخوار فکری و بین نشخوار فکری و مشکلات مربوط به خواب را نشان می‌دهد [۲۶].

علاوه بر این نتایج آماری مشخص شد، بین نشخوار فکری و حمایت اجتماعی رابطه معکوس معنادار وجود دارد و این نتیجه با پژوهش‌های پنگ و همکاران [۲۷] و فلین و

همچنین نتایج آماری نشان داد، بین حمایت اجتماعی و اختلالات خواب رابطه منفی و معنادار وجود دارد، بدین صورت که با افزایش حمایت اجتماعی اختلالات خواب در بیماران کلیوی تحت درمان با دیالیز کاهش پیدا می‌کند که نتیجه با تحقیقات پن و همکاران [۸] همسو است. حمایت اجتماعی به عنوان یک متغیر مهم در حوزه حفظ سلامت مورد توجه قرار می‌گیرد. افراد فعال اجتماعی که روابط بیشتری دارند در معرض فشار و کنترل هنجاری قوی از جانب دوستان و اعضای خانواده برای نشان دادن رفتار سالم و جستجوی مراقبت‌های بهداشتی در صورت لزوم قرار می‌گیرند. علاوه بر این، یک شبکه حمایت اجتماعی به افراد با منابع اطلاعاتی متعدد کمک می‌کند و احتمال دسترسی به اطلاعاتی را افزایش می‌دهد که رفتار سالم را ترویج می‌کند و موقعیت‌های خطر و استرس را به حداقل می‌رساند. علاوه بر این، حمایت اجتماعی یک عامل محافظتی در برابر اختلال خواب است. مربوط به اختلالات خواب مرتبط با اورمی یا درمان‌های مرتبط با کلیه باشد.

در نهایت نتایج آماری نشان داد، نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در رابطه بین نشخوار فکری و اختلالات خواب در بیماران معنی‌دار شد. حمایت اجتماعی به طور غیرمستقیم رابطه بین نشخوار فکری و اختلالات خواب در بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این نتیجه با پژوهش‌های ژائو و همکاران [۱۴]، هریس و همکاران [۱۵] و پن و همکاران [۸] همسو است. نشخوار فکری، به عنوان تمایل به تمرکز منفعلانه و مکرر بر تجربه خلق‌های منفی و همچنین علل و پیامدهای آن تعریف می‌شود، یک عامل خطر و به طور گسترده برای ناسازگاری عاطفی و روانی است. برای مثال، نشخوار فکری منجر به تفسیرهای منفی‌تر و مغرضانه‌تر از رویدادهای زندگی می‌شود، یادآوری خاطرات و رویدادهای زندگی‌نامه‌ای منفی را تسهیل می‌کند و تمایل به مشارکت و روابط و دریافت حمایت اجتماعی را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، افرادی که نشخوار می‌کنند طیفی از رفتارهای بی‌نظم را نشان می‌دهند که احتمالاً عملکرد بین فردی را به خطر می‌اندازد [۱۵]. هنگامی که افراد یک رویداد استرس‌زا را تجربه می‌کنند و نمی‌توانند از فکر کردن در مورد آن دست بکشند و دائماً نشخوار فکری در مورد آن رویداد دارد، اغلب برای حمایت به دوستان مراجعه می‌کنند اگرچه حمایت اجتماعی به‌طور کلی باعث می‌شود افراد احساس

همکاران [۲۸] همسو است. نشخوار فکری، نوع منحصربه‌فردی از تمرکز بر خود است که به شدت با علائم افسردگی مرتبط است. نظریه سبک پاسخ بیان می‌کند، پاسخ‌های نشخوارکننده طول مدت علائم افسردگی را طولانی‌تر می‌کند زیرا به خلق افسرده اجازه می‌دهد تفکر سوگیری منفی داشته باشد و در رفتار ابزاری و حل مسئله دخالت کند [۲۹]. گرچه نشخوار فکری یک عامل خطر برای افسردگی است، تحقیقات نولن هوکسما و همکاران [۳۰] نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی می‌تواند یک عملکرد محافظتی در نشخوار فکری داشته باشد. توانایی صحبت کردن در مورد احساسات و افکار خود با دیگران ممکن است به جلوگیری از وقوع نشخوار فکری کمک کند، یا در عوض، به بسته شدن آن پس از شروع نشخوار کمک کند. افرادی که نزدیکان آن‌ها را دچار تنش می‌کنند، اظهارات انتقادی می‌کنند و اعصابشان را به هم می‌ریزند (یعنی تعاملات منفی) سطوح بالایی از علائم افسردگی را تجربه خواهند کرد. با این حال، در غیاب حمایت اجتماعی، بیماران بیشتر خود را به خاطر این رویداد سرزنش می‌کنند، افکار نشخوارکننده دارند و احساسات خود را به روش‌های ناسازگاری مانند خشم، گوشه‌گیری یا افسردگی ابراز می‌کنند. علاوه بر این، روابط اجتماعی تیره‌تر شامل انزوای اجتماعی؛ این رابطه‌ها حمایت اجتماعی کمتری را دریافت می‌کنند، ممکن است تفکرات نشخوارکننده در این گروه افزایش یابد. حمایت اجتماعی در افرادی که به ویژه در برابر پیامدهای روان‌شناختی استرس‌زا آسیب‌پذیر هستند بسیار سودمند خواهد بود [۶]. چنین افراد آسیب‌پذیری ممکن است شامل کسانی باشد که تحت استرس زندگی سخت قرار می‌گیرند، می‌توان گفت، قرار گرفتن در معرض بیماری کلیوی می‌تواند به عنوان یک رویداد استرس‌زا برای فرد تلقی شود و همچنین برخی از افراد از نظر روانی مستعد پاسخگویی به استرس به شیوه‌هایی هستند که تجربه پریشانی، مانند نشخوار فکری را افزایش می‌دهند. نشخوار فکری، تمایل به استقامت بر عوامل استرس‌زا، خلق‌وخوی منفی و سایر افکار منفی مرتبط با خود است. چنین ویژگی شخصیتی، به طور مداوم نشان داده شده است که افراد را مستعد پریشانی و افسردگی می‌کند [۲۵]؛ بنابراین حمایت اجتماعی برای کاهش نشخوار فکری در این گروه از افراد بسیار تأثیرگذار است.

تدوین مداخلات درمانی برای اختلالات خواب بیماران دیالیزی باید به حذف و تعدیل عوامل تأثیرگذار و سببی توجه ویژه مبذول شود.

### سیاسگزاری

نویسندگان این مقاله از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، کمال تشکر را دارند.

### منابع

- 1- Barani F, Tamini BK, Fard HA. Comparing personality types, everyday memory, and rumination among stroke, heart attack, and dialysis patients. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2019; 7(1): 10-20. <http://dx.doi.org/10.5812/jjcdc.61331>
- 2- Matharaarachchi, S, Domaratzki, M, Marasinghe, C, and Muthukumarana, S. Modeling and feature assessment of the sleep quality among chronic kidney disease patients. *Sleep Epidemiol*. 2021; 2:100041. <https://doi.org/10.1016/j.sleepe.2022.100041>
- 3- Davydov GG, Nashat H, Ghali S, et al. Common Sleep Disorders in Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review on What They Are and How We Should Treat Them. *Cureus*. 2023; 15(8): e44009. <https://doi.org/10.7759/cureus.44009>
- 4- Elias RM, Chan CT, Paul N, Motwani SS, Kasai T, Gabriel JM, Bradley TD. Relationship of pharyngeal water content and jugular volume with severity of obstructive sleep apnea in renal failure. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2013; 28(4): 937-944. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfs473>
- 5- Mirghaed, M. T, Seprehian, R, Rakhshan, A, & Gorji, H. Sleep quality in Iranian hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2019; 24(6): 403. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_)

بهتری داشته باشند، صحبت کردن در مورد یک عامل استرس‌زا با دیگران لزوماً ناراحتی فرد را تسکین نمی‌دهد و گاهی اوقات می‌تواند آن را بدتر کند. مردم همیشه وقتی کسی با مشکلی به سراغشان می‌آید حمایت نمی‌کنند. هنگامی که این شخص دائماً در مورد یک مشکل صحبت می‌کند ممکن است دوستان دیگر نخواهند در مورد مشکل بشنوند، ممکن است ندانند چه بگویند، یا ممکن است از فرد انتقاد کنند که هنوز به آن فکر می‌کند. حتی اگر ارائه‌دهندگان پشتیبانی نیت خوبی داشته باشند، ممکن است نتوانند به فرد کمک کنند تا از فکر کردن در مورد عامل استرس‌زا جلوگیری کند و می‌تواند اضطراب و تمایلات نشخوار کننده او را افزایش دهد؛ بنابراین افکار نشخوار کننده باعث می‌شود حمایت اجتماعی کمتری دریافت کند و با آن رابطه عکس دارد [۳۱]؛ همچنین حمایت اجتماعی باعث بهبود کیفیت خواب در افراد می‌گردد. یکی از عوامل روانی اجتماعی که با رفتارهای خواب مرتبط است، حمایت اجتماعی است. عملکرد اجتماعی و خواب فرد از طریق تأثیر آن‌ها بر مکانیسم‌های روان‌شناختی، رفتاری و عصبی زیستی مشترک با سلامت و رفاه مرتبط است. استرس در روابط اجتماعی نزدیک ممکن است منجر به افکار نشخوارکننده در هنگام خواب شود که به نوبه خود ممکن است به اختلالات خواب کمک کند در مقابل، داشتن روابط اجتماعی مثبت ممکن است از طریق تشویق خلق مثبت، کاهش استرس و جلوگیری از انزوای اجتماعی، خواب سالم‌تری را تقویت کند. در مقابل، استرس‌های اجتماعی با رفتارهای سلامت ضعیف‌تر، مانند نوشیدن بیش‌ازحد یا مصرف مواد مخدر که اثرات مضر بر خواب دارند، مرتبط هستند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که نشخوار فکری باعث کاهش حمایت اجتماعی در بیماران شده و کاهش حمایت اجتماعی سبب می‌شود که فرد اختلالات خواب بیشتری را تجربه کند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از پرسش‌نامه خودسنجی برای جمع‌آوری اطلاعات و همچنین فقط اکتفا به بیماران دیالیزی شهر تهران بود که می‌تواند تعمیم نتایج را با دشواری مواجه کند. پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگر از جمله: مصاحبه جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود و مطالعاتی نیز در بیماران دیالیزی شهرها و قومیت‌های دیگر انجام شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، در

- 12-Yadollahifar S, Sadeghi A, Shamsaei F. The relationship between rumination and sleep quality in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020; 7 (2): 26-36. 1593259520-10169-29-3.pdf  
[In Persian]
- 13-Vesal M, Nazariha MA. Prediction of depression and sleep quality based on thought rumination and its components (inhibition and reflection) in patients with Rheumatoid arthritis. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2017; 11(41): 47-56.  
[https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327752jpa5201\\_](https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327752jpa5201_) [In Persian]
- 14-Zhao Y, Hu B Liu Q, Wang Y, Zhao Y, Zhu X. Social support and sleep quality in patients with stroke: The mediating roles of depression and anxiety symptoms. *International Journal of Nursing Practice*. 2022; 28(3): e12939.  
<https://doi.org/10.1111/ijn.12939>
- 15-Harris TP, Zaeske LM, Ludwig R, Baker S, Lynch S, Thuringer A, Siengskun, CF. Social support predicts sleep quality in people with multiple sclerosis during the COVID-19 pandemic. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 2022; 64: 103970.  
<https://doi.org/10.1016/j.msard.2022.103970>
- 16-Tabachnick B. Fidell LS. Using Multivariate Statistics (Vol. 3). Boston; Linda: 2007.
- 17-Buysse D J, Reynolds III C F, Monk TH, Berman S R, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989; 28(2): 193-213.  
[https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- 6- Xiao H, Zhang Y, Kong D Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor. international medical journal of experimental and clinical research*. 2020; 26: e923549-1.  
<https://doi.org/10.12659/msm.923549>
- 7- Pant P, Baniya S, Jha A. Prevalence of respiratory manifestations in chronic kidney diseases; a descriptive cross-sectional study in a tertiary care hospital of Nepal. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2019; 57:80-3.  
<https://doi.org/10.31729/jnma.4284>
- 8- Pan KC, Hung SY, Chen CI Lu CY, Shih M L, Huang CCY. Social support as a mediator between sleep disturbances, depressive symptoms, and health-related quality of life in patients undergoing hemodialysis. *PLoS One*. 2019; 14(4): e0216045.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1108749>
- 9- Plantinga LC, Fink NE, Harrington-Levey R, Finkelstein F O, Hebah N, Powe NR, Jaar, B G. Association of social support with outcomes in incident dialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2010; 5(8): 1480-1488. <https://doi.org/10.2215/cjn.01240210>
- 10-Davaridolatabadi E, Abdeyazdan G. The relation between perceived social support and anxiety in patients under hemodialysis. *Electronic physician*. 2016; 8(3): 2144.  
<https://doi.org/10.19082/2144>
- 11-Zhang R, Jia J, Zhang D, Zhao X. Association between fatigue and depressive symptoms among kidney transplantation recipients: The mediating role of rumination. *Journal of advanced nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.142002019>; 75(12): 3602-3608



- 24-Gu S, Gao M, Yan Y, Wang F, Tang YY, Huang JH. The neural mechanism underlying cognitive and emotional processes in creativity. *Frontiers in Psychology*. 2018; 9: 1924. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01924>
- 25-Harvey AGA. cognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy*. 2002; 40(8): 869-893. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00061-4)
- 26-Zoccola PM, Dickerson SS, Lam S. Rumination predicts longer sleep onset latency after an acute psychosocial stressor. *Psychosomatic medicine*: 2009; 71(7): 771-775. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181ae58e8>
- 27-Peng ZY, Wan LH. Posttraumatic growth of stroke survivors and its correlation with rumination and social support. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2018; 50(4): 252-257. <https://doi.org/10.1097/jnn.0000000000000371>
- 28-Flynn M, Kecmanovic J, Alloy LB. An examination of integrated cognitive-interpersonal vulnerability to depression: The role of rumination, perceived social support, and interpersonal stress generation. *Cognitive therapy and research*. 2010; 34: 456-466. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9300-8>
- 29-Pérez JE, Rex Smith A, Norris RL, Canenguez KM, Tracey EF, DeCristofaro SB. Types of prayer and depressive symptoms among cancer patients: The mediating role of rumination and social support. *Journal of behavioral medicine*, 2011; 34: 519-530. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9333-9>
- 18-Ariamanesh F, Malekshahi F, Safari M. The effect of foot massage on night sleep quality in hemodialysis patients. *Yafte*, 2015; 17 (1): 71-77. The effect of foot reflexology and back massage on hemodialysis patients' fatigue and sleep quality - ScienceDirect [**In Persian**]
- 19-Zimet G D, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52(1): 30-41. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- 20-Salimi A, Jokar B, Nikpour R. Internet communication in life: Investigating the role of perceived social support and loneliness in using the Internet. *Psychological Studies*. 2008; 5(3): 81-102. <https://www.semanticscholar.org/paper/> [**In Persian**]
- 21-Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2003; 27(3): 247-259. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis | Cognitive Therapy and Research
- 22-Taimory S, ramezani F, mahjob N. The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Cognitive Therapy in Reducing Depression and Obsessive Rumination among Women under Methadone Treatment. *Etiadpajohi*. 2015; 9 (34) :145-159. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse* [**In Persian**]
- 23-Lee JS. Perceived social support functions as a resilience in buffering the impact of trauma exposure on PTSD symptoms via intrusive rumination and entrapment in firefighters. *PloS one*. 2019; 14(8): e0220454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220454>

31-Shinae S, Meghan M. The relationship between social support and sleep quality in older adults: A review of the evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2024; 9-4.  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105179>

30-Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 2008; 3(5): 400-424.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

## پدیدارشناسی توصیفی از مصادیق عدم صداقت روان‌درمانی روان‌درمانگران

نویسندگان

حسین علی‌پور<sup>۱</sup>، مهدی اکبری<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت‌الله‌آملی، آمل، ایران.

alipoor58@yahoo.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

**مقدمه:** شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مردم در هر زمینه‌ای از زندگی خود با دروغ سروکار دارند یا دروغ می‌گویند و یا حقایق را پنهان می‌کنند. با این حال، پذیرفتن اینکه این اتفاق در روان‌درمانی رخ می‌دهد تا حدودی شگفت‌انگیز و حتی نگران‌کننده است. هدف پژوهش حاضر شناسایی مصادیق عدم صداقت روان‌درمانی از دیدگاه روان‌درمانگر در سال ۱۴۰۲ بود.

**روش:** روش مورد استفاده در این پژوهش، کیفی از نوع پدیدارشناسی توصیفی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه روان‌درمانگران مستقر در مراکز مشاوره شهر آمل در سال ۱۴۰۲ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری نظری در این پژوهش شرکت داشتند. ۱۶ روان‌درمانگر نمونه این مطالعه را تشکیل دادند که برای گردآوری اطلاعات از پروتکل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته ۵ محوری عدم صداقت روان‌درمانی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش توصیفی هفت مرحله‌ای کولازی استفاده شد.

**نتایج:** پایداری کدگذاری از طریق توافق کاپای کوهن برای پنج محور از چهار داور، متوسط ۰/۸۱ (۰/۷۲ تا ۰/۹۱) به دست آمده که شدت توافق در سطح «تقریباً کامل» را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد، عدم صداقت در اتاق درمان گریزناپذیر است و دلایل عدم صداقت درمانگران شامل دلایل فردی از جمله؛ نقش حرفه‌ای درمانگر و دلایل برون فردی از جمله؛ تجارب جنسی مراجع و حریم خصوصی مراجع، تجارب مرتبط با منفعت درمانی و تجارب زیسته در جامعه است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** باتوجه به نتایج، روان‌درمانگران احساساتی همچون خشم، تنفر و غم را در جلسات روان‌درمانی پنهان می‌کنند و ترجیح می‌دهند جزئیات مسائل جنسی، تجارب ناخوشایند و اختلافات خانوادگی مراجعین را با آنها بازگو نکنند. همچنین عدم صداقت درمانگران معمولاً غیرعامدانه بوده و برای کمک و حمایت درمانی مراجعین است.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۰/۰۱

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۴/۳۱



کلیدواژه‌ها

عدم صداقت روان‌درمانی، مراجع، روان‌درمانگر، خود افشایی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

mahdiakbari1362@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی نویسنده اول است.

## مقدمه

افراد به افشا یا پنهان کردن آن‌ها دارند. به عبارتی دیگر اطلاعات شخصی ناراحت‌کننده یا منفی که افشای آن برای دیگران دشوار است. عدم صداقت و رازداری را می‌توان به‌عنوان یک فعالیت یا رفتار در نظر گرفت، درحالی‌که مخفی نگه‌داشتن آگاهانه موضوعات در درمان به‌عنوان یک ویژگی مرتبط با تفاوت‌های فردی درک می‌شود که معمولاً افراد تمایل دارند در طول زمان و موقعیت‌ها آن را ثابت نگه دارند. از طرفی دیگر استفاده آگاهانه و غیرمستقیم از استراتژی‌های پنهان‌کاری در درمان (مانند سرکوب، اجتناب) می‌تواند در طول زمان و موقعیت‌ها دچار تغییرات شود. از بین متغیرهای متعددی که به طور قابل‌توجهی با جنبه‌های خاص افشاگری و رازداری در روان‌درمانی یا تمایل عمومی به پنهان‌کاری در روان‌درمانی ارتباط دارند، اتحاد درمانی مهم‌ترین متغیر مؤثر بر عدم صداقت درمانی بوده است [۸].

از طرف دیگر بسیاری از درمانگران اذعان دارند که با مراجعین خود صادق نبوده‌اند: برای مثال کورتیس و هارت<sup>۱</sup> [۹] با مطالعه ۱۱۲ درمانگر دریافت که (۸۱ درصد) در جلسه به طور آشکار با مراجعین صادق نبوده‌اند. جکسون و فاربر<sup>۲</sup> [۱۰]، در مطالعه خود گزارش کردند که ۸۹ درصد از درمانگران حداقل یک‌بار در مورد «احساس ناامیدی یا ناامیدی» خود، عدم صداقت داشته‌اند، ۸۴ درصد حداقل یک‌بار در مورد وضعیت جسمی یا روانی خود و فراموش کردن چیزی که مراجع قبلاً در جلسه گفته است، عدم صداقت داشتند و ۸۱٪ حداقل یک‌بار در مورد اعتماد اعلام شده خود به کمک‌کردن، عدم صداقت داشتند.

اکثر درمانگران در توضیح اینکه چرا اطلاعات را از مراجعین خود پنهان می‌کنند، مفهوم درایت درمانی را به کار می‌برند. در مطالعه کورتیس و هارت [۹]، اظهار داشتند ۹۶ درصد از درمانگران «از طریق پنهان کردن عمدی اطلاعات از آن‌ها در درمان، فکر می‌کردند که از آن‌ها محافظت می‌کنند، درحالی‌که آن‌ها را فریب داده‌اند». درمانگرانی که بیشتر احتمال دارد به عدم صداقت نسبت به مراجعین اذعان کنند، کسانی هستند که عمدتاً در کلینیک خود مسن‌تر از ۳۰ سال و با سابقه کار ۵ سال یا بیشتر هستند. در مقابل، درمانگرانی که عدم صداقت دارند اندک

صداقت در گفتار و رفتار، نیت و عمل، دوستی و ارتباط با خود و دیگران در همه ابعاد زندگی مهم به شمار می‌رود. صداقت، از ارکان مؤثر در هر روابطی است که زمینه اعتماد و برقراری رابطه‌ای مستحکم را فراهم می‌کند. صداقت در تحلیل روان‌شناختی به گفتار و رفتاری اطلاق می‌شود که فرد انگیزه و قصدی برخلاف گفتار و رفتارش نداشته باشد؛ به بیان دیگر فرد در روابط خود با دیگران با صراحت، رو راستی و وضوح صحبت می‌کند [۱۱]. در مقابل برخی دیگر صداقت و راست‌گویی را صرفاً مسئله‌ای اخلاقی تلقی کرده و در بررسی مسائل و مشکلات اجتماعی به آن کم‌توجه بودند؛ صداقت و دروغ‌گویی مسئله‌ای کلیدی در فهم و نقد کلیه روابط اجتماعی است. امروزه در برخی از جوامع توسعه‌نیافته، فقدان صداقت، یک معضل اجتماعی شده که فعالیت‌های حرفه‌ای و تعاملات اجتماعی را تحت‌تأثیر قرار داده است. بسیاری از ناهنجاری‌های رفتاری و اختلافات خانوادگی، مشاجرات میان دوستان، اقوام و خویشاوندان، اختلافات فراوان در زندگی روزمره شهری، در مناسبات حرفه‌ای و حتی تنش‌ها و نزاع‌های اجتماعی و سیاسی، پدیده‌ای است که از فقدان صداقت به وجود می‌آید [۱۳].

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مردم در هر زمینه‌ای از زندگی خود با دروغ سروکار دارند یا دروغ می‌گویند و یا حقایق را پنهان می‌کنند. آن‌ها این کار را از کودکی به بعد انجام می‌دهند و از تعاملات با والدین و معلمان شروع می‌کنند. آن‌ها این کار را در طول زندگی خود، با دوستان، شریک‌های عشقی، همسران، فرزندان، کارفرمایان، همکاران و البته سرپرستان سازمان‌های مختلف دولتی انجام می‌دهند [۱۴]. با این حال، پذیرفتن اینکه این اتفاق در روان‌درمانی رخ می‌دهد تا حدودی شگفت‌انگیز و حتی نگران‌کننده است. به‌طور شهودی، یا شاید از روی امید یا انتظار ساده‌لوحانه، می‌خواهیم این فضا متفاوت باشد.

این فقدان صداقت در روند روان‌درمانی چه از طرف مراجع و چه از طرف روان‌درمانگر قابل‌توجه است. عدم صداقت در روان‌درمانی، به مواردی از دروغ گفتن و یا حذف اطلاعات برجسته در درمان مربوط می‌شود؛ موضوعات، افکار و احساسات خاصی که در درمان در مورد آن‌ها دروغ گفته می‌شود یا مخفی نگه داشته می‌شوند و تمایلات کلی که

1 . Curtis & Hart.

2 . Jackson & Farber.

فعالانه مطالبی را دنبال کنند که افشای آن دشوار است. دلانگ و کان<sup>۴</sup> [۱۵] در مطالعه‌ای با عنوان «رازهای شرم‌آور و تمایلات شرم‌آور: چگونه انتظارات، نتیجه رابطه بین شرم و افشاگری را واسطه می‌کند» به بررسی رابطه بین تمایل به شرم و تمایل به افشاگری و نتایج مورد انتظار در مورد آن‌ها پرداخته است. ۳۱۲ دانشجوی کالجی در ایالات متحده به راز شرم‌آور خود فکر کردند و میزان شرمندگی را که از این راز احساس کردند، تمایل آن‌ها برای فاش کردن راز به یک مشاور و حمایت مورد انتظارشان از یک مشاور (انتظار نتیجه) را ارزیابی کردند. همچنین معیارهای تمایل به شرم، انتظارات نتیجه کلی در مورد افشا و تمایلات افشا را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان داد، تجربه شرمندگی شرکت‌کنندگان در رابطه با اسرارشان، حمایت و تمایل پیش‌بینی شده کمتری از مشاور برای افشای راز را پیش‌بینی می‌کرد. نتایج نشان داد، تلاش‌های مشاور برای ترویج افشای سلامت مراجع، می‌تواند نتیجه انتظارات مراجع نسبت به میزان شرمندگی مراجع در مورد افشا را هدف قرار دهد.

لاو<sup>۵</sup> [۱۶]، در مطالعه‌ای با عنوان «رابطه جنسی، عدم صداقت و روان‌درمانی» به بررسی درک این موضوع پرداخته است که چرا مراجع در مورد موضوعات جنسی، اجتنابی یا صراحتاً صادقانه رفتار نمی‌کنند. نمونه‌ای از ۷۹۸ مراجع سرپایی، در این مطالعه شرکت داشتند و عدم صداقت یا صداقت خود را در مورد چهار موضوع مرتبط با امور جنسی (از قبیل جزئیات زندگی جنسی من، امیال یا خیال‌پردازی‌های جنسی من، گرایش جنسی من و زمانی که به شریک زندگی‌ام خیانت کرده‌ام) ارزیابی کردند و اقدامات مربوط به نگرش به افشای اطلاعات، همراه با رتبه‌بندی اتحاد درمانی را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان داد، دو نوع محتوای جنسی (جزئیات زندگی جنسی من و امیال و تخیلات جنسی) رایج‌ترین موضوعات عدم صداقت در کل نمونه بود و عدم صداقت در مورد رابطه جنسی در اجتناب کامل از موضوع در درمان ظاهر می‌شود. یافته‌های دیگر نشان داد، تقریباً ۸۰ درصد از مراجعین که انگیزه آن‌ها برای عدم صداقت، اجتناب از شرم یا خجالت بوده است و مراجعینی که گرایش جنسی خود را پنهان می‌کردند، تمایل

هستند، کمتر از ۳۰ سال سن و دارای کمتر از ۵ سال سابقه (هنوز مجوز ندارد)، مشغول به کار در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها هستند. این ممکن است به این دلیل باشد که گروه اول کمتر تحت نظارت قرار می‌گیرند و یا به این دلیل که بیشتر عدم صداقت آن‌ها به شکل درایت عمل می‌کند. همان‌طور که اورنج و استولرو<sup>۱</sup> [۱۱] اشاره کردند، در هر موقعیت روان‌درمانی «دو دنیای ذهنی (درمانگر و مراجع) آشکار به طور پیوسته وجود دارند و سعی در پنهان کردن هم دارند». باین‌حال، میزان کار در این زمینه در مقایسه با کار در مورد افشای مراجع کم‌رنگ است و بسیاری از آنچه منتشر شده در قالب غیررسمی و غیرعلمی وبلاگ‌های آنلاین است. به‌عنوان مثال، بورگو<sup>۲</sup> [۱۲] در یکی از وبلاگ‌های خود در تلاش برای تمایز بین موارد عدم افشای روان‌درمانگر و دروغ گفتن روان‌درمانگر، موارد زیر را برشمرده است: «یک مسئله این است که نظرم را برای خودم نگه دارم و کاملاً نظر مخالف با نظر خودم را ابراز بکنم» [۱۳].

فاربر، برانو و کاپوبیانکو<sup>۳</sup> [۱۴] در مطالعه‌ای با عنوان «ادراکات مراجعین از فرایند و پیامدهای خود افشایی در روان‌درمانی» ادراکات مراجع از فرایند، مزایا، مشکلات و پیامدهای افشا و پنهان کردن مطالب در جلسات روان‌درمانی را بررسی کرده است. برای این مطالعه ۲۰ نفر از مراجعین در روان‌درمانی که بیشتر آن‌ها درگیر درمان بلندمدت روان‌پوشی بودند، در مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته شرکت کردند و چندین مقیاس از نوع لیکرت را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان داد اکثر مراجعین احساس کردند که درمان، مکانی امن برای افشای اطلاعات است، به‌ویژه به دلیل خوب بودن رابطه درمانی. همچنین فرایند افشا در ابتدا باعث ایجاد شرم و اضطراب پیش‌بینی‌شده، اما در نهایت باعث ایجاد احساس امنیت، غرور و اصالت شده است. یافته‌های دیگر نشان داد، حفظ اسرار مانع از کار درمان شد، درحالی‌که افشای آن، احساس رهایی از تنش‌های فیزیکی و عاطفی ایجاد کرده است. نتایج نشان داد، افشاگری در درمان، افشای بعدی را برای درمانگر و همچنین اعضای خانواده و دوستان تسهیل می‌کند و اینکه درمانگران باید

4 . DeLong & Kahn.  
5 . Love.

1 . Orange & Stollero.  
2 . Burgo.  
3 . Brano & Capobianco.

در روان‌درمانی را در مورد آسیب به خود، سوءمصرف مواد یا اختلال در غذاخوردن مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که توجه بیشتر به مسائل افشا ممکن است در کار بالینی با افراد دارای اشکال خاصی از رفتارهای خودتخریبی ضروری باشد.

جکسون [۲۰] در مطالعه‌ای با عنوان «ماهیت، انگیزه‌ها، و پیامدهای درک شده از عدم صداقت درمانگر» شیوع، انگیزه‌ها و پیامدهای درک شده از عدم صداقت درمانگر را بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد، تقریباً همه پاسخ‌دهندگان حداقل یک‌بار با مراجعان خود ناصداق بوده‌اند و بیشتر آنها احساس می‌کردند که عدم صداقت آنها در خدمت درمان یا رفاه مراجعان است.

فاربر [۲۱]، در مطالعه‌ای با عنوان «تجربیات بیماران از «شیخ» شدن توسط روان‌درمانگرانشان» نوعی ختم درمان نامناسب و آغاز شده توسط درمانگر که در آن درمانگر بدون اطلاع قبلی ارتباط خود را با بیمار خود قطع می‌کند را بررسی کردند. نتایج نشان داد، این بیماران، به طور متوسط، چهار بار پس از شیخ شدن، تلاش ناموفق برای تماس با درمانگر خود کردند؛ اما اکثریت بزرگ دیگر هرگز با این درمانگر ارتباط برقرار نکردند و آنها شوک، ناامیدی، اضطراب، رنجش و اندوه را در نتیجه این عمل تجربه کردند. نیومان<sup>۴</sup> و فاربر [۲۲]، در مطالعه‌ای با عنوان «عدم صداقت درمانگر در جهت‌گیری‌های نظری» به بررسی ارتباط جهت‌گیری درمانی با دلایل ادراک شده روان‌درمانگران، احساسات و پشیمانی در مورد عدم صداقت آنها در درمان پرداختند. یافته‌ها نشان داد، متداول‌ترین دلیل ارائه شده برای موارد عدم صداقت، «استراتژی درمان» بود و شایع‌ترین احساس گزارش شده، ناراحتی، از جمله اضطراب بود.

نیومان [۲۳]، در مطالعه‌ای با عنوان «مطالعه کیفی عدم صداقت درمانگر» تجربه روان‌درمانگران از عدم صداقت در محیط درمانی را مورد بررسی قرار داد. یافته‌ها نشان داد که اغلب، عدم صداقت در مورد افشای شخصی بیماران رخ می‌دهد و به طور معمول، درمانگران معتقدند که افشای صادقانه آنها در طول حرفه آنها به جای کاهش، افزایش یافته است.

داشتند که درمانگر شایستگی فرهنگی خود را نشان دهد تا از امنیت رابطه، اطمینان حاصل کنند و مراجعینی که خیانت را پنهان می‌کردند، مطمئن نبودند که درمانگر کاری می‌تواند انجام دهد یا خیر.

کورتیس و کلی<sup>۱</sup> [۱۷] در یک مطالعه با عنوان «اخلاق فریب روان‌درمانگر» به بررسی باورهای درمانگران و غیر درمانگران در مورد اخلاق فریب درمانگر پرداخت. ۲۴۵ دانشجو و ۳۸ درمانگر برای این مطالعه انتخاب شدند که داستان‌های درمانگرانی که دروغ می‌گفتند یا صادق بودند را خواندند و رتبه‌بندی کردند. یافته‌ها نشان داد، به‌طورکلی شرکت‌کنندگان، فریب درمانگر را غیرقابل قبول و غیراخلاقی ارزیابی کردند. همچنین نتایج صداقت درمانگر به‌عنوان اخلاقی‌ترین و قابل قبول‌ترین تلقی شد که بارزش صداقت و درستکاری<sup>۲</sup> APA برای این حرفه مطابقت داشت و کد اخلاقی روان‌شناسان با پرداختن به صداقت و درستی با جزئیات بیشتر، در زمینه روان‌درمانی، سودمند خواهد بود.

جکسون [۱۸]، در یک مطالعه با عنوان «ماهیت، انگیزه‌ها و پیامدهای درک شده از عدم صداقت درمانگر» به بررسی شیوع، انگیزه‌ها و پیامدهای درک شده از عدم صداقت درمانگر به‌عنوان بخشی از فرایند روان‌درمانی پرداخته است. در مجموع ۴۰۱ زن و مرد در محدوده سنی ۲۲ تا ۸۸ سال در این پژوهش شرکت داشتند و داده‌های مورد استفاده برای این مطالعه با استفاده از یک نظرسنجی آنلاین جمع‌آوری شد. یافته‌ها نشان داد که اکثریت فریب به‌اتفاق درمانگران گزارش می‌دهند که حداقل یک‌بار با مراجعین خود صادق نبودند و احتمال اینکه درمانگران درگیر عدم صداقت روان‌درمانی پنهانی شوند، در مقایسه با عدم صداقت روان‌درمانی آشکار به طور قابل توجهی خیلی بیشتر است. همچنین اکثر درمانگران استفاده از عدم صداقت را در خدمات درمانی یا رفاه مراجعین خود و بدون عواقب منفی توصیف کردند و درمانگران مبتدی نسبت به درمانگران باتجربه، با مراجعین خود بیشتر بی‌صداقت بودند.

سرسوسیمو<sup>۳</sup> و فاربر [۱۹]، در مطالعه‌ای با عنوان «آیا چیزی متمایز در مورد عدم صداقت مراجعان روان‌درمانی در مورد رفتارهای خودتخریبی وجود دارد؟» ماهیت افشاگری

1 . Kelly.  
2 . American Psychological Association.  
3 . Cersosimo.

4 . Newman.

در این خصوص کافی نبودند، این پژوهش مصادیق عدم صداقت روان‌درمانی روان‌درمانگران را از دیدگاه پدیدارشناسی توصیفی شناسایی و بررسی کرده است. مسئله اصلی این پژوهش این بود که چه مصادیقی برای عدم صداقت روان‌درمانی از دیدگاه روان‌درمانگر وجود دارد؟

## روش

### نوع پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، کیفی از نوع پدیدارشناسی توصیفی بود. مطالعه پدیدارشناسی، مطالعه فلسفی ساختارهای تشکیل‌دهنده تجربه و آگاهی پیرامون پدیده مورد مطالعه از دیدگاه افراد صاحب‌نظر و دست اول است. این پژوهش با پدیدارشناسی توصیفی به جهت بررسی عمیق پدیده عدم صداقت روان‌درمانی از دیدگاه روان‌درمانگر به مطالعه دقیق این موضوع در بافت روان‌درمانی پرداخته است.

### آزمودنی‌ها

جامعه این پژوهش را همه روان‌درمانگران مستقر در مراکز مشاوره شهر آمل تشکیل داده‌اند که طبق آمار اداره کل بهزیستی استان و نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران و اداره کل آموزش و پرورش استان، تقریباً ۵۰ مرکز فعال و تقریباً تعداد ۱۵۰ روان‌شناس با پروانه اشتغال یا گواهی فعالیت مشغول به کار هستند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری نظری برای انتخاب روان‌درمانگر استفاده شد. پژوهشگر با حضور در مراکز مشاوره، با توضیح در مورد موضوع و هدف پژوهش و همچنین اطمینان‌بخشی در مورد رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، از جمله رعایت اصل رازداری، محرمانگی و امانت‌داری در خصوص اطلاعات شخصی افراد شرکت‌کننده و جزئیات پاسخ آن‌ها، اقدام به جلب مشارکت داوطلبانه از روان‌درمانگران نموده است. همچنین پس از طی کردن مراحل اداری، کد اخلاق برای این پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی آن واحد به شناسه IR.IAU.AMOL.REC.1402.021 در تاریخ ۱۳/۲/۱۴۰۲ اخذ گردیده است. زمان مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۰ دقیقه بوده است و همه مصاحبه‌ها با جلب رضایت مصاحبه‌شونده به صورت کامل ضبط شده و همه فایل‌های ضبط شده بعد از مصاحبه در همان روز به نسخه ورد و فایل متنی تبدیل شده است. برای انتقال فایل صوتی به فایل

پتمور<sup>۱</sup> و فاربر [۲۴]، در مطالعه‌ای با عنوان «ماهیت و اثرات افشا نکردن نگرانی‌های مربوط به خوردن و تصویر بدن مراجعان روان‌درمانی» عدم صداقت در درمان مسائل مربوط به خوردن و نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن و پیامدهای درک شده از عدم صداقت در مورد این مسائل را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد، شرم شایع‌ترین دلیل ارائه شده برای افشانشدن است، به‌ویژه، شرم از بدن، شرم از رفتار آسیب‌ناختی، و شرم از قضاوت پیش‌بینی شده درمانگر.

از نظر فریب مراجع، کار کمی در مورد چگونگی نزدیک‌شدن به رازداری و دروغ‌گویی در موارد خاص وجود دارد. به‌عنوان مثال تا چه اندازه چالش‌ها و وظایف مربوط به رازداری مراجع در برخورد با مراجعی که افکار خودکشی، رفتارهای آشفته در غذاخوردن، روابط جنسی، سوءمصرف مواد یا احساسات شهوانی نسبت به درمانگر دارند، متفاوت است؟ چه زمانی باید به دفاع مراجع احترام گذاشت و چه زمانی او را به چالش کشید و ویژگی‌های درمانگرانی که مراجع بیشترین صداقت را با آنان دارند و کمترین دروغ را می‌گویند چیست؟ آیا این‌ها همان ویژگی‌های درمانگرانی هستند که در ایجاد و حفظ اتحادهای درمانی، مؤثر هستند؟ از جمله: مراجعین تا چه حد و تحت چه شرایطی از عدم صداقت درمانگر خود آگاه هستند؟ مراجعین معمولاً از چه نوع بی‌صداقتی آگاه هستند؟ آیا درمانگرها وقتی به چالش کشیده می‌شوند یا پرسش می‌شوند، بی‌صداقتی را توجیه می‌کنند؟ درمانگران به چه انگیزه‌ای غیر از «تدبیر»، عدم صداقت خود را نسبت می‌دهند؟ مواردی از عدم صداقت درمانگر چگونه بر ادراک مراجع از اتحاد و یا پیشرفت و نتیجه بالینی تأثیر می‌گذارد؟ آیا انواع خاصی از عدم صداقت درمانگر آسیب‌زننده‌تر از سایرین است؟ مطالعات و گزارش‌های بالینی در مورد عدم صداقت در روان‌درمانی به انباشته‌شدن ادامه می‌دهند، اما هنوز چیزهای زیادی وجود دارد که ما در مورد فرایند و یا پیامدهای نادیده‌گیری، پنهان‌کاری و دروغ‌های مراجعین و درمانگران نمی‌دانیم یا اطلاعات کمی در مورد آن‌ها داریم.

به همین دلیل و با توجه به اینکه هیچ پژوهشی با این موضوع در داخل کشور انجام نشده و شواهد پژوهشی

1. Patmore.

شود. بعد از نقطه اشباع نظری، مصاحبه با نفر شانزدهم روان‌درمانگر، اجرای مصاحبه متوقف شده است. پس نمونه شامل شانزده روان‌درمانگر است. در جدول شماره ۱، مشخصات جمعیت‌شناسی درمانگران شرکت‌کننده در پژوهش نمایش داده شده است.

متنی نیز از نظرات چهار فارغ‌التحصیل روان‌شناسی بالینی با تحصیلات کارشناسی‌ارشد و با حداقل میانگین ۴ سال سابقه کار (سابقه ۴ سال تا ۹ سال)، برای تحلیل پایایی استفاده شده است. همه مراحل اعم از چند بار گوش‌دادن، تایپ، تطبیق فایل صوتی به نوشتاری و... توسط پژوهشگر انجام شده است که دیدگاه مصاحبه‌شونده‌ها کامل درک

جدول ۱. اطلاعات درمانگران شرکت‌کننده در پژوهش

| روان‌درمانگران |    |               |        |               |       |       |
|----------------|----|---------------|--------|---------------|-------|-------|
| ردیف           | سن | تحصیلات       | گرایش  | سابقه حرفه‌ای | جنسیت | تأهل  |
| ۱              | ۳۸ | دکتری         | تربیتی | ۱۵            | مرد   | متأهل |
| ۲              | ۳۹ | دکتری         | سلامت  | ۴             | مرد   | مجرد  |
| ۳              | ۴۱ | دکتری         | بالینی | ۱۸            | مرد   | متأهل |
| ۴              | ۴۴ | دکتری         | تربیتی | ۲۰            | مرد   | متأهل |
| ۵              | ۴۳ | کارشناسی‌ارشد | عمومی  | ۱۰            | زن    | متأهل |
| ۶              | ۵۵ | دکتری         | عمومی  | ۳۰            | مرد   | متأهل |
| ۷              | ۴۹ | کارشناسی‌ارشد | بالینی | ۲             | زن    | متأهل |
| ۸              | ۵۱ | کارشناسی‌ارشد | بالینی | ۱۷            | زن    | متأهل |
| ۹              | ۴۳ | دکتری         | بالینی | ۵             | زن    | متأهل |
| ۱۰             | ۴۶ | کارشناسی‌ارشد | بالینی | ۶             | زن    | مجرد  |
| ۱۱             | ۴۰ | دکتری         | سلامت  | ۴             | زن    | متأهل |
| ۱۲             | ۴۵ | کارشناسی‌ارشد | بالینی | ۱             | زن    | متأهل |
| ۱۳             | ۴۳ | دکتری         | بالینی | ۱۱            | زن    | مجرد  |
| ۱۴             | ۵۷ | کارشناسی‌ارشد | بالینی | ۲۷            | مرد   | متأهل |
| ۱۵             | ۳۲ | کارشناسی‌ارشد | مشاوره | ۴             | زن    | متأهل |
| ۱۶             | ۴۲ | دکتری         | عمومی  | ۵             | زن    | متأهل |

نیمه‌ساختاریافته برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. در ابتدا برای تسلط بر پرسش‌های مرتبط با سنجش عدم صداقت روان‌درمانی، پژوهشگر اقدام به مطالعه مقالات و منابع و پرسش‌نامه‌های متعدد کرده و پس از مشخص کردن کلیدواژه‌های مهم برای تدوین پروتکل مصاحبه، شروع به طراحی پرسش برای انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته کرده است. در جدول شماره ۲، پایایی کدگذاری از طریق توافق کاپای کوهن برای پنج محور از چهار داور نمایش داده شده است.

#### ابزارها

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، پروتکل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته ۵ محوری محقق ساخته بوده است. از این نظر که محورها و پرسش‌ها مشخص بودند و امکان کاوش یا کندوکاو در جریان مصاحبه هم بوده است. پرسش‌های مصاحبه روان‌درمانگران با ۵ پرسش کلی باز پاسخ تنظیم شد. پایایی کدگذاری‌ها توسط چهار نفر از فارغ‌التحصیلان کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش از روش مصاحبه



## جدول ۲. وضعیت پایایی درونی داوران محترم برای پایایی کدگذاری توافق کاپای کوهن

| محور اول | محور دوم | محور سوم | محور چهارم | محور پنجم |                 |
|----------|----------|----------|------------|-----------|-----------------|
| ۰/۷۵     | ۰/۹۱     | ۰/۸۵     | ۰/۸۱       | ۰/۸۰      | داور شماره یک   |
| ۰/۸۹     | ۰/۸۹     | ۰/۷۴     | ۰/۸۳       | ۰/۷۹      | داور شماره دو   |
| ۰/۶۹     | ۰/۸۲     | ۰/۷۸     | ۰/۸۹       | ۰/۸۳      | داور شماره سه   |
| ۰/۷۲     | ۰/۷۸     | ۰/۸۸     | ۰/۷۷       | ۰/۸۴      | داور شماره چهار |
| ۰/۷۶     | ۰/۸۵     | ۰/۸۱     | ۰/۸۲       | ۰/۸۱      | میانگین         |

همان‌طور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است پایایی کدگذاری از طریق توافق کاپای کوهن برای پنج محور از چهار داور، برای محور یک ۰/۷۶، برای محور دوم ۰/۸۵، برای محور سوم ۰/۸۱، برای محور چهارم ۰/۸۲ و برای محور پنجم ۰/۸۱ به دست آمده است و برای همه پنج محور متوسط ۰/۸۱ (۰/۷۲ تا ۰/۹۱) به دست آمده که برابر تفسیر ضریب توافق کاپای کوهن، شدت توافق در سطح «تقریباً کامل» را نشان می‌دهد.

پژوهشگر با حضور در مراکز مشاوره و جلب مشارکت روان‌درمانگرانی که مجوز اشتغال از سازمان نظام مشاوره و روان‌شناسی و سازمان بهزیستی کشور را داشتند اقدام به گرفتن مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بر اساس پروتکل (با ۵ پرسش باز یا ۵ محور) طراحی شده نموده است.

۱. **محور یکم:** موقعیت عدم صداقت؛ عدم صداقت داشتن شامل چه موضوعاتی بوده است و چه دلایلی داشتید؟
۲. **محور دوم:** سابقه عدم صداقت؛ آیا تا به حال پیش آمده که در جلسه روان‌درمانی صداقت نداشتید؟ (دروغ گفتی؟)
۳. **محور سوم:** دشواری در بازگویی؛ چه موضوعاتی هست که بازگو کردن آن‌ها به مراجع در جلسه روان‌درمانی، کار دشوار و سختی است؟
۴. **محور چهارم:** ترجیحات عدم بازگویی؛ بیشتر چه موضوعاتی را ترجیح می‌دادی به مراجع در جلسه روان‌درمانی بازگو نکنی؟ (پنهان کاری کنی؟)
۵. **محور پنجم:** پنهان کردن؛ آیا تا به حال پیش آمده که

موضوعی را در جلسه روان‌درمانی پنهان کنید، چه دلایلی داشتید؟

### شیوه تحلیل داده

باتوجه به تأکید روی تجزیه و تحلیل توصیفی پدیدارشناسی در این پژوهش از روش توصیفی هفت‌مرحله‌ای کولایزی<sup>[۲]</sup> استفاده شده است. هفت مرحله روش کولایزی در تجزیه و تحلیل پدیدارشناسی شامل مراحل زیر است:

۱. تمام توصیف‌های ارائه شده توسط شرکت‌کننده در مطالعه که به طور مرسوم پروتکل نامیده می‌شود، به منظور به دست آوردن یک احساس و مانوس شدن با آن‌ها خوانده شود.
۲. به هر یک از پروتکل‌ها مراجعه و جملات و عباراتی را که مستقیماً به پدیده مورد مطالعه مرتبط است، استخراج نمایید. این مرحله تحت عنوان استخراج جملات مهم شناخته شده است.
۳. تلاش نمایید تا به معنای هر یک از جملات مهم پی ببرید. این مرحله تحت شناخته شده فرموله کردن معانی عنوان است.
۴. مراحل فوق را برای هر پروتکل تکرار نموده و معانی فرموله شده و مرتبط به هم را در خوشه‌هایی از تم‌ها (مقوله‌ها) قرار دهید.
- الف. از طریق مراجعه به پروتکل‌های اصلی، اعتبار خوشه‌ها را مورد بررسی قرار دهید.
- ب. در این مرحله ممکن است تناقضاتی در بین و یا درون خوشه‌های متعدد مورد توجه قرار گیرند. پژوهشگر نباید از این داده‌ها یا تم‌های به ظاهر نامناسب، چشم‌پوشی کند.
۵. تلفیق نتایج در قالب یک توصیف جامع از موضوع مورد پژوهش.
۶. فرموله کردن توصیف جامع پدیده تحت مطالعه به صورت یک بیانیه صریح و روشن از ساختار اساسی پدیده مورد مطالعه که اغلب تحت عنوان ساختار ذاتی پدیده نام‌گذاری می‌شود.
۷. از طریق مراجعه مجدد به هر یک از شرکت‌کنندگان و انجام یک مصاحبه منفرد و یا انجام جلسات متعدد مصاحبه، می‌توان نظر شرکت‌کنندگان را در مورد

1. Colaizzi.

دارند که ربط مستقیم با درمان ندارد و معتقدند که صداقت در موضوعات بی‌ربط به درمان و موضوعاتی که پذیرش آن خارج از تحمل مراجع است نه تنها منفعتی برای مراجع ندارد، بلکه به رابطه درمانی و اثربخشی آن لطمه می‌زند. درمانگران معتقدند، عدم صداقت آن‌ها غیرعامدانه بوده و فقط باید برای کمک و حمایت درمانی مراجعین باشد و عدم صداقت درمانگر نباید منجر به آسیب مراجع گردد. از مفاهیم استخراجی از مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور یکم می‌توان مقوله‌بندی زیر را ارائه داد که همه آن‌ها در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است.

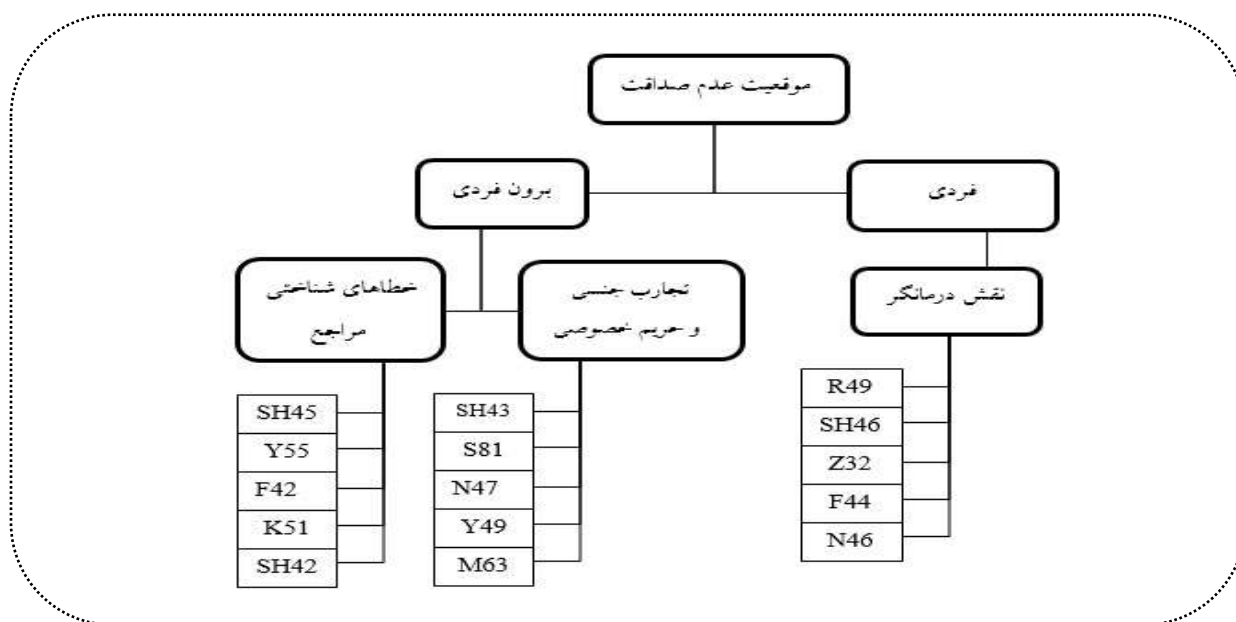
یافته‌ها پرسید و نسبت به اعتبارسنجی نهایی یافته‌ها، اقدام نمود.

### نتایج

با کدگذاری و مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور یکم در مورد موقعیت عدم صداقت، روان‌درمانگران به تعدادی مفاهیم اشاره کردند که موارد ذیل است: تعدادی از آن‌ها شامل؛ موضوعات حریم خصوصی مراجع، خیانت، مسائل خانوادگی گذشته، مسائل مالی مراجع و... نتایج تحلیل نشان می‌دهد، عدم صداقت در اتاق درمان گریزناپذیر است و درمانگران در مورد مسائلی عدم صداقت

جدول ۳ محوره‌های استخراجی از محور یکم در خصوص موقعیت عدم صداقت (روان‌درمانگران)

| نقش حرفه‌ای روان‌درمانگر  | تجارب مرتبط با خطاهای شناختی مراجع                   | تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع                  |
|---|--|--|
| عدم صداقت غیرعامدانه بوده است                                   | بیان واقعیت در حد توانایی مراجع برای پذیرش           | موضوعات حریم خصوصی مراجع                       |
| عدم صداقت در هر صورت برای منفعت درمانی مراجع است                | موضوعات بی‌ربط به درمان                              | عدم صداقت در موضوع خیانت                       |
| عدم صداقت فقط برای منفعت درمانی مراجع است                       | بیان موضوعاتی که مراجع پذیرش ندارد به نفع درمان نیست | عدم صداقت در مسائل مالی                        |
| عدم صداقت درایت درمانی درمانگر است                              | عدم صداقت در حد توانایی مراجع برای پذیرش             | عدم صداقت در مسائل خانوادگی در گذشته           |
| عدم صداقت منفعتی برای درمانگر ندارد                             | لزوم عدم صداقت برای حفظ سلامت روان مراجع             | عدم صداقت در بازگویی روابط فرا زناشویی         |
| تنها منفعت عدم صداقت برای درمانگر، تسهیل‌کنندگی در درمان است    |  | پنهان کردن مسائل زوجین                         |
| عدم صداقت برای اثربخشی بیشتر درمان است                          |  | لزوم عدم صداقت در بیان موضوعات خصوصی و محرمانه |
| عدم صداقت درمانگر به نفع فرایند درمان است                       |  |  |
| عدم صداقت در بازگونکردن است نه دروغ‌گویی                        |  |  |
| عدم صداقت درمانگر نباید منجر به آسیب مراجع شود                  |  |  |
| عدم صداقت در تظاهر به داشتن شرایط روانی مطلوب برای کمک به مراجع |  |  |
| تجربه حرفه‌ای درمانگر در عدم صداقت تأثیر دارد                   |  |  |
| عدم صداقت درمانگر حرفه‌ای برای منفعت درمانی است                 |  |  |
| اجتناب‌ناپذیر بودن دروغ غیرعامدانه برای حمایت درمانی مراجع      |  |  |
| عدم صداقت روان‌درمانی گریزناپذیر است                            |  |  |



شکل ۱. مقوله‌بندی محور یکم در خصوص موقعیت عدم صداقت

خانواده مسلماً وقتی ما می‌آییم به مقداری کنترل شده حرف می‌زنیم، کنترل شده عمل می‌کنیم، کنترل شده رد می‌شویم، یعنی به عبارتی داریم چیکار می‌کنیم! اون پنهان‌کاری صورت می‌گیره ولی به نفع خود مراجع بوده.»

در دسته بیرون فردی، تجارب جنسی و حریم خصوصی به جزئیات و رخدادهایی اشاره دارد که موضوعات حریم خصوصی، خیانت، مسائل خانوادگی در گذشته، مسائل مالی و مسائل زوجین است که درمانگر تلاش می‌کند شفاف و مستقیم آن‌ها را برای مراجع بازگو نکند. برای مثال یکی از درمانگران به نام شهریار گفته است؛

«من می‌گویم اگر فرد بیاید مثلاً در همین زوج‌درمانی مشکلات هر فرد را به فرد دیگر منتقل نکنید بدون اینکه این فرد بخواهد، این‌ها عدم صداقت است یعنی شما یک‌جوری دارید موضوعات این فرد را بیان می‌کنید، به جای اینکه مشکل حل شود تنش را بیشتر می‌کنید. موضوعاتی که باعث تحریک یکدیگر می‌شود و فرد دوست ندارد بیان شود و شما می‌دانید که این‌ها تنها حل مشکل نمی‌کند و مشکل را بیشتر می‌کند. این‌ها موضوعات عدم صداقت است.»

در دسته تجارب مرتبط با خطاهای شناختی مراجع، به رویدادهایی اشاره دارد که گریزناپذیر بودن عدم صداقت روان‌درمانی، بیان واقعیت در حد توانایی مراجع برای

همان‌گونه که در شکل شماره ۱ نمایش داده شده است، در این محور دو دسته مفهوم مقوله‌بندی شده است که دلایل عدم صداقت درمانگران در برخی موضوعات شامل دلایل فردی و بیرون فردی است که دسته فردی شامل نقش حرفه‌ای درمانگر و دسته بیرون فردی هم شامل تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع و تجارب مرتبط با خطاهای شناختی مراجع است. در دسته فردی، نقش حرفه‌ای درمانگر به واکنش و عملکرد حرفه‌ای درمانگر اشاره دارد که غیر عامدانه بودن عدم صداقت، عدم صداقت با هدف منفعت درمانی برای مراجع، درایت درمانی درمانگر، اجتناب از عدم صداقت برای منافع شخصی، عدم صداقت با هدف اثربخشی بیشتر فرایند درمان، اجتناب از عدم صداقتی که منجر به آسیب مراجع می‌شود، تظاهر به داشتن شرایط روانی مطلوب برای کمک به مراجع، نقش تجربه حرفه‌ای درمانگر در عدم صداقت و اجتناب‌ناپذیر بودن دروغ غیر عامدانه برای حمایت درمانی مراجع است که نقش حرفه‌ای درمانگر در تشخیص و به کارگیری استراتژی عدم صداقت برای منفعت درمانی مراجع را نشان می‌دهد. برای مثال یکی از درمانگران به نام علی گفته است؛

«آگاهانه نبوده که من بدانم چی هست! اینجا آگاهانه نبوده که من پیام، اگر من بدانم که آگاهانه میشه! یعنی اگر من می‌دانستم که اینجا اشتباه صورت گرفته آگاهانه بوده؛ ولی همین‌هایی که گفتم مثل موضوعاتی مثل

عدم صداقت درمانگر در داشتن شرایط مطلوب روانی برای کمک به مراجع، عدم صداقت برای حفظ موقعیت درمانگر برای پذیرش راحت‌تر مراجع در آن موقعیت، لزوم عدم صداقت برای تقویت اعتمادبه‌نفس مراجع، عدم صداقت در مسائل جنسی مراجع و ...

نتایج تحلیل نشان می‌دهد، درمانگران تجربه عدم صداقت را در اتاق درمان دارند، اگرچه بیشتر آن‌ها معمولاً اصطلاح عدم صداقت را برای این نوع از عملکردشان قبول ندارند و معتقدند که این چالش در انتخاب صداقت و عدم صداقت وابسته به منفعت درمانی مراجعین، حفظ رابطه درمانی و در نظر گرفتن توانایی مراجع در پذیرش واقعیت‌ها است. از مفاهیم استخراجی از مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور دوم می‌توان مقوله‌بندی زیر را ارائه داد که همه آن‌ها در جدول شماره ۴ نمایش داده شده است.

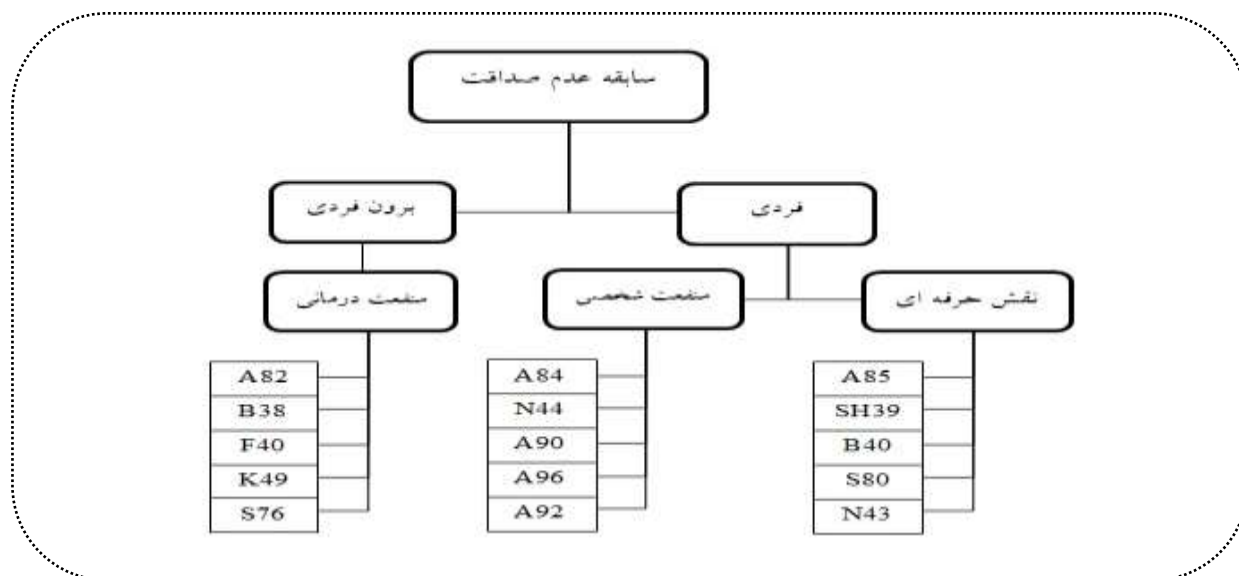
پذیرش، لزوم عدم صداقت برای حفظ سلامت روان مراجع و عدم صداقت در حد توانایی مراجع برای پذیرش است که باتوجه‌به شرایط احساسی و تحمل روانی مراجع این موارد در انتخاب درمانگر برای صداقت و عدم صداقت داشتن در اتاق درمان نقش دارند. برای مثال یکی از درمانگران به نام ندا گفته است؛

«دروغ من را به شدت به هم می‌ریزد و در درمان هیچ‌وقت این کار را نمی‌کنم. حتی اگر به نفعش باشد، یا نمی‌گویم، یا اگر قرار باشد به یک شیوه‌ای دیگر به آن فرد گفته شود، می‌گم شاید! نمی‌دونم، اصلاً به ذهنم هم نمی‌آید موضوعی!»

با کدگذاری و مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور دوم در مورد سابقه عدم صداقت (دروغ‌گویی)، روان‌درمانگران به مفاهیم زیادی اشاره کردند که برخی موارد ذیل است:

جدول ۴. محورهای استخراجی از محور دوم در خصوص سابقه عدم صداقت (روان‌درمانگران)

| نقش حرفه‌ای روان‌درمانگر                                      | تجارب مرتبط با منفعت درمانی   | تجارب مرتبط با منفعت شخصی  |
|---|---|--|
| عدم صداقت برای منفعت اقتصادی درمانگر نیست.                    | اجتناب‌ناپذیر بودن عدم صداقت.   | عدم صداقت برای حفظ موقعیت درمانگر برای پذیرش راحت‌تر مراجع در آن موقعیت. |
| موافعی برای حفظ سلامت روان مراجع دروغ‌گویی اجتناب‌ناپذیر است. | لزوم عدم صداقت برای تقویت اعتمادبه‌نفس و برقراری رابطه درمانی.              | دروغ‌های عامدانه درمانگر به نفع مراجع نیست.                              |
| دروغ غیرعامدانه یعنی اجتناب‌ناپذیر بودن دروغ‌گویی.            | دروغ عامدانه برای منفعت درمانگر، منفعت مراجع و منفعت جریان روان‌درمانی است. | دروغ عامدانه درمانگر به اتحاد درمانی کمک نمی‌کند.                        |
| درمانگر غیرحرفه‌ای عدم صداقت دارد.                            | عدم صداقت را مراجع متوجه می‌شود.  | دروغ عامدانه یعنی انتخاب غیرمسئولانه دروغ.                               |
| بیان مسئله به روشی که منفعت مراجع باشد.                       | عدم صداقت به رابطه درمانی آسیب می‌زند.                                      | دروغ عامدانه به نفع جریان درمانی نیست.                                   |
| عدم صداقت برای محافظت از مراجع است.                           | اجتناب از دروغ‌گویی در هر شرایط.  | عدم صداقت در تظاهر به داشتن شرایط روانی مطلوب برای کمک به مراجع.         |
| درمانگر مبتدی می‌تواند عدم صداقت داشته باشد.                  | بیان واقعیت در حد توانایی مراجع برای درک مشکل.                              | دروغ عامدانه برای ترس از ارزیابی هست.                                    |
| درمانگران با مراجعین غریبه عدم صداقت ندارند.                  | اجتناب از بیان مسائل غیرضروری.  |  |
| عدم صداقت درمانگران با مراجعین آشنا گریزناپذیر است.           | عدم صداقت منفعت درمانی ندارد.   |  |
| لزوم اجتناب از پیش‌داوری.                                     | عدم صداقت در بازگ کردن تعدد رابطه جنسی.                                     |  |
|   | عدم صداقت در بازگو کردن سوءاستفاده از مراجع در کودکی.                       |  |
|   | عدم صداقت به معنای دروغ‌گویی منفعت درمانی ندارد.                            |  |
|   | دروغ‌گویی هیچ نفعی برای مراجع و درمانگر ندارد.                              |  |



شکل ۲. مقوله‌بندی محور دوم در خصوص سابقه عدم صداقت

غیرمسئولانه است که درمانگر برای منافع شخصی خود و نه برای منفعت مراجع عدم صداقت دارد. برای مثال یکی از درمانگران به نام نازنین گفته است؛

«من سال‌ها پیش توی زندگی‌ام مثل هر فرد دیگه‌ای دچار یک بحرانی توی مسائل خانوادگی‌ام شده بودم و خاطرم هست که من اون زمان همچنان هم مراجع داشتم و کیس‌ها تعدادشان هم خیلی زیاد بود؛ و یه روزی خاطرم هست وقتی آخرین بیمار من از اتاق رفت بیرون، با خودم تنها شدم و به خودم گفتم؛ چیکار داری می‌کنی؟! تو الان در بدترین شرایط روحی و روانی زندگی خودت هستی و دچار یک بحرانی هستی که در حال دسته و پنجه نرم کردن با اون بحرانی، بعد یک جوروی وانمود می‌کنی در اتاق درمان، می‌خندی یا لبخند می‌زنی به بیمار که انگار که تو حالت خیلی خوبه و واقعاً الان در یه پوزیشنی (موقعیت) هستی که می‌تونی کمک بکنی به همه! در صورتی که واقعاً نبودم.»

در دسته برون فردی، تجارب مرتبط با منفعت درمانی به مواردی اشاره دارد که لزوم عدم صداقت برای تقویت اعتمادبه‌نفس، لزوم عدم صداقت برای برقراری رابطه درمانی، نقش منفی عدم صداقت بر رابطه درمانی، نقش منفی عدم صداقت بر منفعت درمانی و عدم صداقت در بازگ کردن تعدد رابطه جنسی است که سابقه عدم صداقت درمانگر برای منفعت روان‌درمانی و مراجع است. برای مثال

همان‌گونه که در شکل شماره ۲ نمایش داده شده است، در این محور دو دسته مفهوم مقوله بندی شده است که دلایل سابقه عدم صداقت درمانگران شامل دلایل فردی و برون فردی است که دسته فردی شامل نقش حرفه‌ای درمانگر و تجارب مرتبط با منفعت شخصی است و دسته برون فردی هم شامل تجارب مرتبط با منفعت درمانی است. در دسته فردی نقش حرفه‌ای درمانگر به عملکرد درمانی او در اتاق درمان اشاره دارد که اجتناب ناپذیر بودن دروغ‌گویی برای حفظ سلامت روان مراجع، عدم صداقت برای محافظت از مراجع، عدم صداقت برای منفعت مراجع و عدم صداقت داشتن درمانگر غیرحرفه‌ای است که درمانگر حرفه‌ای در صورت منفعت درمانی مراجع عدم صداقت را بر صادق بودن ترجیح می‌دهد. برای مثال یکی از درمانگران به نام نازنین گفته است؛

«پیش اومد که من اون زمان وقتی نگاه می‌کنم به گذشته اون سال‌های اولیه کارم، می‌بینم من چقدر مثلاً عملکردم نسبت به امروز ضعیف‌تر بوده و من در کل چون آدمی هم این قدر در واقع نبودم که بخوام روی خودم کار کنم، بله این عدم صداقت مال اون سال‌ها بوده.»

در دسته تجارب مرتبط با منفعت شخصی به مواردی اشاره دارد که عدم صداقت برای حفظ موقعیت درمانگر، اثر منفی دروغ‌عامدانه درمانگر بر اتحاد درمانی، عدم منفعت مراجع از دروغ‌های عامدانه درمانگر و دروغ‌گویی

یکی از درمانگران به نام پریزاد گفته است؛

«خب من الان تمام حرف‌هایی که زدم من شاید راستش رو نگفتم، غیرمستقیم به دروغی توی اون بود دیگه! من رابطه ۵ تا متعدد رو نگفتم! من یکیشو گفتم. طرف مقابل اومد به من گفت که مادرم همچین رابطه جنسی رو برقرار کرده، توی گوشه دیدم با پسر عموی ۱۸ ساله من برقرار می‌کنه، ولی من اینو نگفتم؛ یعنی کامل نگفتم.»

نتایج تحلیل نشان می‌دهد، بازگ کردن برخی از موضوعات به مراجع برای درمانگران دشوار است و ترجیح می‌دهند که از بیان مستقیم این موضوعات برای جلوگیری از مقاومت مراجع اجتناب کنند. درمانگران علت دشواری در بازگ کردن برخی موضوعات به مراجع را اجتناب از تجربه احساس شرم عنوان کردند و معتقدند که برخی موضوعات که می‌تواند باعث احساساتی چون شرم و گناه در مراجع شود بهتر است که مستقیم بیان نشود و درمانگر با بیان غیرمستقیم موضوعات دشوار می‌تواند به صداقت بیشتر مراجع کمک کند.

با کدگذاری و مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور سوم در مورد دشواری در بازگویی، روان‌درمانگران به مفاهیم زیادی اشاره کردند که تعدادی از آنها شامل؛ تجارب جنسی و حریم خصوصی، علائم و سواس، اختلالات شدید شخصیت، خیانت، نقاط ضعف مراجع، موضوعات تابوی فرهنگی و ...

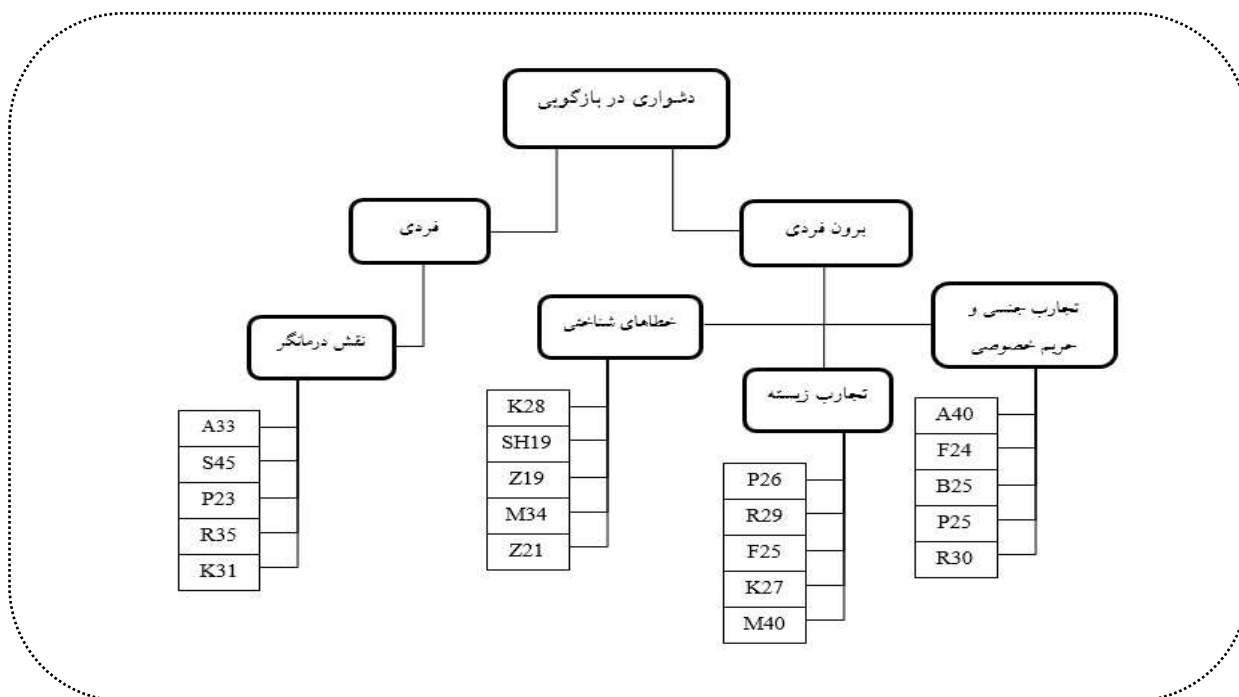
از مفاهیم استخراجی از مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور سوم می‌توان مقوله‌بندی زیر را ارائه داد که همه آنها در جدول شماره ۵ نمایش داده شده است.

جدول ۵. محورهای استخراجی از محور سوم در خصوص دشواری در بازگویی (درمانگران)

| نقش حرفه‌ای روان‌درمانگر  | تجارب زیسته در جامعه                                   | تجارب مرتبط با خطاهای شناختی مراجع           | تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع                              |
|---|--|--|--|
| توجه به زبان بدن برای جلوگیری از عدم صداقت                          | عدم صداقت به دلیل آداب اجتماعی، تعصبات اعتقادی و سیاسی | عدم تحمل افراد در پذیرش همه واقعیت‌های زندگی | لزوم بیان غیرمستقیم موضوعات حریم خصوصی افراد توسط درمانگر  |
| آماده کردن فرد برای گفتن موضوعات                                    | موضوعات تابوی فرهنگی                                   | عدم صداقت در حد توانایی مراجع برای پذیرش     | علائم و سواس و سکس   |
| بیان راحت و مستقیم موضوعات توسط درمانگر مبتدی                       | عدم صداقت به علت ارزش‌های فرهنگی                       | موضوعات مربوط به نقاط ضعف مراجع              | اختلالات شدید شخصیت  |
| بیان غیرمستقیم موضوعات توسط درمانگر باتجربه                         | اجتناب‌ناپذیر بودن عدم صداقت در افراد                  | روبرو کردن مراجع با واقعیت دردناک زندگی‌اش   | مسائل محرمانه مثل روابط زناشویی                            |
| فهمیدن عدم صداقت مراجع توسط درمانگر باتجربه                         | دشواری در بازگ کردن موضوع اعتیاد مراجع                 | دشواری در بازگ کردن مسائل به علت احساس شرم   | انتخاب چالش‌برانگیز بین صداقت و عدم صداقت در مسائل محرمانه |
| لزوم بیان غیرمستقیم موضوعات توسط درمانگر باتجربه                    |  |  | بیان مشکلات جنسی به مراجع جنس مخالف                        |
| عدم صداقت مراجع به دلیل بیان مستقیم موضوعات توسط درمانگر            |  |  | حریم شخصی مراجع  |
| کاهش عدم صداقت مراجع با بیان غیرمستقیم موضوعات توسط درمانگر باتجربه |  |  | احساس شرم در مسائل جنسی باعث عدم صداقت می‌شود              |
| بیان غیرمستقیم موضوعات برای جلوگیری از عدم صداقت                    |  |  | موضوع خیانت  |
| بیان موضوع محرمانه در صورتی که به نفع درمان باشد                    |  |  |  |

ادامه جدول ۵. محورهای استخراجی از محور سوم در خصوص دشواری در بازگویی (درمانگران)

| نقش حرفه‌ای روان‌درمانگر                                       | تجارب زیسته در جامعه | تجارب مرتبط با خطاهای شناختی مراجع | تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع |
|--|----------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| تأثیر منفعت شخصی و درمان مصلحتی در عدم صداقت موضوعات محرمانه   |                      |                                    |                               |
| عدم صداقت درمانگر حمایت از مراجع و منفعت درمانی برای مراجع است |                      |                                    |                               |
| بیان موضوعاتی که منفعت مراجع در آن است                         |                      |                                    |                               |
| تأثیر چگونگی بیان موضوعات دشوار در عدم صداقت مراجع             |                      |                                    |                               |
| اجتناب از قضاوت و پیش‌داوری                                    |                      |                                    |                               |
| بیان مستقیم موضوع رابطه درمانی را قطع می‌کند                   |                      |                                    |                               |
| عدم صداقت برای حفظ سلامت روان مراجع                            |                      |                                    |                               |
| برقراری رابطه درمانی به بازگویی موضوع دشوار کمک می‌کند         |                      |                                    |                               |
| لزوم بیان غیرمستقیم موضوعات برای کمک به اثربخشی درمان          |                      |                                    |                               |



شکل ۳. مقوله‌بندی محور سوم در خصوص دشواری در بازگویی

مطرح کنم که فرهنگ ما و ارزش‌های ما و چارچوب‌هایی که شکل گرفته اجازه چنین کاری را نداریم و مجبوریم مراعات کنیم»

در دسته خطاهای شناختی به ارزیابی منفی مراجع از خود در عملکردهای اشاره دارد که تحمل نداشتن افراد در پذیرش همه واقعیت‌های زندگی، نقاط ضعف، احساس شرم و رخدادهای دردناک است که بیان کردن آن‌ها به مراجع از طرف درمانگر به دلیل شرایط روانی بد و تحمل نکردن پذیرش مراجع سخت و دشوار است. برای مثال یکی از درمانگران به نام شهریار گفته است؛

«موضوعاتی که منجر به تمسخر یا اعتمادبه نفس پایین مراجع می‌شود، موضوعاتی که مراجع به آن حساسیت دارد. این‌ها اگر درمانگر بخواهد بر روی آن کار بکند سخت است به خاطر اینکه منجر به مقاومت مراجع می‌شود و مراجع را از ادامه کار دشوار می‌کند و همکاری لازم انجام نمی‌شود. زمانی که ما روی موضوعاتی که تحریک‌کننده باشد آن قسمتی که همکاری ایجاد نمی‌شود برای همین در این مواقع موضوعاتی که در زمینه خصوصی هست برای درمانگر خیلی سخت هست که به چه صورت بیان بکند که تحریک صورت نگرفته یا مقاومت صورت نگیرد»

در دسته تجارب زیسته در جامعه به رخدادهایی اشاره دارد که آداب اجتماعی، تعصبات اعتقادی، سیاسی، موضوعات تابوی فرهنگی، اعتیاد مراجع و ارزش‌های فرهنگی است که در بازگرددن موضوعات دشوار و سخت نقش دارند. برای مثال یکی از درمانگران به نام مازیار گفته است؛

«حرمت‌ها یا آن آداب اجتماعی شاید عاملی باشد که حداقل در بیان این مسئله تأثیرگذار باشد. یا جهت‌گیری‌های اعتقادی، سیاسی و چیزهایی که شاید به نوعی بیان بشود و در این رابطه تأثیرگذار باشد. این‌ها می‌تواند فاکتورهایی باشد که شاید باعث بشود آن صداقت ایجاد نشود.»

با کدگذاری و مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور چهارم در مورد ترجیحات بازگونکردن، روان‌درمانگران به مفاهیم زیادی اشاره کردند که موارد ذیل است:

تعدادی از آن‌ها شامل؛ ترجیح در بازگونکردن مسائل جنسی، تجاوز، خیانت، سکس ناخوشایند، انحرافات جنسی،

همان‌گونه که در شکل شماره ۳ نمایش داده شده است، در این محور دو دسته مفهوم مقوله‌بندی شده است که دلایل دشواری در بازگویی موضوعات از نظر درمانگران است و شامل دلایل فردی و برون فردی است که دسته فردی شامل نقش حرفه‌ای درمانگر و دسته برون فردی هم شامل تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع، خطاهای شناختی و تجارب زیسته در جامعه است. در دسته فردی، نقش حرفه‌ای درمانگر به نقش حرفه‌ای درمانگر در اتاق درمان برای ایجاد شرایط مناسب و امن برای بازگویی موضوعاتی که برای مراجع سخت و دشوار است اشاره دارد که توجه به زبان بدن، آماده کردن فرد برای گفتن موضوعات، بیان مستقیم موضوعات توسط درمانگر مبتدی، بیان غیرمستقیم موضوعات توسط درمانگر باتجربه، تأثیر منفعت شخصی و درمان مصلحتی بر عدم صداقت مراجع در موضوعات محرمانه، اجتناب از قضاوت و پیش‌داوری است که تأثیر نقش درمانگر را در بازگویی موضوعات دشوار در مراجع را نشان می‌دهد. برای مثال یکی از درمانگران به نام ندا گفته است؛

«من احساس می‌کنم اگر آن ارتباط درست شکل بگیرد شما می‌توانید کم‌کم واقعیت‌ها را بگویید و به پذیرش برسائید فرد را و اگر آن صداقت، ارتباط درست و امنیت نباشد به نظر من هیچ کدام از مسائل یک مراجع نمی‌توانیم ورود پیدا کنیم برای اینکه اون از اول مقاومت می‌کند تا آخر درمان و شاید هم رها بکند درمان را.»

در دسته برون فردی، تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع، به جزئیات و رخدادهایی اشاره دارد که رابطه جنسی، روابط زناشویی، علائم وسواس، اختلالات شدید شخصیت، مشکلات جنسی مراجع جنس مخالف، حریم شخصی و خیانت است که بازگونکردن این موضوعات به مراجع برای درمانگر سخت و دشوار است. برای مثال یکی از درمانگران به نام علی گفته است؛

«مثلاً من ببینم در مورد مسائل سکس تراپی مثلاً می‌خواهم برای یک خانم توضیحاتی بدهم که مثلاً بگویم که این مسائل باید مطرح بشود. صرفاً نمی‌توانم این کار را انجام بدهم؛ یعنی مجبور به این می‌شوم که یک کلیتی را مطرح کنم و از جزئیات بگذرم و او را ارجاع بدهم که اگر وجود داشته باشد در شهر ما، در آن مناطقی که نزدیک هست، یک سکس تراپ خانم ارجاع بدهم، بنده اینجا به عنوان یک مرد نمی‌توانم مسائلی را



خاطرات دردناک گذشته، موضوعات تابوی فرهنگی و ... نتایج تحلیل نشان می‌دهد، درمانگران ترجیح می‌دهند که برخی از موضوعات را بازگو نکنند و در صورت لزوم از پرداختن مستقیم آن اجتناب کنند. بیشتر درمانگران از پرداختن به جزئیات مسائل مراجع پرهیز می‌کنند و معتقدند که عدم بازگویی و نادیده گرفتن برخی مسائل برای منفعت درمانی مراجعین است. آن‌ها اعتقاد دارند؛ بیان

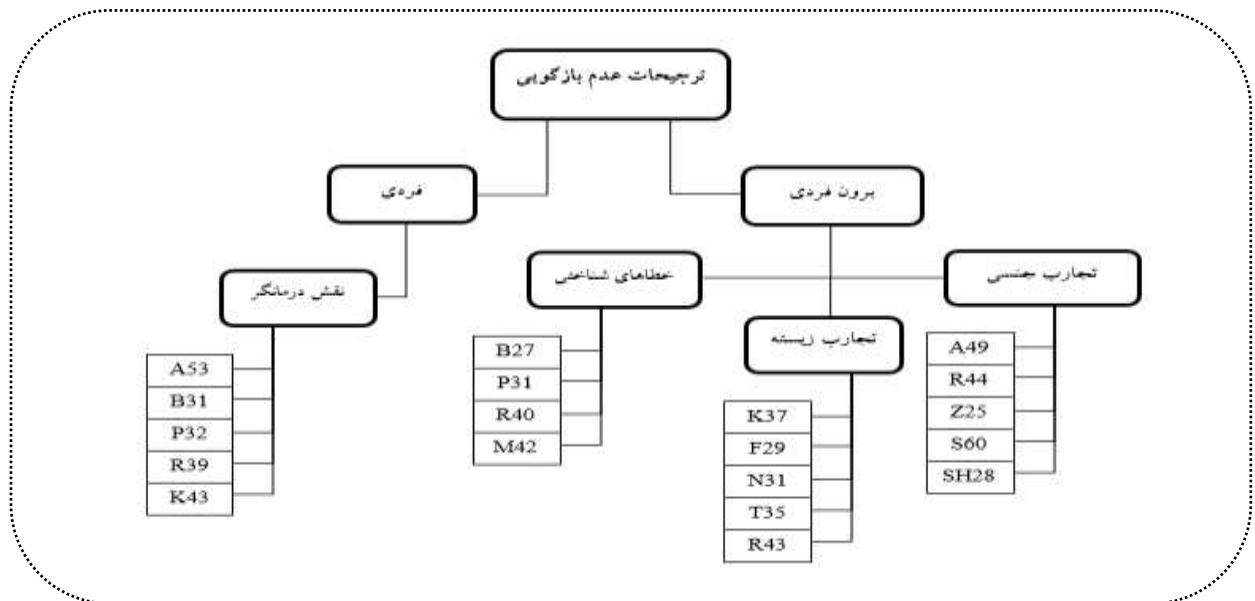
مستقیم برخی موضوعات منجر به عدم صداقت مراجع خواهد شد که برای جلوگیری از بروز آن، بازگودن مسائل به صورت غیرمستقیم با در نظر گرفتن شرایط روانی و توانایی مراجع در پذیرش آن مسائل روش مناسب‌تری است. از مفاهیم استخراجی از مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور چهارم می‌توان مقوله‌بندی زیر را ارائه داد که همه آن‌ها در جدول شماره ۶ نمایش داده شده است.

جدول ۶. محورهای استخراجی از محور چهارم در خصوص ترجیحات بازگونکردن (روان‌درمانگران)

| نقش حرفه‌ای روان‌درمانگر                                  | تجارب زیسته در جامعه                                 | تجارب مرتبط با خطاهای شناختی مراجع                    | تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع      |
|---|--|---|------------------------------------|
| ترجیح درمانگر بر بیان غیرمستقیم از طریق پیامدهای مسئله    | عدم بازگویی موضوع افراط مراجع در مسائل اعتقادی       | عدم صداقت در حد توانایی مراجع برای پذیرش مشکلش        | روابط جنسی و تجاوز در دوره کودکی   |
| نادیده گرفتن عمدی جزئیات به نفع مراجع است                 | اجتناب از بیان مسائلی که باعث پیش‌داوری مراجع می‌شود | اجتناب از بیان مسائلی که باعث وابستگی در مراجع می‌شود | آزار جنسی توسط غریبه در دوره کودکی |
| احتمال سخت شدن جریان روان‌درمانی به دلیل توجه به جزئیات   | عدم صداقت در بازگویی موضوعاتی که برای مراجع تابو است | عدم صداقت در بازگودن خاطرات دردناک گذشته              | تجربه سکس ناخوشایند                |
| احتمال مشکل در برقراری رابطه درمانی به علت توجه به جزئیات | عدم بازگویی در مسائل خانوادگی                        |   | جزئیات سکس                         |
| درمانگر غیرحرفه‌ای عدم صداقت دارد                         | عدم صداقت در بازگودن خشونت والدین به کودک            |   | خیانت                              |
| در هر صورت واقعیت به مراجع گفته می‌شود                    | تنبیه شدید کودک                                      |   | موضوعات حریم شخصی                  |
| اجتناب از عدم صداقت وقتی که منفعت مراجع در میان باشد      |  | مشکلات مربوط به روابط زناشویی                         |                                    |
| عدم بازگویی برای منفعت مراجع است                          |  | روابط جنسی گذشته                                      |                                    |
| عدم بازگویی برای کمک به اثربخشی درمان است                 |  | تجاوز به کودک   |                                    |
| اجتناب از خود افشایی                                      |  | انحرافات جنسی   |                                    |
| اجتناب از بیان موضوعات بی‌ارتباط به درمان                 |  |   |                                    |
| القای دانای کل بودن درمانگر به مراجع منفعت درمانی ندارد   |  |   |                                    |
| عدم صداقت در بازگودن ماهیت تست روان‌شناسی                 |  |   |                                    |
| عدم صداقت درمانگر برای جلوگیری از عدم صداقت مراجع است     |  |   |                                    |
| عدم صداقت نباید برای مراجع آسیب جانی داشته باشد           |  |   |                                    |
| عدم صداقت درمانگر درایت درمانی‌اش است                     |  |   |                                    |

ادامه جدول ۶. محورهای استخراجی از محور چهارم در خصوص ترجیحات بازگونکردن (روان‌درمانگران)

| نقش حرفه‌ای روان‌درمانگر  | تجارب زیسته در جامعه | تجارب مرتبط با خطاهای شناختی مراجع | تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع |
|---|----------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| عدم صداقت برای محافظت مراجع است   |                      |                                    |                               |
| اجتناب از پیش‌داوری   |                      |                                    |                               |
| ویژگی‌های شخصیتی درمانگر در اثربخشی درمان مؤثر است                      |                      |                                    |                               |
| ویژگی‌های فردی، تجربه و حرفه‌ای بودن درمانگر به رابطه درمانی کمک می‌کند |                      |                                    |                               |
| لزوم عدم بازگویی برای منفعت درمانی مراجع                                |                      |                                    |                               |
| نقش محوری حمایت درمانی از مراجع در صداقت و عدم صداقت درمانگر            |                      |                                    |                               |



شکل ۴. مقوله‌بندی محور چهارم در خصوص ترجیحات بازگونکردن

دارد که نادیده گرفتن عمدی جزئیات، بیان غیرمستقیم مسئله، اجتناب از خود افشایی، بازگویی نکردن برای اثربخشی درمان، نقش محوری حمایت درمانی از مراجع در صداقت و عدم صداقت درمانگر، اجتناب از پیش‌داوری و درایت درمانی است که نقش مؤثر درمانگر در بازگویی یا بازگویی نکردن موضوعات از جانب مراجع را نشان می‌دهد.

برای مثال یکی از درمانگران به نام بهراد گفته است:

«مثلاً در دوره کودکی مورد آزار جنسی به غریبه‌ای قرار گرفته، بعد هر وقتی که توی ماشین میشینم درب قفل

همان‌گونه که در شکل شماره ۴ نمایش داده شده است، در این محور دو دسته مفهوم مقوله‌بندی شده است که دلایل ترجیحات عدم بازگویی درمانگران، شامل دلایل فردی و برون فردی است. دسته فردی شامل نقش حرفه‌ای درمانگر و دسته برون فردی هم شامل تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع، تجارب مرتبط با خطاهای شناختی مراجع و تجارب زیسته در جامعه است. در دسته فردی، نقش حرفه‌ای درمانگر به نقش درمانگر در اتاق درمان اشاره

مسائل را برایش خواهم گفت و تشخیص را به فرد می‌گویم. چون به نظرم رمز اصلی موفقیت قبول کردن مراجع هست.»

در دسته تجارب زیسته در جامعه به رویدادهایی اشاره دارد که بازگو نکردن افراط مراجع در مسائل اعتقادی، بیان نکردن موضوعاتی که باعث پیش‌داوری می‌شود، بیان نکردن موضوعات تابو، خشونت والدین و تنبیه شدید کودک است که درمانگر برای حمایت روانی از مراجع تلاش می‌کند آن‌ها را بازگو نکند. برای مثال یکی از درمانگران به نام نازنین گفته است؛

«مسائلی مثل تابوهای جنسی، انحرافات جنسی. این‌ها رو خوب به مقداری شاید مستقیم که نه به صورت مثال، در قالب مثال‌هایی از مراجعین دیگه به این شکل میام مطرح می‌کنم. شاید اینجا به نظر بیاد که من دارم به مقداری برای اینکه به اون آسیب نرسه، دارم جووری بیان می‌کنم که شاید خیلی در اون از نگاه خودم انگار به کوچولو، نمیتونم نه واژه پنهان رو میتونم اینجا به شما بگم، نه عدم صداقت رو میتونم بگم! من فکر می‌کنم فقط دارم مراجع رو در نظر می‌گیرم که الان چگونه بهش بگم بهتره.»

با کدگذاری و مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور پنجم در مورد پنهان کردن، روان‌درمانگران به مفاهیم زیادی اشاره کردند که موارد ذیل است:

تعدادی از آن‌ها شامل؛ پنهان کردن احساس خشم، تنفر، حسادت، ترحم خود نسبت به مراجع، مشکلات عاطفی زوجین، خیانت و ...

نتایج تحلیل نشان می‌دهد، بیشتر درمانگران موضوعی را برای پنهان کردن داشتند و علت این پنهان‌کاری را حفظ موقعیت خود، حفظ رابطه درمانی، حمایت روانی از مراجع و در نهایت برای منفعت جریان روان‌درمانی می‌دانند. همچنین برخی از درمانگران اعتقاد دارند که پنهان کردن برخی موضوعات فقط با هدف کمک به مراجع و اثربخشی فرایند درمانی است و عدم صداقت درمانگران باتجربه در واقع درایت درمانی‌شان است.

از مفاهیم استخراجی از مصاحبه با ۱۶ روان‌درمانگر در محور پنجم می‌توان مقوله‌بندی زیر را ارائه داد که همه آن‌ها در جدول شماره ۷ نمایش داده شده است.

میشه، براش عین اون خاطره هست مثلاً. این اتفاقات این طوری رو، ترجیحمون اینکه افراد اینا رو نگویند. یا مثلاً تجربه سکس آزاردهنده‌ای که دارند رو برای ما واضح هست، دوست داریم مثلاً، تمایل داریم راجع به اون چیزی نگویند و ما از طریق پیامدها خودمون بهش اشاره بکنیم. ولی خب اونا وقتی که این اعتماد کامل برایشون ایجاد میشه، دوست دارند مثلاً بیشتر در مورد جزئیات و این‌ها بگویند.»

در دسته برون فردی، تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجع، به جزئیات و رخدادهایی اشاره دارد که روابط جنسی، تجاوز، آزار جنسی، سکس ناخوشایند، خیانت، روابط زناشویی، انحرافات جنسی و حریم شخصی است که درمانگر تلاش می‌کند که جزئیات آن‌ها را برای مراجع بازگو نکند. برای مثال یکی از درمانگران به نام شهریار گفته است؛

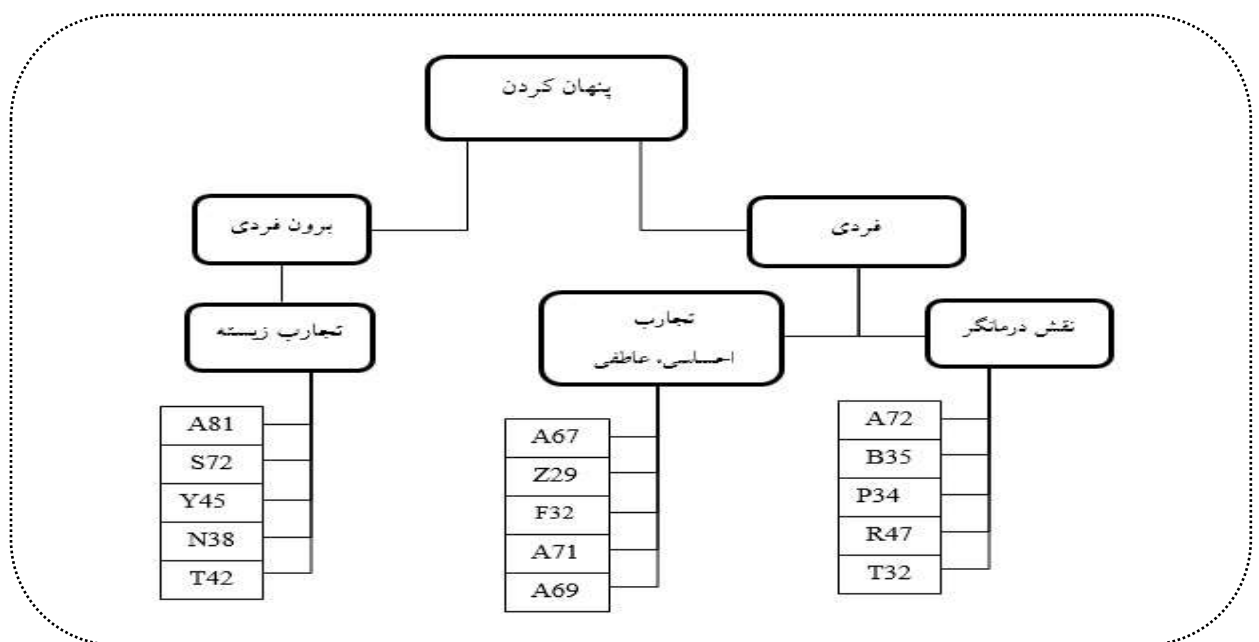
«موضوعاتی که ربطی به مسئله نداشته باشد، موضوعاتی که دنیای خصوصی فرد است، موضوعی که اصلاً موضوع مسئله موردبחי نیست، موضوعات خارج از آن مشکل اصلاً بحث نخواهیم کرد، ربطی به ما ندارد. هر کسی یک حریم برای خودش دارد، یک موضوعاتی برای خودش دارد که مال خودش است. موضوعاتی که به مشکل ربط دارد بیان می‌شود و غیر از آن را ما دوست نداریم از فرد پیدا بکنیم چون بعضی‌ها می‌خواهند که فرد را تخلیه هیجانی بکنند نیازی نیست. در این زمینه‌ها ترجیح می‌دهیم که اصلاً کاری با آن نداشته باشیم.»

در دسته تجارب مرتبط با خطاهای شناختی به رویدادهایی اشاره دارد که توانایی مراجع برای پذیرش مشکل، اجتناب از بیان مسائل سبب‌ساز وابستگی در مراجع و بازگونکردن خاطرات دردناک گذشته است که درمانگر ترجیح می‌دهد برای کنترل عدم صداقت در اتاق درمان و برقراری رابطه درمانی آن‌ها را بازگو نکند. برای مثال یکی از درمانگران به نام B.T گفته است؛

«اگر منظورت این هست که مثلاً فرد را دیدی به فرد بگویی که شما وسواس خیلی شدید دارید، من این را می‌گویم اما نه با دیالوگی که فرد مقابل نگاه بکند و سخته ناقص بزند، یا نزد خودش بگوید این اصلاً هیچ چیز نمی‌داند و متوجه نیست و قضیه مقاومت به وجود بیاید. به زبان روان‌شناسی و جلسه درمان این

جدول ۷. محورهای استخراجی از محور پنجم در خصوص پنهان کردن (روان‌درمانگران)

| نقش حرفه‌ای روان‌درمانگر                               | تجارب زیسته در جامعه                                | تجارب مرتبط با احساس و عاطفه                |
|--|---|---|
| پنهان کردن هیجانات و احساسات                           | عدم ابراز احساسات درونی برای حفظ موقعیت درمانگر است | احساس خشم به مراجع                          |
| عدم صداقت برای ایجاد انگیزه در مراجع برای درمان        | عدم صداقت در بازگوکردن موضوع خیانت                  | احساس تنفر                                  |
| عدم صداقت برای امیدوار کردن مراجع برای درمان           | عدم صداقت در بازگوکردن اختلافات خانوادگی            | احساس حسادت                                 |
| عدم صداقت برای پیشبرد جریان روان‌درمانی                | لزوم اجتناب از قضاوت برای منفعت رابطه درمانی        | احساس محبت                                  |
| عدم صداقت در حدی که برای مراجع اثر مثبت داشته باشد     | عدم صداقت در بازگوکردن بزهکاری                      | احساس ترحم                                  |
| عدم صداقت به علت احتمال تشخیص نادرست                   |   | عدم صداقت در مشکلات عاطفی زوجین             |
| عدم صداقت در مورد مسائل محرمانه به درخواست مراجع       |   | عدم صداقت در بیان احساس مادرانه به مراجع    |
| عدم صداقت باتوجه‌به توانایی و شرایط مراجع برای پذیرش   |   | اضطراب و نگرانی از وضعیت مراجع را پنهان کرد |
| شفافیت نداشتن در بیان واقعیت برای حفظ سلامت روان مراجع |   |   |
| درمانگر حرفه‌ای و باتجربه عدم صداقت ندارد              |   |   |
| عدم صداقت برای کمک به مراجع بود                        |   |   |
| عدم صداقت در بازگوکردن موضوعات بی‌ربط با موضوع درمان   |   |   |
| بیان غیرمستقیم پیامدهای موضوع منفعت درمانی دارد        |   |   |
| به نظر عدم صداقت درمانگر باتجربه درایت درمانی‌اش است   |   |   |
| لزوم پنهان‌کاری برای منفعت جریان روان‌درمانی           |   |   |
| لزوم عدم صداقت برای حمایت و آسیب نرساندن به مراجع      |   |   |



شکل ۵. مقوله‌بندی محور پنجم در خصوص پنهان کردن

بازگرفتن آن‌ها به نوعی درایت به خرج دهد. برای مثال یکی از درمانگران به نام نازنین گفته است؛

«مثلاً زوجی آمده بسیار این اتفاق افتاده که یکی از اون‌ها خیانت انجام داده و دوستن الان فرد بعدی (خانم یا آقا) اصلاً کمک نمیکنه! بنابراین به جور شاید اینجا دیگه به مقدار این اصل رازداری برای ما به ذره اینجا کار سخته خب! و من مجبورم به چیزهایی راز اون فرد پنهان کنم، باز هم اینجا چون من صلاح نمی بینم، الان این فرد پذیرش نداره، اصلاً گفتنش کمکی نمیکنه به روند در واقع درمان. به همچین مسائلی.»

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر شناسایی مصادیق عدم صداقت روان‌درمانی از دیدگاه روان‌درمانگر در سال ۱۴۰۲ بود. نتایج تحلیل در محور یکم (موقعیت عدم صداقت) نشان می‌دهد، اغلب درمانگران در مورد جزئیات تجارب جنسی و حریم خصوصی مراجعین تجربه عدم صداقت را در اتاق درمان دارند، اگرچه بیشتر آن‌ها معمولاً اصطلاح عدم صداقت را برای این نوع از عملکردشان قبول ندارند و معتقدند که چالش انتخاب صداقت و عدم صداقت وابسته به منفعت درمانی مراجعین، حفظ رابطه درمانی و در نظر گرفتن توانایی مراجع در پذیرش واقعیت‌ها است. این یافته‌ها با یافته‌های فاربر، برانو و کاپوبیانکو [۱۳] همسو است. مطابق با یافته‌های مطالعه فاربر و همکاران درباره ادراکات مراجع از فرایند، مزایا، مشکلات و پیامدهای افشا و پنهان کردن مطالب در جلسات روان‌درمانی، اکثر مراجعین احساس کردند که درمان، مکانی امن برای افشای اطلاعات است، به‌ویژه به دلیل خوب بودن رابطه درمانی. همچنین فرایند افشا در ابتدا باعث ایجاد شرم و اضطراب پیش‌بینی‌شده؛ اما در نهایت باعث ایجاد احساس امنیت، غرور و اصالت شده است. همچنین نتایج تحلیل نشان می‌دهد، عدم صداقت در اتاق درمان گریزناپذیر است و درمانگران در مورد مسائلی عدم صداقت دارند که ربط مستقیم با درمان ندارد و معتقدند که صداقت در موضوعات بی‌ربط به درمان و موضوعاتی که پذیرش آن خارج از تحمل مراجع است نه تنها منفعتی برای مراجع ندارد، بلکه به رابطه درمانی و اثربخشی آن لطمه می‌زند. درمانگران معتقدند، عدم صداقت آن‌ها غیرعامدانه بوده و فقط باید برای کمک و حمایت درمانی

همان‌گونه که در شکل شماره ۵ نمایش داده شده است، در این محور دو دسته مفهوم مقوله‌بندی شده است، دلایل پنهان کردن موضوعات از جانب درمانگر شامل دلایل فردی و برون فردی است؛ دسته فردی شامل تجارب مرتبط با احساس و عاطفه و نقش حرفه‌ای درمانگر و دسته برون فردی هم شامل تجارب زیسته در جامعه است. در دسته فردی، تجارب احساسی و عاطفی به رویدادهایی اشاره دارد که احساس خشم، تنفر، حسادت، محبت و نگرانی است که درمانگر تلاش می‌کند آن‌ها را پنهان کند. برای مثال یکی از درمانگران به نام فاطیما گفته است؛

«به جاهایی مثلاً با همین میگم نوجوان کارکردن، به جاهایی حس مادرانه من میومد بالا که مجبور بودم پنهانش بکنم. اون منو مادر نبینه. به جاهایی فلش بک میزدم توی زندگی خودم، مثلاً بچه‌های من به این سن برسند چی! نگاه من می‌خواست عمیق بشه، به هر حال آدم‌ها نگاه‌های همدیگه رو میخوندن، اضطراب و نگرانی رو، همه چی در نگاه‌های آدم‌ها هست. اینا رو به جاهایی مجبور می‌شدم پنهان بکنم.»

در دسته، نقش درمانگر به نقش عدم صداقت درمانگر در اتاق درمان اشاره دارد که پنهان کردن هیجانات و احساسات، ایجاد انگیزه در مراجع، امید دادن، توجه به توانایی و شرایط مراجع برای پذیرش، شفافیت نداشتن در بیان واقعیت و درایت درمانی است که درمانگر برای حمایت روانی از مراجع تلاش می‌کند موضوعاتی را پنهان کند و یا غیرمستقیم به آن‌ها اشاره کند. برای مثال یکی از درمانگران به نام علی گفته است؛

«من چیزی را تابه حال پنهان نکردم حقیقتاً. همه چیز را مستقیم یا غیرمستقیم بیان کردم. حالا به وقت مستقیم عنوان کردم و به وقت غیرمستقیم. همان‌طور که اول گفتم من چیزی را پنهان نکردم تا حالا ولی غیرمستقیم اومدم به فرد گفتم.»

در دسته برون فردی، تجارب زیسته در جامعه به رویدادهایی اشاره دارد مثل: ابراز نکردن احساسات درونی برای حفظ موقعیت درمانگر، بازگونکردن موضوع خیانت، بازگونکردن اختلافات خانوادگی و اجتناب از قضاوت است. درمانگر برای حمایت روانی از مراجع و حفظ رابطه درمانی تلاش می‌کند این موضوعات را پنهان کند یا اینکه در

روان‌درمانی پنهانی شوند، در مقایسه با عدم صداقت روان‌درمانی آشکار به‌طور قابل‌توجهی خیلی بیشتر است. همچنین اکثر درمانگران استفاده از عدم صداقت را در خدمات درمانی یا رفاه مراجعین خود و بدون عواقب منفی توصیف کردند و درمانگران مبتدی نسبت به درمانگران باتجربه، با مراجعین خود بیشتر بی‌صداقت بودند. در تبیین این یافته‌ها گدیمن و لیبرمن<sup>۲</sup> [۱۹]، ادعا کرده‌اند که دروغ یک عمل متمایز از سفارش است که شکل جدیدی از واقعیت کاذب را ایجاد می‌کند، در حالی که حذف‌ها به سادگی با ایجاد شکاف، واقعیت را تغییر می‌دهند. این انتخاب و غیر شفاف بودن آگاهانه است که بیشترین ارتباط را با فرایند درمانی دارد.

نتایج تحلیل در محور سوم (دشواری در بازگویی) نشان می‌دهد بازگوکردن موضوعات جنسی و حریم خصوصی مراجع برای درمانگران نیز دشوار است و ترجیح می‌دهند که از بیان مستقیم این موضوعات برای جلوگیری از مقاومت مراجع اجتناب کنند. درمانگران علت دشواری در بازگوکردن برخی موضوعات به مراجع را آموزه‌های فرهنگی و تجربه احساس شرم عنوان کردند و معتقدند، برخی موضوعات که می‌تواند باعث احساساتی چون شرم و گناه در مراجع شود بهتر است که مستقیم بیان نشود و درمانگر با بیان غیرمستقیم موضوعات دشوار می‌تواند به صداقت بیشتر مراجع کمک کند. این یافته‌ها با مطالعه فاربر، برانو و کاپوبیانکو [۱۳] همسو است. بر اساس یافته‌های فاربر و همکارانش اکثر مراجعین احساس کردند که درمان، مکانی امن برای افشای اطلاعات است، به‌ویژه به دلیل خوب بودن رابطه درمانی. یافته‌های دیگر این مطالعه نشان داد افشاگری در درمان، افشای بعدی را برای درمانگر و همچنین اعضای خانواده و دوستان تسهیل می‌کند و اینکه درمانگران باید فعالانه مطالبی را دنبال کنند که افشای آن دشوار است. در تبیین این یافته‌ها همان‌طور که فاربر در کتابش با عنوان خود افشایی در روان‌درمانی [۲۰] اشاره کرد، اگرچه واکنش صادقانه درمانگران به سخنان و رفتارهای مراجعین آن‌ها اغلب در تسهیل یک رابطه درمانی مؤثر و در نهایت تغییر مؤثر است و اگرچه اصالت درمانگر در بسیاری از سنت‌های درمانی (مانند روان‌درمانی‌های

مراجعین باشد و عدم صداقت درمانگر نباید منجر به آسیب مراجع گردد. در تبیین نظری این یافته‌ها، راجرز<sup>۱</sup> [۱۸] اظهار داشت که افراد باید این احساس را تجربه کنند که برای آنچه که هستند، مورد توجه و ارزش قائل هستند، نه آنچه انجام می‌دهند. زمانی که مراجعین احساس می‌کنند اعمال، کلمات یا افکارشان مورد قضاوت قرار می‌گیرند، احساس ناسازگاری را تجربه می‌کنند. شکاف بیش از حد بین تصور از خود و خود ایده‌آل منجر به احساس شرم می‌شود و به نوبه خود منجر به انکار، سرکوب و بی‌تفاوتی می‌شود؛ در این شرایط بحث راجع به حقیقت بسیار دردناک می‌شود؛ بنابراین از طریق مدل‌سازی اصالت درمانگر و ارائه همدلی و پذیرش او (نگاه مثبت) است که مراجعین می‌توانند با واقعیت‌های خود به طور کامل‌تری مواجه شوند و آن را بیان کنند.

نتایج تحلیل در محور دوم (سابقه عدم صداقت) نشان می‌دهد، درمانگران نیز معتقدند که دروغ‌گویی نمی‌تواند به نفع جریان درمان باشد و عدم صداقت درمانگر می‌تواند به فرایند درمان آسیب بزند. این یافته‌ها با یافته‌های کورتیس و کلی [۱۶] همسو است. طبق یافته‌های مطالعه کورتیس و کلی در خصوص بررسی باورهای درمانگران و غیر درمانگران در مورد اخلاق فریب درمانگر، به طور کلی شرکت‌کنندگان فریب درمانگر را غیرقابل قبول و غیراخلاقی ارزیابی کردند و صداقت درمانگر به‌عنوان اخلاقی‌ترین و قابل قبول‌ترین ویژگی تلقی شد که با ارزش صداقت و درستکاری APA برای این حرفه مطابقت داشت و کد اخلاقی روان‌شناسان با پرداختن به صداقت و درستی با جزئیات بیشتر، در زمینه روان‌درمانی، سودمند خواهد بود. همچنین نتایج تحلیل نشان داد برخی از درمانگران معتقدند، درمانگر حرفه‌ای با توجه به موقعیت مراجع برای حمایت روانی از مراجع و منفعت درمانی‌اش عدم صداقت دارد. این یافته‌ها با یافته‌های جکسون [۱۷] همسو است. مطابق با یافته‌های مطالعه جکسون در خصوص بررسی شیوع، انگیزه‌ها و پیامدهای درک شده از عدم صداقت درمانگر به‌عنوان بخشی از فرایند روان‌درمانی، اکثریت قریب به اتفاق درمانگران گزارش می‌دهند، حداقل یک‌بار با مراجعین خود صادق نبودند و احتمال اینکه درمانگران درگیر عدم صداقت

2. Gidman & Lieberman.

1. Rogers.

با بیماران خود به اشتراک می‌گذارند، اغلب این کار را نمی‌کنند.

نتایج تحلیل در محور پنجم (پنهان‌کردن) نشان می‌دهد، درمانگران احساس خشم، تنفر، حسادت، محبت، نگرانی و اختلافات مربوط به خانواده را از مراجع خود پنهان کردند. این یافته‌ها با مطالعه دلانگ و کان [۱۴] همسو است. مطابق با مطالعه دلانگ و کان در خصوص بررسی رابطه بین تمایل به شرم و تمایل به افشاگری، تجربه شرمندگی شرکت‌کنندگان در رابطه با اسرارشان، حمایت پیش‌بینی شده کمتری از مشاور را پیش‌بینی می‌کرد که تمایل کمتری برای افشای راز را پیش‌بینی می‌کرد و تلاش‌های مشاور برای ترویج افشای سلامت مراجع، می‌تواند نتیجه انتظارات مراجع نسبت به میزان شرمندگی مراجع در مورد افشا را، هدف قرار دهد. از طرفی درمانگران دلایل پنهان‌کردن برخی موضوعات از طرف خودشان را حفظ موقعیت خود، حفظ رابطه درمانی، حمایت روانی از مراجع، منفعت جریان روان‌درمانی و درایت درمانی خود می‌دانند. در تبیین این یافته‌ها ریگان و هیل<sup>۲</sup> [۲۲] در مسیر روشن‌کردن نوع موضوعی که در درمان پنهان می‌شود، دریافتند که هم مراجع و هم مشاوران تمایل دارند از مطالب دارای ظرفیت منفی خودداری کنند.

عدم صداقت در فرایند تعامل اجتماعی انسان‌ها همیشه امری اجتناب‌ناپذیر بوده است و افراد باتوجه به شرایط و موقعیتی که در آن قرار می‌گیرند، عامدانه یا غیرعامدانه عدم صداقت را در تعاملات اجتماعی خود خواهند داشت. اما عدم صداقت در محیط‌های حرفه‌ای مانند اتاق درمان باتوجه به مداخلات درمانی که صورت می‌گیرد و انتظاراتی که از بابت اثربخش بودن روان‌درمانی مورد انتظار است، می‌تواند از حساسیت بیشتری برخوردار باشد. باتوجه به اینکه رفتار افراد متأثر از الگوی سازگاری با جامعه و تجارب زیسته در جامعه است و همین افراد با این الگوی سازگاری و عادت‌های رفتاری وارد اتاق درمان می‌شوند، عدم صداقت در اتاق درمان قابل پیش‌بینی بوده که ادبیات پژوهشی و یافته‌های پژوهش حاضر گریزناپذیر بودن آن را تأیید کرده است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، عدم صداقت درمانگران عامل مداخله‌کننده بر اثربخشی درمان است که می‌تواند

انسان‌گرا، رفتاردرمانی دیالکتیکی) ارزشمند است، از درمانگران انتظار نمی‌رود که درونی‌ترین افکار خود را در مورد زندگی خود به اشتراک بگذارند، مگر افکاری (انتخابی) که برای مراجع مفید باشد.

نتایج تحلیل در محور چهارم (ترجیحات بازگو نکردن) نشان می‌دهد، درمانگران هم ترجیح می‌دهند جزئیات مسائل جنسی، تجارب ناخوشایند، اختلافات خانوادگی مراجع را بازگو نکنند. بیشتر درمانگران از پرداختن به جزئیات مسائل مراجع پرهیز می‌کنند و معتقدند که بازگونکردن و نادیده‌گرفتن برخی مسائل برای منفعت درمانی مراجعین است. آن‌ها اعتقاد دارند؛ بیان مستقیم برخی موضوعات منجر به عدم صداقت مراجع خواهد شد که برای جلوگیری از بروز آن، بازگوکردن مسائل به صورت غیرمستقیم با در نظر گرفتن شرایط روانی و توانایی مراجع در پذیرش آن مسائل، روش مناسب‌تری است. آن‌ها معتقد هستند که این بازگویی نکردن مراجعین به علت ترس از ارزیابی (قضاوت) و اجتناب از تجربه احساسات منفی مانند احساس گناه، حقارت و شرم است که رابطه درمانی و احساس امنیت مراجع در اتاق درمان می‌تواند در خود افزایشی بیشتر آن‌ها نقش مثبت داشته باشد. این یافته‌ها با مطالعه لاو [۱۵] همسو است. مطابق با یافته‌های مطالعه لاو در خصوص علت عدم صداقت مراجع در مورد موضوعات جنسی در روان‌درمانی، دو نوع محتوای جنسی (جزئیات زندگی جنسی من و امیال و تخیلات جنسی) رایج‌ترین موضوعات عدم صداقت در کل نمونه بود و عدم صداقت در مورد رابطه جنسی در اجتناب کامل از موضوع در درمان ظاهر می‌شود؛ و تقریباً ۸۰ درصد از مراجعین که انگیزه آن‌ها برای عدم صداقت، اجتناب از شرم یا خجالت بوده است و مراجعینی که گرایش جنسی خود را پنهان می‌کردند، تمایل داشتند که درمانگر شایستگی فرهنگی خود را نشان دهد تا از امنیت رابطه، اطمینان حاصل کنند و مراجعینی که خیانت را پنهان می‌کردند، مطمئن نبودند که درمانگر کاری می‌تواند انجام دهد یا خیر. در تبیین این یافته‌ها گابارد<sup>۱</sup> [۲۱] خاطرنشان کرد که درمانگران دائماً در مورد آنچه بیماران می‌گویند یا انجام می‌دهند قضاوت می‌کنند و اگرچه آن‌ها گاهی اوقات این افکار و احساسات را

2. Regan & Hill.

1. Gabbard.

همچنین دلایل پنهان کردن موضوعات در مراجعین شامل دلایل فردی و برون فردی است که پیشنهاد می‌شود روان‌درمانگران در جلسات درمان، با استفاده از روش‌های کاربردی مانند پرسش‌های باز یا استفاده از مقیاس مناسب به شناسایی احساساتی که می‌تواند منجر به عدم صداقت مراجعین شود اقدام کنند و در واقع با شناسایی این احساسات به تقویت رابطه درمانی و اثربخشی روان‌درمانی کمک کنند. در ادامه پیشنهاد می‌شود، روان‌درمانگران به نقش و عملکرد حرفه‌ای خود در اتاق درمان تمرکز بیشتری داشته باشند و به‌جای تمرکز بر مسائل شخصی به شناسایی دقیق‌تر مسائل و مشکلات مراجع برای کمک به درمانی اثربخش، نقش حرفه‌ای خود را ایفا کنند. همچنین نتایج نشان می‌دهد، دلایل افکار و احساس بیان‌نشده درمانگران شامل دلایل فردی، میان‌فردی و برون فردی است که پیشنهاد می‌شود، روان‌درمانگران مانند هر انسانی که نیاز به توجه و واکاوی احساسات سرکوب شده دارند، برای دست یابی به درمانی اثربخش و کمک مؤثر به مراجع به مفهوم خوددرمانی توجه ویژه داشته باشند.

### محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است از جمله: ۱. محدودیت دسترسی نداشتن متوازن به روان‌درمانگران از لحاظ جنسیت؛ ۲. دسترسی نداشتن به منابع و پیشینه‌های داخلی به علت اینکه این پژوهش نخستین بار در داخل کشور انجام شده؛ ۳. همکاری نکردن ادارات و سازمان‌های متولی در حوزه مراکز مشاوره و ۴. همکاری نکردن مدیرمسئول برخی مراکز مشاوره جهت حضور پژوهشگر در مراکز برای جلب مشارکت داوطلبانه درمانگران. از طرفی باتوجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده برای مطالعه بهتر، ابزاری برای اندازه‌گیری عدم صداقت در اتاق درمان طراحی کنند.

### منابع

- ۱- آقا بابایی ن. رابطه صداقت و فروتنی باشخصیت دین و بهزیستی فاعلی. *روان‌شناسی و دین*. ۱۳۹۱؛ ۱۹(۵): ۴۰-۲۵. Microsoft Word - 3\_0019.docx
- ۲- اکبری بورتنگ م، پور س. تحلیل داده‌های کیفی با رویکرد پدیدارشناسی (مبتنی بر روش کلابزی). بیرجند: دانشگاه بیرجند؛ ۱۳۹۹.

اثرات منفی یا مثبت بر درمان داشته باشد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمانگران حرفه‌ای عدم صداقت را نه برای منفعت شخصی بلکه در مواقعی برای کمک به مراجع و حمایت روانی او به عنوان یک استراتژی به‌کار می‌گیرند. آنها معتقدند، برای برخی از مراجعین باتوجه به شرایط و توانایی‌شان در پذیرش و تحمل واقعیت‌های زندگی، عدم صداقت داشتن برای منفعت مراجع و فرایند درمان لازم و ضروری است و زمانی عدم صداقت درمانگر می‌تواند اثرات منفی بر درمان داشته باشد که برای منفعت شخصی او باشد و یا اینکه درمانگر تجربه کافی برای به‌کارگیری این استراتژی در فرایند روان‌درمانی را نداشته باشد. در پایان به این نکته باید اشاره شود که صداقت مراجع در اتاق درمان علاوه بر تخصص درمانگر، به توانایی او در برقراری رابطه درمانی برای ایجاد محیطی امن برای مراجع به دور از هرگونه احساس پیش‌داوری و قضاوت وابسته است.

این پژوهش نخستین بار در کشور انجام گرفته و به شناسایی مؤلفه‌های عدم صداقت در اتاق درمان پرداخته است. باتوجه به اهمیت پدیده عدم صداقت در روان‌درمانی، پیشنهاد می‌شود در مورد هر یک از مؤلفه‌ها در آینده پژوهشگران تحقیقات بیشتری را انجام دهند تا نتایج این مطالعات، به کیفیت رابطه درمانی و اثربخشی روان‌درمانی کمک کند. نتایج نشان می‌دهد، دلایل دشواری در بازگویی موضوعات در درمانگران شامل دلایل فردی و برون فردی است که پیشنهاد می‌شود، روان‌درمانگران به‌جای اجتناب از پرداختن به موضوعات دشواری که به درمان مرتبط هست، با همدلی و پذیرش بی‌قیدوشرط مراجعین، شرایط تجربه احساس امنیت و همدلی را برای مراجعین خود فراهم کنند تا شرایط لازم برای افشای رازها بدون نیاز به بازگویی مستقیم موضوعات دشوار از سوی درمانگر برای مراجعین فراهم گردد. دلایل ترجیحات بازگو نکردن درمانگران شامل دلایل فردی و برون فردی است که پیشنهاد می‌شود روان‌درمانگران در طول جلسات درمانی، احساسات مراجع مبنی بر احساس امنیت و اعتماد برای بیان موضوعات را بررسی کنند و همچنین به احساسات و عواطف خودشان و نقش مثبت یا منفی که این احساسات می‌تواند در درمان داشته باشد توجه بیشتری داشته باشند تا بتوانند به افشای بیشتر در مراجعین و اثربخشی فرایند درمان کمک کنند.



- 15-DeLong LB, Kahn JH. Shameful secrets and shame-prone dispositions: How outcome expectations mediate the relation between shame and disclosure. *Counselling Psychology Quarterly*. 2014 Jul 3; 27(3): 290-307. <https://doi.org/10.1080/09515070.2014.908272>
- 16-Love M. Sex, Dishonesty, and Psychotherapy. Columbia University; 2019. (Doctoral Dissertation, Columbia University).
- 17-Curtis DA, Kelley LJ. Ethics of psychotherapist deception. *Ethics & Behavior*. 2020 Nov 16; 30(8): 601-16. <http://dx.doi.org/10.1080/10508422.2019.1674654>
- 18-Jackson, Devlin A. The Nature, Motives, and Perceived Consequences of Therapist Dishonesty. 2020 (Doctoral Dissertation; Columbia University).
- 19-Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*. 1957 Apr; 21(2): 95. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.240>
- 20-Gediman HK, Lieberman JS. The many faces of deceit: Omissions, lies, and disguise in psychotherapy. Jason Aronson, Incorporated; 1996 Apr 1.
- 21-Farber BA. Self-disclosure in psychotherapy. Guilford Press; 2006 Jul 17.
- 22-Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. American Psychiatric Pub; 2014 Apr 16.
- 23-Regan AM, Hill CE. Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*. 1992 Apr; 39(2): 168. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.39.2.168>
- 24-Cersosimo BH, Farber BA. Is there something distinctive about psychotherapy clients' dishonesty about self-destructive behaviors?. *Counselling Psychology Quarterly*. 2022; 35(1): 230-241. <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1929075>
- 25-Farber BA, Hubbard E, Ort D. Patients' experiences of being "ghosted" by their psychotherapists. *Psychotherapy*. 2022; 59(4): 545. <https://doi.org/10.1037/pst0000454>
- ۳- سالاری فر مر. خانواده در نگرش اسلام و روان‌شناسی. پژوهشکده حوزه و دانشگاه: سمت؛ ۱۳۹۳.
- 4- Markowitz DM, Hancock JT. Linguistic traces of a scientific fraud: The case of Diederik Stapel. *PloS one*. 2014 Aug 25; 9(8): e105937. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105937>
- 5- Frey J. A million little pieces. New York, NY: First Anchor Books. 2003.
- 6- Barbaro, M. Candidates stick to the script, if not the truth. 2015 November 8; The New York Times. p. A1.
- 7- Tavernise, S. As fake news spreads lies, more readers shrug at the truth. 2016 December 7; The New York Times, p. 1A.
- 8- Love M, Farber BA. Honesty in psychotherapy: Results of an online survey comparing high vs. low self-concealers. *Psychotherapy Research*. 2019 Sep 3; 29(5): 607-20. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1417652>
- 9- Curtis DA, Hart CL. Pinocchio's nose in therapy: Therapists' beliefs and attitudes toward client deception. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2015 Sep; 37: 279-92. <https://doi.org/10.1007/s10447-015-9243-6>
- 10-Jackson D, Farber B. A. Therapist dishonesty. Paper Presented At The Meeting Of The Society For Psychotherapy Research, Amsterdam, Netherlands. June 2018.
- 11-Orange DM, Stolorow RD. Self-disclosure from the perspective of intersubjectivity theory. *Psychoanalytic Inquiry*. 1998 Jan 1; 18(4): 530-7. <https://doi.org/10.1080/07351699809534209>
- 12-Burgo J. Lying to our clients. Retrieved September 6, 2017. <http://www.afterpsychotherapy.com/> 2013 April 12; lying-to-our-clients.
- 13-Farber BA. Disclosure, concealment, and dishonesty in psychotherapy: A clinically focused review. *Journal of Clinical Psychology*. 2020 Feb; 76(2): 251-7. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22891>
- 14-Farber BA, Berano KC, Capobianco JA. Clients' Perceptions of the Process and Consequences of Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*. 2004 Jul; 51(3): 340. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.51.3.340>

- 28-Newman M, Farber BA. Therapist dishonesty across theoretical orientations. *Counselling Psychology Quarterly*. 2023; 36(4): 757-773.  
<https://doi.org/10.1080/09515070.2022.2163984>
- 29-Patmore J, Farber BA The nature and effects of psychotherapy clients' nondisclosure of eating. (2023); 31(3): 258-273 and body image concerns. *Eating Disorders*.  
<https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2114585>
- 26-Jackson D, Farber BA, Mandavia A. The nature, motives, and perceived consequences of therapist dishonesty. *Psychotherapy Research*. 2022; 32(3): 372-388.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1933241>
- 27-Newman, M. A Qualitative Study of Therapist Dishonesty (Doctoral dissertation. Columbia University;) 2023.  
<https://doi.org/10.7916/bt0a-r719>

## نقش تعدیل‌کننده خود‌خاموش‌سازی در رابطه دل‌بستگی و رضایت‌زناشویی در افراد متأهل

نویسندگان

پریسا مقدس شریف<sup>۱</sup>، زهرا عبدخدایی<sup>۲\*</sup>، لیلی پناغی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی - خانواده، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

parisa.mghds.sh@gmail.com

۲. استادیار و دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه مطالعات بنیادین پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی،

تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار پزشکی اجتماعی، گروه بهداشت خانواده پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

l\_panaghi@sbu.ac.ir

چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌کنندگی خود‌خاموش‌سازی در رابطه دل‌بستگی و رضایت‌زناشویی افراد متأهل انجام شد.

**روش:** این مطالعه همبستگی از نوع رگرسیون بود. جامعه آماری مطالعه، شامل افراد متأهل ایرانی ۱۸ تا ۶۰ سال بودند و نمونه ۳۰۰ نفر (۱۵۰ زن و ۱۵۰ مرد) از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های رضایت‌زناشویی اتریچ، خود‌خاموش‌سازی و تجربه روابط نزدیک پاسخ دادند. داده‌ها توسط ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله‌مراتبی در SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** رابطه دل‌بستگی اجتنابی و اضطرابی و همه ابعاد خود‌خاموش‌سازی به جز بعد قربانی کردن خود با رضایت‌زناشویی، منفی و معنادار است و تنها در بعد قربانی کردن خود، رابطه غیرمعنادار است. همچنین از تحلیل رگرسیون نتیجه گرفته شد، همه سبک‌های دل‌بستگی و خود‌خاموش‌سازی می‌توانند رضایت‌زناشویی را پیش‌بینی کنند. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی نشان داد، اثر تعدیل‌کننده ابعاد خود‌خاموشی و تقسیم خود در رابطه دل‌بستگی اضطرابی و رضایت‌زناشویی و اثر تعدیل‌کننده ابعاد قربانی کردن خود و خود‌خاموشی در رابطه دل‌بستگی اجتنابی و رضایت‌زناشویی معنادار است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان دادند، سطوح مختلف بعضی از ابعاد خود‌خاموش‌سازی رابطه ابعاد دل‌بستگی با رضایت‌زناشویی را تغییر می‌دهد و می‌توان با کنترل دل‌بستگی و خود‌خاموش‌سازی سبب افزایش رضایت‌زناشویی شد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۵/۰۱



کلیدواژه‌ها

خود‌خاموش‌سازی، دل‌بستگی، رضایت‌زناشویی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

z\_abdekhodaie@sbu.ac.ir

## مقدمه

پنهان کردن خشم و هم‌عقیده نشان‌دادن خود با یکدیگر و مقایسه خود با استانداردهای خارجی می‌شود. در اضطرابی‌ها، ترس از طردشدن باعث کم‌ارزش شمردن نیازهای خود و ارجحیت نیازهای دیگران جهت حفظ رابطه می‌شود در حالی که از درون عصبانی و در حال سرکوب خود هستند. اجتنابی‌ها نیز جهت اجتناب از صدمات بین فردی نوعی خوداتکایی دفاعی دارند مانند بیان نکردن صریح احساسات برای حفظ روابط سطحی است [۱۷، ۱۱].

خود خاموش‌سازی به اختلاف بین میل به گفتن و نگفتن یک چیز گفته می‌شود [۱۸]. جک<sup>۷</sup> و دیل<sup>۸</sup>، برای کشف این شکاف مقیاسی ارائه کردند که خود خاموش‌سازی نام گرفت [۱۹]. خود خاموش‌سازی چهار بعد دارد که ابعاد درک ظاهری خود<sup>۹</sup> و خودخاموشی<sup>۱۰</sup> جهت سرکوب افکار، احساسات و رفتارها برای جلوگیری از ایجاد تعارض است و نیز قربانی کردن آگاهانه خود<sup>۱۱</sup> به میزان تلاش فرد برای حفظ رابطه توسط ارجحیت نیاز دیگران بر خود گفته می‌شود. بعد چهارم، تقسیم خود<sup>۱۲</sup> است که به سنجش رفتار افراد گفته می‌شود؛ زمانی که از درون احساس ناراحتی و عصبانیت می‌کنند [۱۷]. خود خاموش‌سازی راهکاری رابطه‌ای است که با ایجاد محدودیت در بیان نیازها و احساسات افراد به حفظ رابطه کمک می‌کند به دلیل ترس که بیان افراد باعث انحلال رابطه شود [۲۰-۲۱]. ترس از دست دادن روابط مهم با خود خاموش‌سازی رابطه دارد [۲۲].

علل بروز خود خاموش‌سازی متفاوت است. خود خاموش‌سازی در زنان شرط ضروری سازگاری با ساختار زن ایده‌آل است [۲۳]. تعارضات زناشویی با پنهان‌سازی خشم و سازگاری نمایشی همراه است که همان تقسیم خود است. در این حیطه افراد از درون خشمگین، اما در ظاهر سازگار هستند، از این‌رو خشم آن‌ها افزایش می‌یابد و باعث افزایش خود خاموش‌سازی می‌شود [۱۷، ۲۴].

ویژگی برجسته اضطرابی‌ها، وابستگی بیش از اندازه آن‌هاست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند این افراد جهت حفظ یا

ازدواج رضایتمند نقش مهمی در سلامت جامعه دارد؛ از این‌رو بررسی عوامل ایجاد و حفظ رضایت‌زناشویی از جمله دل‌بستگی اهمیت پیدا کرده است [۱-۳]. رضایت‌زناشویی از عوامل مؤثر بر دوام خانواده است در نتیجه بررسی عوامل مؤثر بر رابطه منجر به بهبود آن می‌شود [۴]. نظریه دل‌بستگی<sup>۱</sup> در حیطه روابط عاطفی است [۵]. براساس این نظریه، دل‌بستگی؛ پیوندی جهان‌شمول است که در سه دسته ایمن<sup>۲</sup>، نایمن اجتنابی<sup>۳</sup> و نایمن اضطرابی<sup>۴</sup> تقسیم شده است [۶-۷]. دل‌بستگی روان‌شناختی نشان‌دهنده روابط عاطفی است که بر فکر و رفتار افراد اثر می‌گذارد [۸]. ویژگی پیوند ایمن یک رابطه فعال، محبت‌آمیز و متقابل است و در زوجین دارای احساس صمیمیت، راحتی و امنیت ایجاد می‌شود [۹]. افراد ایمن حس مثبتی به خود و دیگران دارند، از لحاظ اجتماعی موفق‌تر هستند؛ در حالی که اجتنابی‌ها احساس نیاز به دیگران و تمایلی به روابط صمیمانه ندارند. ویژگی بارزشان ترس از صمیمیت، سرکوب نیازهای دل‌بستگی و اعتمادبه‌نفس اجباری است [۱۰-۱۱]. ویژگی اضطرابی‌ها نیز ترس از طرد و فقدان عشق در روابط است. آن‌ها دچار بی‌اعتمادی، حسادت و اشتغال ذهنی زیاد درباره مسائل عاطفی هستند [۱۲]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، دل‌بستگی نایمن باعث کنترل‌گری و هیجان‌های منفی می‌شود که نارضایتی زناشویی<sup>۵</sup> را پیش‌بینی می‌کنند. زوجین با دل‌بستگی نایمن میلی به پیوندهای طولانی ندارند و از خودآشکارساز<sup>۶</sup> می‌ترسند [۵]. از طرفی افراد ایمن ویژگی‌هایی دارند که باعث تقویت روابط صمیمانه می‌شود از این‌رو رضایت زوجین در آن‌ها افزایش می‌یابد [۶، ۱۳]. رضایت‌زناشویی نگرشی مثبت است که زوجین به جنبه‌های مختلف رابطه خود دارند [۱۴]. رابطه دل‌بستگی و رضایت دائمی پیچیده‌تر از آن است که در پژوهش‌ها وجود دارد؛ اما پژوهش‌های کمی میانجی‌های تأثیرگذار بر روابط آن‌ها را بررسی کرده‌اند [۱۵-۱۶].

تصور ایجاد تعارض در رابطه توسط زوجین باعث

7. Jack.

8. Dill.

9. Externalized Self-Perception.

10. Silencing the Self.

11. Care Self-Sacrifice.

12. Divided Self.

1. Attachment Theory.

2. Secure.

3. Avoidance.

4. Ambivalence.

5. Marital Satisfaction.

6. Self-Disclosure.

ازدواجشان دائم باشد. ملاک عدم ورود شامل افرادی بود که قصد طلاق داشتند.

### ابزارهای پژوهش

#### پرسش‌نامه رضایت‌زناشویی انریچ<sup>۱</sup>

نسخه اصلی این پرسش‌نامه ۱۱۵ پرسش و ۱۲ خرده مقیاس دارد که توسط فورز و اولسون تهیه شده است. اولسون در سال ۲۰۰۶ م فرم ۳۵ پرسشی آن را تهیه کرد که دارای ۴ خرده مقیاس تحریف آرمانی، رضایت‌زناشویی، ارتباطات و حل تعارض است. این پرسش‌نامه پنج گزینه‌ای است که هر پرسش یک تا پنج امتیاز دارد. هدف این ابزار بررسی رضایت‌زناشویی بود. به عقیده آن‌ها توسط آن می‌توان با دقت ۸۵٪ تا ۹۵٪ زوجین شاد را از ناشاد تشخیص داد. اولسون و اولسون ضریب آلفای پرسش‌نامه برای خرده مقیاس‌های رضایت‌زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی را به ترتیب ۰.۸۶، ۰.۸۰، ۰.۸۴، ۰.۸۳ و اعتبار بازآزمایی را به ترتیب ۰.۸۶، ۰.۸۱، ۰.۹۰، ۰.۹۲ به دست آوردند [۲۷]. همچنین در پژوهش آسوده ضریب آلفای هر خرده مقیاس فوق برابر با ۰.۶۸، ۰.۷۸، ۰.۶۲، ۰.۷۷ است. فورز و اولسون روایی همزمان مقیاس زوجین انریچ با رضایت‌زناشویی انریچ بررسی کردند که ضریب همبستگی آن ۰.۷۳ است [۲۸].

#### پرسش‌نامه خود خاموش‌سازی<sup>۲</sup>

جک در سال ۱۹۹۱م مقیاس خود خاموش‌سازی را ارائه داد که دارای ۳۱ گویه و چهار خرده مقیاس است که به شکل خودگزارشی طراحی شده است. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: «درک ظاهری خود»، «قربانی کردن خود»، «خودخاموشی» و «تقسیم خود». این مقیاس براساس مطالعات طولی زنان و به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد. آلفای کرونباخ آن بیش از ۷۰ درصد است. به عقیده جک و دیل ضریب پایایی آلفای کرونباخ در زنان دانشجوی ۰.۸۶، در زنان باردار ۰.۸۹ و در زنان پناهنده ۰.۹۴ و ضریب روایی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک در هر سه گروه فوق معنادار به دست آمده است [۱۹]. این مقیاس نخستین بار در ایران در پژوهش رجبی و همکاران در بین افراد در رابطه رمانتیک ترجمه و اعتباریابی شده است.

تقویت روابط خود را خاموش می‌کنند [۲۵]. از روش‌های خود خاموش‌سازی برای حفظ ارتباط ارجحیت دادن نیازهای همسر است. قطع ارتباط با نیازهای فیزیکی و روان شناختی باعث احساس تنهایی، خشم و نفرت نسبت به شریک عاطفی و ناراضی می‌شود [۲۶]. اجتنابی‌ها نیز برای حفظ رابطه یا بی‌اعتمادی آن‌ها، افکار و احساسات خود را سرکوب می‌کنند که طرد و درگیری را پیش‌بینی می‌کند و باعث کاهش رضایت می‌شود. با توجه به همپوشانی این مسائل احتمال دارد خود خاموش‌سازی به عنوان تعدیل‌کننده بین دلبستگی و رضایت‌زناشویی عمل کند. در پژوهش‌های گذشته نیز نقش خود خاموش‌سازی در ارتباط با دلبستگی و رضایت‌زناشویی بررسی نشده است در نتیجه هدف اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا خود خاموش‌سازی در رابطه دلبستگی و رضایت‌زناشویی نقش تعدیل‌کنندگی ایفا می‌کند؟

### روش

#### نوع پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است.

#### آزمودنی

#### الف. آزمودنی

جامعه آماری پژوهش، افراد متأهل ساکن ایران و دارای دسترسی به اینترنت در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال در سال ۱۴۰۰ بود. محدوده سنی نمونه از این جهت گسترده انتخاب شد که یافته‌های پژوهش دارای واریانس بیشتر باشد تا در تحلیل یافته‌ها امکان بررسی سنین مختلف نیز وجود داشته باشد.

#### ب. نمونه پژوهش

باتوجه به این که مطالعه همبستگی به روش رگرسیون بود حجم نمونه را می‌توان با کمک پژوهش‌های گذشته به دست آورد. در پژوهش‌های مشابه برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی از حجم نمونه‌ای ۲۰۰ تا ۳۰۰ نفر استفاده شده است. براساس منطق رگرسیون، حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر است. با توجه به این موارد حجم نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب شد. نمونه‌گیری اینترنتی و در دسترس از بین افراد متقاضی انجام گردید. ملاک ورود این بود که حداقل دو سال از ازدواج متقاضیان گذشته باشد، ازدواج اولشان باشد و

1. Enrich Marital Satisfaction. Questionnaire.

2. Silencing the Self Scale.

استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله‌مراتبی) استفاده شده است.

### نتایج

اطلاعات جدول ۱ نشان‌دهنده درصد فراوانی داده‌های جمعیت شناختی و بیشترین و کمترین میزان آن‌ها می‌باشد.

جدول ۱. خلاصه شاخص‌های توصیفی داده‌های جمعیت‌شناختی

| متغیر       | مؤلفه‌ها        | درصد فراوانی | کمترین و بیشترین فراوانی |
|-------------|-----------------|--------------|--------------------------|
| جنسیت       | مرد             | ۵۰           | برابر                    |
|             | زن              | ۵۰           | برابر                    |
| سن          | ۳۱ تا ۴۰ سال    | ۳۷/۷         | بیشترین                  |
|             | زیر ۲۰ سال      | ۰/۷          | کمترین                   |
| تحصیلات     | کارشناسی        | ۴۳           | بیشترین                  |
| اشتغال      | افراد شاغل      | ۴۸/۷         | بیشترین                  |
| طول ازدواج  | ۱۶ سال به بالا  | ۳۱           | بیشترین                  |
|             | ۱۱ الی ۱۵ سال   | ۱۷           | کمترین                   |
| تعداد فرزند | بدون فرزند      | ۳۳/۳         | بیشترین                  |
|             | ۳ فرزند و بیشتر | ۶            | کمترین                   |

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش روش تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌ها (نرمالی داده‌ها، تشخیص هم‌خطی و استقلال خطاها) بررسی شد. در نهایت یافته‌ها بیانگر برقراری فرض‌های تحلیل رگرسیون است از این‌رو استفاده از آن جایز است. نخست متغیر تعدیل‌کننده و مستقل، سپس حاصلضرب متغیرها وارد تحلیل رگرسیون شدند. برای کاهش خطای همبستگی چندگانه از نمرات استاندارد استفاده شده است. پس از معناداری اثر تعدیل‌کنندگی ابعاد خود‌خاموش‌سازی، جهت بررسی این اثر از نمودارهای تعدیلی استفاده شد که در آن‌ها میزان رضایت بر حسب متغیر مستقل در سطوح کم و زیاد تعدیل‌گر رسم شده است.

اطلاعات جدول ۲، نشان‌دهنده توزیع نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای دلبستگی اجتنابی، دلبستگی اضطرابی و خودخاموشی و رضایت زناشویی می‌باشد.

ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰.۷۲ است [۲۰].

### پرسش‌نامه تجربه روابط نزدیک<sup>۱</sup>

فرالی، والر و برنان<sup>۲</sup> ابزار خود گزارش‌دهی را طراحی کردند که دارای ۳۶ ماده است و با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت ابعاد دلبستگی را می‌سنجد [۳۰]. این پرسش‌نامه دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای استفاده در جامعه ایرانی است. ضریب پایایی آزمون بازآزمون دوهفته‌ای برای نمره کل و ابعاد اجتناب و اضطراب ۰.۸۷، ۰.۷۱ و ۰.۸۹ می‌باشد [۳۱]. مطالعات فرالی و همکاران نشان‌دهنده همسانی درونی قابل‌قبول است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ابعاد اضطراب و اجتناب به ترتیب ۰.۹۱ و ۰.۹۴ است [۳۰]. نتایج سایر پژوهش‌ها نیز سطوح بالای همسانی درونی برای ابعاد اضطراب و اجتناب گزارش کردند. به عقیده فرالی پایایی بازآزمایی در طول ۸ هفته بیش از ۷۰٪ و روایی برای ابعاد اضطراب و اجتناب بیش از ۹۰٪ است. یافته‌های شکرکن و همکاران بیانگر این است که ضرایب پایایی مقیاس اضطرابی با روش آلفای کرونباخ و تنصیف زوج و فرد بین ۸۰ تا ۸۶٪ و در مقیاس اجتنابی ۸۰ تا ۸۹٪ است مناسب است [۳۲].

### شیوه انجام پژوهش

ابتدا پرسش‌نامه‌ها در نرم‌افزارهای مخصوص طراحی شدند و در فضای مجازی (اینستاگرام، تلگرام، واتساپ و توئیتر) قرار گرفتند. سپس در آگهی اینترنتی از افراد متأهلی که دو سال از ازدواجشان گذشته است، درخواست شد در صورت تمایل به پرسشنامه‌های آنلاین پاسخ بدهند. ملاک‌های ورود در ابتدا پرسش‌نامه‌ها ذکر شده بود و افرادی که دارای ملاک ورود نبودند از پاسخ‌گویی منع شده بودند. در نهایت ۳۲۲ پرسش‌نامه تکمیل شد که به علت تکراری بودن، ۲۲ پرسش‌نامه از پژوهش حذف شد؛ ۳۰۰ پرسش‌نامه نهایی مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

### شیوه تحلیل داده‌ها

پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها توسط SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل شدند و جهت پاسخ به پرسش‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی) و آمار

1. Experiences in Close Relationships Questionnaire (ECR)
2. Fraley, Waller & Brennan.

جدول ۲. خلاصه شاخص های توصیفی نمرات آزمودنی ها در متغیرهای پژوهش

| متغیر         | مؤلفه ها      | میانگین | انحراف معیار | واریانس | مینیمم | ماکسیمم |
|---------------|---------------|---------|--------------|---------|--------|---------|
| رضایت زناشویی | رضایت زناشویی | ۳۴/۲۵   | ۶/۸۹         | ۴۷/۵۲   | ۱۰     | ۴۹      |
|               | ارتباطات      | ۳۳/۱۳   | ۷/۹۱         | ۶۲/۵۷   | ۱۳     | ۵۰      |
|               | حل تعارض      | ۳۱/۰۹   | ۶/۴۹         | ۴۲/۱۸   | ۱۴     | ۵۰      |
|               | تحریف آرمانی  | ۱۶/۶۸   | ۴/۳۴         | ۱۸/۸۹   | ۵      | ۲۵      |
|               | کل آزمون      | ۱۱۵/۱۵  | ۲۲/۹۵        | ۵۲۶/۷۷  | ۴۳     | ۱۶۷     |
| خود خاموشی    | درک خود       | ۱۷/۰۱   | ۴/۴۰         | ۱۹/۴۲   | ۶      | ۲۸      |
|               | قربانی خود    | ۲۶/۸۵   | ۴/۳۹         | ۱۹/۳۵   | ۱۵     | ۳۸      |
|               | خاموشی خود    | ۲۵/۰۱   | ۵/۹۴         | ۳۵/۳۲   | ۹      | ۴۱      |
|               | تقسیم خود     | ۱۷/۸۵   | ۵/۰۸         | ۲۵/۸۸   | ۸      | ۳۲      |
|               | کل آزمون      | ۸۶/۷۳   | ۱۵/۴۱        | ۲۳۷/۴۸  | ۴۸     | ۱۲۷     |
| دلبستگی       | اجتنابی       | ۴۷/۹۵   | ۱۵/۰۴        | ۲۲۶/۳۷  | ۱۸     | ۹۵      |
|               | اضطرابی       | ۵۵/۷۷   | ۱۸/۶۳        | ۳۴۷/۳۴  | ۱۸     | ۱۱۳     |

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده ابعاد خود خاموش سازی در رابطه دلبستگی اضطرابی با رضایت زناشویی

| مدل | متغیرهای پیش بین                                     | R     | R2    | R2 تعدیل شده | $\Delta R2$ | $\Delta F$ | P     |
|-----|--|-------|-------|--------------|-------------|------------|-------|
| ۱   | دلبستگی اضطرابی و درک ظاهری خود                      | ۰/۵۱۰ | ۰/۲۶۰ | ۰/۲۵۵        | ۲۰۴۸۸/۳۶۱   | ۵۲/۲۱      | ۰/۰۰۰ |
| ۲   | دلبستگی اضطرابی و درک ظاهری و اثر تعدیلی درک ظاهری   | ۰/۵۱۵ | ۰/۲۶۵ | ۰/۲۵۸        | ۱۳۹۲۹/۱۷۵   | ۳۵/۶۳      | ۰/۰۰۰ |
| ۳   | دلبستگی اضطرابی و قربانی کردن خود                    | ۰/۴۶۲ | ۰/۲۱۴ | ۰/۲۰۸        | ۱۶۸۱۴/۱۹۵   | ۴۰/۳۱      | ۰/۰۰۰ |
| ۴   | دلبستگی اضطرابی قربانی کردن و اثر تعدیلی قربانی کردن | ۰/۴۷۲ | ۰/۲۲۳ | ۰/۲۱۵        | ۱۱۶۸۲/۰۲۵   | ۲۸/۲۳      | ۰/۰۰۰ |
| ۵   | دلبستگی اضطرابی و خود خاموشی                         | ۰/۵۱۴ | ۰/۲۶۴ | ۰/۲۵۹        | ۲۰۷۸۴/۹۹۲   | ۵۳/۲۴      | ۰/۰۰۰ |
| ۶   | دلبستگی اضطرابی و خود خاموشی و اثر تعدیلی خود خاموشی | ۰/۵۲۸ | ۰/۲۷۹ | ۰/۲۷۲        | ۱۴۶۵۹/۳۲۳   | ۳۸/۲۲      | ۰/۰۰۰ |
| ۷   | دلبستگی اضطرابی و تقسیم خود                          | ۰/۶۸۷ | ۰/۴۷۲ | ۰/۴۶۸        | ۳۷۱۴۹/۷۳۶   | ۱۳۲/۶۰     | ۰/۰۰۰ |
| ۸   | دلبستگی اضطرابی و تقسیم خود و اثر تعدیلی تقسیم خود   | ۰/۶۹۵ | ۰/۴۸۳ | ۰/۴۷۸        | ۲۵۳۵۷/۴۷۹   | ۹۲/۱۷      | ۰/۰۰۰ |

دلبستگی اضطرابی با درک ظاهری و تقسیم خود رابطه نسبتاً قوی تری دارد. از طرفی رابطه دلبستگی اجتنابی و تمام مؤلفه های خود خاموشی مثبت و معنادار است به جز قربانی کردن خود که رابطه آن ها منفی و معنادار شده است. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیلی جهت بررسی نقش تعدیلی ابعاد خود خاموش سازی در رابطه دلبستگی اضطرابی با رضایت زناشویی در جدول ۳ ارائه شده است.

یافته های ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش بیانگر این بود که رابطه دلبستگی اضطرابی و رضایت ( $r = -0/44, p < 0/01$ ) و دلبستگی اجتنابی و رضایت ( $r = -0/52, p < 0/01$ ) منفی و معنادار است. همچنین رابطه تمام مؤلفه های خود خاموشی و رضایت منفی و معنادار شده است به جز قربانی کردن خود که رابطه آن معنادار نشده است. همچنین رابطه دلبستگی اضطرابی و تمام مؤلفه های خود خاموش سازی مثبت و معنادار است که در این بین

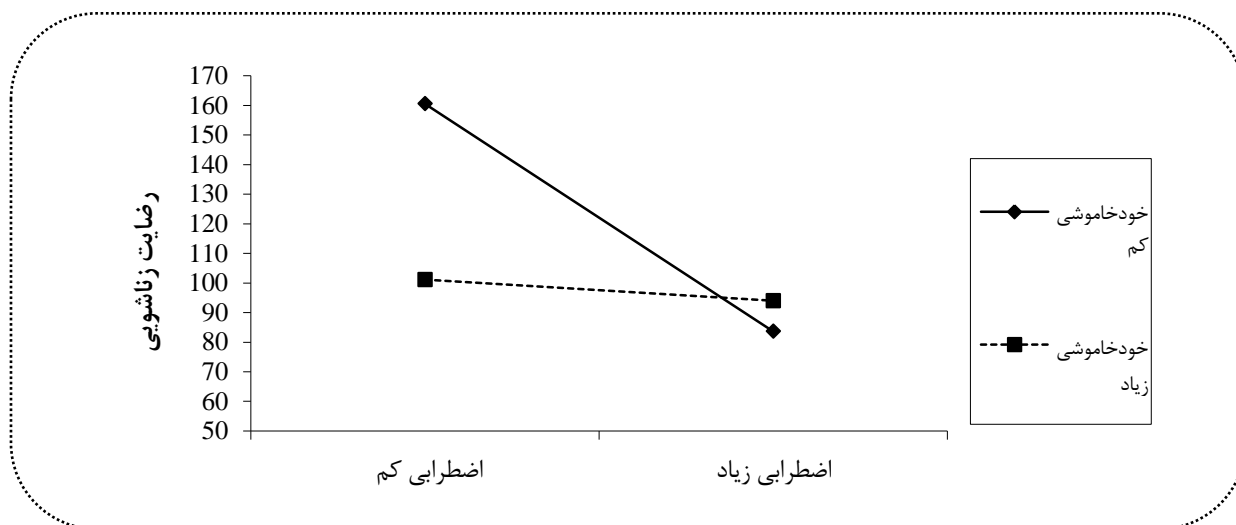
جدول ۴. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون نقش تعدیل‌کننده ابعاد خود‌خاموش‌سازی در رابطه دلبستگی اضطرابی با رضایت زناشویی

| مدل | متغیرهای پیش‌بین                | B     | SE   | B      | T      | P     |
|-----|---------------------------------|-------|------|--------|--------|-------|
| ۱   | دلبستگی اضطرابی                 | -۰/۲۷ | ۱/۴۱ | -۶/۲۸  | -۴/۴۴  | ۰/۰۰۰ |
|     | درک ظاهری از خود                | -۰/۲۹ | ۱/۴۱ | -۶/۸۵  | -۴/۸۴  | ۰/۰۰۰ |
| ۲   | دلبستگی اضطرابی                 | -۰/۲۸ | ۱/۴۶ | -۶/۸۳  | -۴/۶۷  | ۰/۰۰۰ |
|     | درک ظاهری از خود                | -۰/۲۹ | ۱/۴۳ | -۶/۴۸  | -۴/۵۲  | ۰/۰۰۰ |
|     | دلبستگی اضطرابی*درک ظاهری خود   | ۰/۰۷  | ۱/۱۰ | ۱/۵۹   | ۱/۴۴   | ۰/۱۵  |
| ۳   | اضطرابی                         | -۰/۴۸ | ۱/۲۵ | -۱۱/۲۲ | -۸/۹۲  | ۰/۰۰۰ |
|     | قربانی کردن خود                 | ۰/۱۱  | ۱/۲۵ | ۲/۶۷   | ۲/۱۲   | ۰/۰۳  |
| ۴   | اضطرابی                         | -۰/۵۰ | ۱/۲۶ | -۱۱/۵۸ | -۹/۱۳  | ۰/۰۰۰ |
|     | قربانی کردن خود                 | ۰/۱۲  | ۱/۲۶ | ۲/۹۲   | ۲/۳۲   | ۰/۰۲  |
|     | اضطرابی*قربانی کردن آگاهانه خود | ۰/۰۹  | ۱/۱۱ | ۲/۰۶   | ۱/۸۵   | ۰/۰۶  |
| ۵   | اضطرابی                         | -۰/۳۴ | ۱/۲۴ | -۷/۸۲  | -۶/۲۸  | ۰/۰۰۰ |
|     | خود خاموشی                      | -۰/۲۷ | ۱/۲۴ | -۶/۲۴  | -۵/۰۱  | ۰/۰۰۰ |
| ۶   | اضطرابی                         | -۰/۳۵ | ۱/۲۴ | -۸/۲۴  | -۶/۶۲  | ۰/۰۰۰ |
|     | خود خاموشی                      | -۰/۲۵ | ۱/۲۴ | -۵/۹۱  | -۴/۶۷  | ۰/۰۰۰ |
|     | اضطرابی*خود خاموشی              | ۰/۱۲  | ۱/۰۱ | ۲/۵۵   | ۲/۵۰   | ۰/۰۱  |
| ۷   | اضطرابی                         | -۰/۰۸ | ۱/۱۸ | -۱/۸۴  | -۱/۵۵  | ۰/۱۲  |
|     | تقسیم خود                       | -۰/۶۳ | ۱/۱۸ | -۱۴/۶۲ | -۱۲/۳۲ | ۰/۰۰۰ |
| ۸   | اضطرابی                         | -۰/۱۰ | ۱/۱۹ | -۲/۴۳  | -۲/۰۳  | ۰/۰۴  |
|     | تقسیم خود                       | -۰/۶۳ | ۱/۱۷ | -۱۴/۴۶ | -۱۲/۲۸ | ۰/۰۰۰ |
|     | اضطرابی*تقسیم کردن خود          | ۰/۱۰  | ۰/۸۸ | ۲/۲۵   | ۲/۵۳   | ۰/۰۱  |

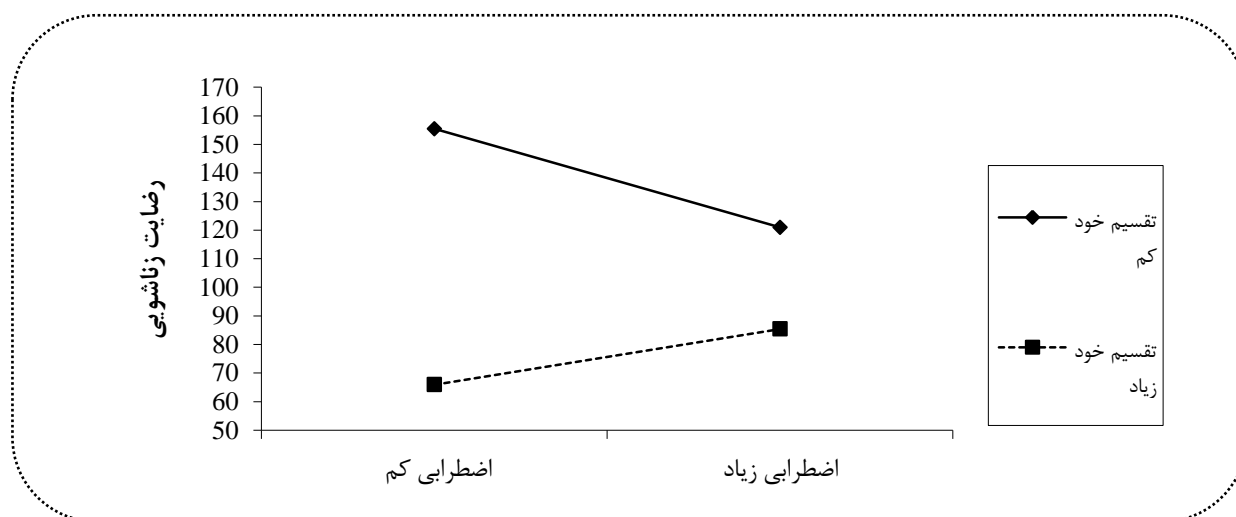
خودخاموشی و تقسیم خود در پیش‌بینی رضایت نقش کاهشی دارند و در متغیر مضروب نمرات استاندارد اضطرابی و این مؤلفه‌ها با توجه به سطح معناداری نقش تعدیل‌گری دارند. به منظور بررسی جهت اثر تعاملی، نمودار خطی میانگین رضایت برحسب دلبستگی اضطرابی در دو گروه خود خاموشی کم و زیاد و تقسیم خود کم و زیاد رسم شده است.

نتایج جدول ۴، بیانگر تأثیر دلبستگی اضطرابی بر رضایت در مدل اول تا هشتم است. در مدل دو و چهار مشخص شده است که درک ظاهری و قربانی کردن در پیش‌بینی رضایت نقش کاهشی و افزایشی دارند در حالی که در متغیر مضروب نمرات استاندارد اضطرابی و این مؤلفه‌ها با توجه به سطح معناداری نقش تعدیل‌گری ندارند. همچنین در مدل ششم و هشتم مشخص شده است که متغیر تعدیل‌گر





نمودار ۱ میزان رضایت بر حسب دلبستگی اضطرابی در خود خاموشی کم و زیاد



نمودار ۲ میزان رضایت بر حسب دلبستگی اضطرابی در تقسیم خود کم و زیاد

اجتنابی با رضایت در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج جدول ۶، تأثیر دلبستگی اجتنابی بر رضایت در مدل اول تا هشتم را نشان می‌دهد. در مدل‌های زوج همه مؤلفه‌های خود‌خاموش‌سازی به عنوان متغیر تعدیل‌گر در پیش‌بینی رضایت نقش کاهشی دارند. در مدل دو و هشت متغیر مضروب نمرات استاندارد دلبستگی اجتنابی و مؤلفه‌های درک ظاهری و تقسیم با توجه به سطح معناداری نقش تعدیل‌گری ایفا نمی‌کنند. در حالی که در مدل چهار و شش متغیر مضروب نمرات استاندارد دلبستگی اجتنابی و مؤلفه‌های قربانی کردن و خودخاموشی با توجه به سطح معناداری نقش تعدیل‌گری دارند.

نتایج نمودار ۱، نشان داد که کاهش رضایت در افراد با خودخاموشی کم بسیار بیشتر از افراد با خودخاموشی زیاد است. نتایج نمودار ۲ نیز بیانگر کاهش رضایت در افراد با تقسیم خود کمتر برخلاف افراد با تقسیم خود زیاد است. این نمودارها نشان‌دهنده وجود یک اثر اضافی علاوه بر اثر معکوس دلبستگی اضطرابی و ابعاد خود‌خاموش‌سازی بر رضایت است که از تأثیر متقابل دلبستگی اضطرابی و این ابعاد شکل می‌گیرد.

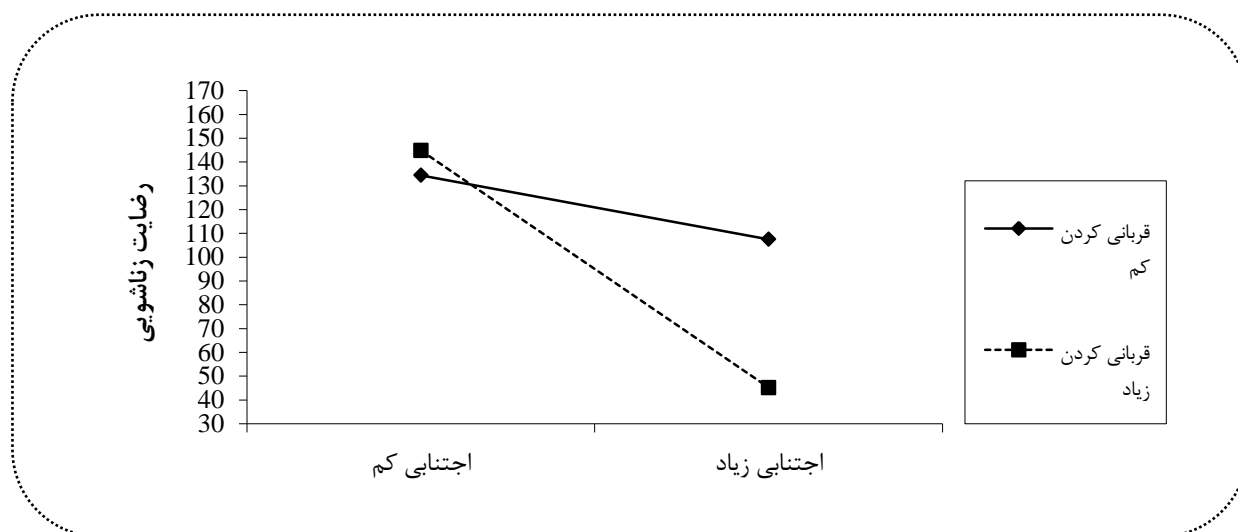
یافته‌ها تحلیل رگرسیون تعدیلی در جهت بررسی نقش تعدیل‌کننده ابعاد خود‌خاموش‌سازی در رابطه دلبستگی

جدول ۵. یافته‌ها تحلیل رگرسیون تعدیلی در جهت بررسی نقش تعدیل‌کننده ابعاد خود خاموش‌سازی در رابطه دلبستگی اجتنابی با رضایت زناشویی

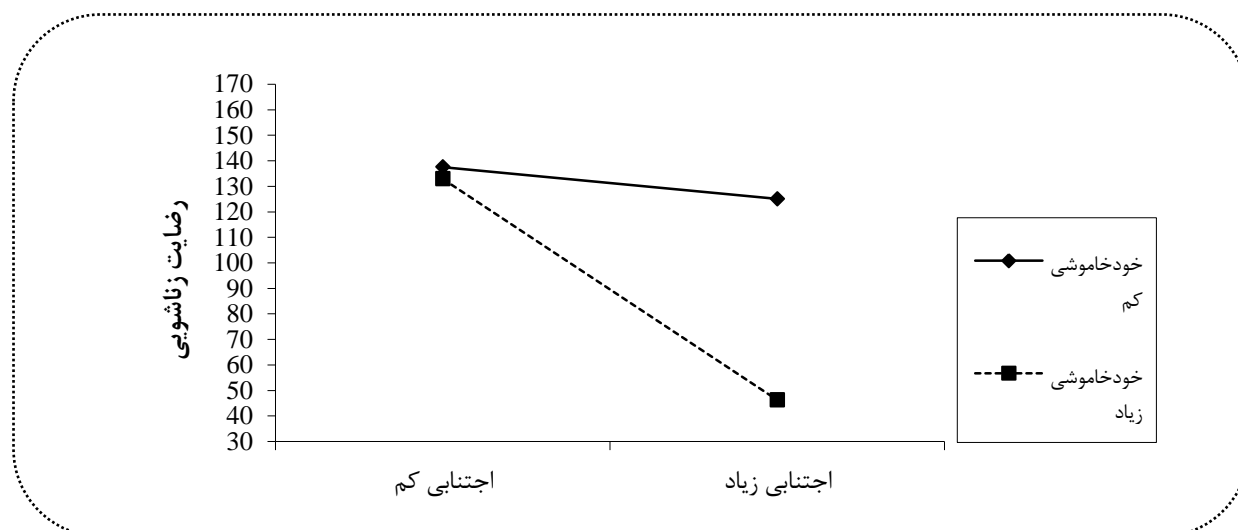
| مدل | متغیرهای پیش‌بین                                     | R     | R2    | R2 تعدیل شده | $\Delta R2$ | $\Delta F$ | P     |
|-----|--|-------|-------|--------------|-------------|------------|-------|
| ۱   | دلبستگی اجتنابی و درک ظاهری                          | ۰/۶۴۵ | ۰/۴۱۶ | ۰/۴۱۲        | ۳۲۷۵۷/۳۱۲   | ۱۰۵/۷۵     | ۰/۰۰۰ |
| ۲   | دلبستگی اجتنابی و درک و اثر تعدیلی درک               | ۰/۶۴۷ | ۰/۴۱۸ | ۰/۴۱۲        | ۲۱۹۴۸/۶۶۳   | ۷۰/۸۸      | ۰/۰۰۰ |
| ۳   | دلبستگی اجتنابی و قربانی کردن                        | ۰/۵۳۹ | ۰/۲۹۰ | ۰/۲۸۵        | ۲۲۸۴۴/۸۹۶   | ۶۰/۶۸      | ۰/۰۰۰ |
| ۴   | دلبستگی اجتنابی قربانی کردن و اثر تعدیلی قربانی کردن | ۰/۵۵۲ | ۰/۳۰۴ | ۰/۲۹۷        | ۱۵۹۸۳/۹۵۶   | ۴۳/۱۸      | ۰/۰۰۰ |
| ۵   | دلبستگی اجتنابی و خود خاموشی                         | ۰/۵۸۸ | ۰/۳۴۶ | ۰/۳۴۱        | ۲۷۲۳۱/۰۶۷   | ۷۸/۴۸      | ۰/۰۰۰ |
| ۶   | دلبستگی اجتنابی و خود خاموشی و اثر تعدیلی خود خاموشی | ۰/۶۰۴ | ۰/۳۶۵ | ۰/۳۵۹        | ۱۹۱۶۴/۵۸۱   | ۵۶/۷۲      | ۰/۰۰۰ |
| ۷   | دلبستگی اجتنابی و تقسیم خود                          | ۰/۷۱۸ | ۰/۵۱۶ | ۰/۵۱۳        | ۴۰۶۲۹/۳۴۵   | ۱۵۸/۲۶     | ۰/۰۰۰ |
| ۸   | دلبستگی اجتنابی و تقسیم خود و اثر تعدیلی تقسیم خود   | ۰/۷۱۸ | ۰/۵۱۶ | ۰/۵۱۱        | ۲۷۰۸۷/۴۵۳   | ۱۰۵/۱۶     | ۰/۰۰۰ |

جدول ۶. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون نقش تعدیل‌کننده ابعاد خود خاموش‌سازی در رابطه دلبستگی اجتنابی با رضایت زناشویی

| مدل | متغیرهای پیش‌بین                | B      | SE   | $\beta$ | T      | P     |
|-----|---------------------------------|--------|------|---------|--------|-------|
| ۱   | اجتنابی                         | -۱۰/۵۳ | ۱/۰۳ | -۰/۴۵   | -۱۰/۲۱ | ۰/۰۰۰ |
|     | درک ظاهری خود                   | -۸/۸۴  | ۱/۰۳ | -۰/۳۸   | -۸/۵۷  | ۰/۰۰۰ |
| ۲   | اجتنابی                         | -۱۰/۵۸ | ۱/۰۳ | -۰/۴۶   | -۱۰/۲۵ | ۰/۰۰۰ |
|     | درک ظاهری خود                   | -۸/۷۱  | ۱/۰۳ | -۰/۳۸   | -۸/۳۹  | ۰/۰۰۰ |
|     | اجتنابی*درک ظاهری از خود        | -۰/۹۲  | ۰/۸۹ | -۰/۰۴   | -۱/۰۲  | ۰/۳۰  |
| ۳   | اجتنابی                         | -۱۲/۴۶ | ۱/۱۳ | -۰/۵۴   | -۱۰/۹۶ | ۰/۰۰۰ |
|     | قربانی کردن خود                 | -۳/۱۸  | ۱/۱۳ | -۰/۱۳   | -۲/۸۰  | ۰/۰۰۵ |
| ۴   | اجتنابی                         | -۱۲/۶۱ | ۱/۱۲ | -۰/۵۵   | -۱۱/۱۷ | ۰/۰۰۰ |
|     | قربانی کردن خود                 | -۳/۴۳  | ۱/۱۳ | -۰/۱۴   | -۳/۰۳  | ۰/۰۰۳ |
|     | اجتنابی*قربانی کردن آگاهانه خود | -۲/۷۳  | ۱/۱۰ | -۰/۱۲   | -۲/۴۷  | ۰/۰۱  |
| ۵   | اجتنابی                         | -۱۰/۱۳ | ۱/۱۲ | -۰/۴۴   | -۹/۰۳  | ۰/۰۰۰ |
|     | خود خاموشی                      | -۶/۵۲  | ۱/۱۲ | -۰/۲۸   | -۵/۸۱  | ۰/۰۰۰ |
| ۶   | اجتنابی                         | -۹/۷۱  | ۱/۱۱ | -۰/۴۲   | -۸/۷۰  | ۰/۰۰۰ |
|     | خود خاموشی                      | -۶/۲۴  | ۱/۱۱ | -۰/۲۷   | -۵/۶۱  | ۰/۰۰۰ |
|     | اجتنابی*خود خاموشی              | -۲/۷۰  | ۰/۹۰ | -۰/۱۴   | -۲/۹۹  | ۰/۰۰۳ |
| ۷   | اجتنابی                         | -۵/۷۵  | ۱/۰۵ | -۰/۲۵   | -۵/۴۵  | ۰/۰۰۰ |
|     | تقسیم خود                       | -۱۲/۹۳ | ۱/۰۵ | -۰/۵۶   | -۱۲/۲۵ | ۰/۰۰۰ |
| ۸   | اجتنابی                         | -۵/۷۵  | ۱/۰۵ | -۰/۲۵   | -۵/۴۳  | ۰/۰۰۰ |
|     | تقسیم خود                       | -۱۲/۹۱ | ۱/۰۷ | -۰/۵۶   | -۱۲/۰۰ | ۰/۰۰۰ |
|     | اجتنابی*تقسیم کردن خود          | -۰/۱۰  | ۰/۸۴ | -۰/۰۰۵  | -۰/۱۱  | ۰/۹۰  |



نمودار ۳. میزان رضایت بر حسب دل بستگی اجتنابی در قربانی کردن آگاهانه خود کم و زیاد



نمودار ۴. میزان رضایت زناشویی بر حسب دل بستگی اجتنابی در خود خاموشی کم و زیاد

اطلاعات این بخش نشان دهنده نقش جنسیت در چگونگی تأثیر ابعاد خود خاموش سازی بر رضایت می باشد. جدول ۷، بیانگر ضرایب متغیر مضروب دل بستگی اضطرابی و اجتنابی در ابعاد خود خاموش سازی در زنان و مردان است. یافته های جدول نشان می دهد، در رابطه دل بستگی اضطرابی و رضایت با توجه به سطح معناداری متغیرهای خود خاموشی و تقسیم خود در مردان نقش تعدیل گری دارند. در رابطه دل بستگی اجتنابی و رضایت نیز با توجه به سطح معناداری فقط متغیرهای قربانی کردن خود و خود خاموشی در زنان نقش تعدیل گری بر عهده دارند.

به منظور بررسی جهت اثر تعاملی، نمودار خطی میانگین رضایت بر حسب دل بستگی اجتنابی در گروه های قربانی کردن کم و زیاد و خود خاموشی کم و زیاد رسم شده است. یافته های نمودار ۳ و ۴ نشان داد، کاهش رضایت در افراد با رفتارهای فداکارانه زیاد بسیار بیشتر از افراد با رفتارهای فداکارانه کم است. نمودارها وجود یک اثر اضافی علاوه بر اثر معکوس دل بستگی اجتنابی و ابعاد خود خاموش سازی بر رضایت را نشان دادند که همان تأثیر متقابل دل بستگی اجتنابی و این ابعاد است.

مقایسه نقش تعدیل کننده ابعاد خود خاموش سازی با در نظر گرفتن جنسیت

جدول ۷. محاسبه ضریب متغیر تعدیلگر با در نظر گرفتن جنسیت

| P     |       | T     |       | متغیر وابسته: رضایت<br>ضرایب استاندارد شده |       | پیش‌بینی‌کننده‌ها          |
|-------|-------|-------|-------|--|-------|----------------------------|
| زن    | مرد   | زن    | مرد   | زن   | مرد   |                            |
| ۰/۳   | ۰/۰۷  | ۱/۰۳  | ۱/۸۰  | ۰/۰۷                                       | ۰/۱۳  | اضطرابی * درک ظاهری از خود |
| ۰/۲۶  | ۰/۶۴  | ۱/۱۲  | ۰/۴۶  | ۰/۰۷                                       | ۰/۰۴  | اضطرابی * قربانی کردن خود  |
| ۰/۲۴  | ۰/۰۰۱ | ۱/۱۶  | ۳/۳۰  | ۰/۰۷                                       | ۰/۲۵  | اضطرابی * خود خاموشی       |
| ۰/۰۷  | ۰/۰۱۳ | ۱/۸۰  | ۲/۵۰  | ۰/۱  | ۰/۱۵  | اضطرابی * تقسیم‌کردن خود   |
| ۰/۰۸  | ۰/۵   | -۱/۷۳ | ۰/۶۷  | -۰/۱۱                                      | ۰/۰۴  | اجتنابی * درک ظاهری از خود |
| ۰/۰۰۶ | ۰/۵۴  | -۲/۷۶ | ۰/۶۱  | -۰/۱۹                                      | ۰/۰۴  | اجتنابی * قربانی کردن خود  |
| ۰/۰۱۲ | ۰/۴۴  | -۲/۵۵ | -۰/۷۵ | -۰/۱۷                                      | -۰/۰۵ | اجتنابی * خود خاموشی       |
| ۰/۶۱  | ۰/۲۱  | -۰/۵  | ۱/۲۴  | -۰/۰۲                                      | ۰/۰۷  | اجتنابی * تقسیم‌کردن خود   |

## بحث و نتیجه‌گیری

(۲۰۲۰) و افشاری (۱۳۹۴) که در رابطه دل‌بستگی اضطرابی با رضایت نتایج هم‌جهت با مطالعه حاضر داشتند؛ ولی هیچ نتیجه معناداری در رابطه دل‌بستگی اجتنابی و رضایت ارائه ندادند [۱۳، ۳۶]. وجود تفاوت‌های فرهنگی را می‌توان از دلایل تبیین به شمار آورد به خصوص در فرهنگ‌های آسیایی که وجود وابستگی بین‌نسلی در رابطه این متغیرها اثر می‌گذارد. از دیگر علل تبیین وجود تفاوت‌های جنسیتی است که مطالعات پاتریک و همکاران (۲۰۰۷م)، کان و همکاران (۲۰۰۷م) و وگنر و همکاران (۲۰۲۰م) بیانگر یافته‌های متفاوتی بودند که جنسیت‌های مختلف با دل‌بستگی ناایمن می‌توانند رضایت کمتری نسبت به یکدیگر داشته باشند که دلیل تفاوت را می‌توان به تفاوت‌های فردی نسبت داد [۳۷-۳۹]. همچنین در رابطه درک ظاهری و رضایت، مطالعات ویفن و همکاران (۲۰۱۷م) و هارپر و والش (۲۰۰۷م)، شلمن و همکاران (۲۰۱۸م) و کرامر و تامز (۲۰۰۳م) نتایجی هم‌راستا با مطالعه حاضر داشتند [۱۷، ۴۰، ۲۱، ۲۴]. علاوه بر این احمد و اقبال (۲۰۱۹م)، نتیجه متفاوتی با توجه به افسردگی آزمودنی‌های خود گزارش دادند که در گروه دارای افسردگی برخلاف گروه بدون افسردگی درک ظاهری و سازگاری زناشویی رابطه منفی و معناداری دارند و درک ظاهری از پیش‌بین‌های اصلی افسردگی است که می‌توان از علل تبیین نبود نقش

در این مطالعه نقش تعدیل‌کنندگی خود خاموش‌سازی در رابطه دل‌بستگی با رضایت افراد متأهل بررسی شده است. در فرآیند آزمون یافته‌ها ضریب همبستگی پیرسون نشان‌دهنده رابطه منفی و معنادار ابعاد دل‌بستگی و خود خاموش‌سازی با رضایت است به جز رابطه بین قربانی کردن خود و رضایت که معنادار نشده است. یافته‌های تحلیل رگرسیون نیز بیانگر این بود که همه متغیرهای پژوهش توانایی پیش‌بینی رضایت در متأهلین را داشتند. تنها ابعاد خود خاموشی و تقسیم خود در رابطه دل‌بستگی اضطرابی با رضایت و ابعاد قربانی کردن و خود خاموشی در رابطه دل‌بستگی اجتنابی و رضایت نقش تعدیل‌گری برعهده دارند. باوجود این که درباره نقش تعدیلی ابعاد خود خاموش‌سازی در رابطه دل‌بستگی و رضایت یافته‌ای پیدا نشده است ولی در رابطه دل‌بستگی اضطرابی/اجتنابی و رضایت، مطالعات جرجندی و همکاران (۱۳۹۴)، حمیدی (۱۳۸۶)، رجایی و همکاران (۱۳۸۶)، عطاری و همکاران (۱۳۹۵) و نوروزی (۱۳۹۴) نتایجی همسو با این مطالعه داشتند که رابطه منفی بین دل‌بستگی ناایمن و رضایت را نشان داده‌اند [۱۴، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۷]. برخی پژوهش‌ها نیز نتایج متناقضی گزارش کردند مانند هانگ و همکاران

ایجاد تناقضی می‌شود که در یافته‌ها نیز مشاهده شده است. یافته پژوهش در رابطه دلبستگی اجتنابی و رضایت همسو با پژوهش‌های نعیم<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱م)، اینمن و لندن<sup>۲</sup> (۲۰۲۱م) می‌باشد که براساس آن‌ها خود‌خاموش‌سازی باعث کاهش رضایت می‌گردد و قربانی کردن خود از ابعاد آن است [۴۲-۴۳]. احمد و اقبال (۲۰۱۹م) عقیده داشتند؛ ارجحیت نیازهای شریک عاطفی بر خود باعث نادیده گرفتن نیازهای شخصی می‌گردد. در نهایت منجر به ایجاد احساس خشم نسبت به شریک عاطفی و کاهش رضایت می‌شود [۲۶]. در اجتنابی‌ها نیز میزان رفتارهای فداکارانه کاهش می‌یابد که کاهش رضایت را به دنبال دارد. از سوی دیگر با توجه به یافته‌های همبستگی و تحلیل رگرسیون خودخاموشی و تقسیم خود پیش‌بین منفی رضایت به حساب می‌آیند. در نتیجه، یافته این مطالعه هم‌جهت با مطالعات ویفن و همکاران (۲۰۰۷م)، هارپر و والش (۲۰۰۷م)، شلمن و همکاران (۲۰۱۸م) و احمد و اقبال (۲۰۱۹م) در افراد افسرده است [۱۷، ۴۰، ۲۱، ۲۶]. در تبیین وجود نقش تعدیل‌گری خودخاموشی در رابطه انواع دلبستگی و رضایت به ارتباط دلبستگی اولیه با الگوهای فکر و رفتار اشاره شده است که خودخاموشی از این الگوها است که روشی برای حفظ روابط است که سرانجام منجر به آشفتگی روانی می‌شود. همچنین خود‌خاموش‌سازی بر عملکرد فردی و بین‌فردی اثر می‌گذارد. به باور تامپسون (۱۹۹۵م) خودخاموشی منجر به کاهش توانایی حل مسئله می‌گردد که افزایش رفتارهای منفی را به دنبال دارد [۴۴]. در نهایت منجر به کاهش رضایت می‌گردد. از طرفی به عقیده پلاتس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۲م)، اجتنابی‌ها به علت ترس از صمیمیت بین خود و دیگران فاصله عاطفی ایجاد می‌کنند که از عوامل اثرگذار بر رابطه است [۴۵]. در مطالعه ویفن و همکاران (۲۰۰۷م)، نیز به طور ویژه به اثر تقسیم خود بر افزایش تعارضات زناشویی اشاره شده است [۱۷]. به منظور تبیین نقش تعدیل‌گری تقسیم خود در رابطه دلبستگی اضطرابی و رضایت می‌توان به نقش دلبستگی به عنوان عامل مؤثر بر رضایت اشاره کرد. از ویژگی برجسته اضطرابی‌ها، ترس از دست دادن است که با

تعدیل‌گری این متغیر در رابطه دلبستگی اضطرابی و رضایت بیان کرد [۲۶]. در واقع درک ظاهری از طریق ایجاد افسردگی و در پیوند با ویژگی‌های شخصیتی بر رضایت اثر می‌گذارد و فرآیند تأثیر آن با دلبستگی اضطرابی تفاوت دارد [۴۱]. به طور کلی درک ظاهری از طریق ایجاد مشکلات سلامت روان بر رضایت اثر می‌گذارد؛ اما دلبستگی اجتنابی با ایجاد ترس از صمیمیت و فاصله از شریک احساسی، نارضایتی زوجین را رقم می‌زند. در نتیجه از علل تبیین نبود نقش تعدیل‌گری این متغیر در رابطه دلبستگی اجتنابی و رضایت ممکن است اثر سلامت روان باشد که اثر تعاملی آن‌ها را خنثی می‌کند. از طرفی رابطه قربانی‌کردن خود و رضایت معنادار نشده است که این یافته با مطالعات شلمن و همکاران (۲۰۱۸م) و کرامر و تامز (۲۰۰۳م) همسو نیست؛ ولی با تکیه بر یافته‌های تحلیل رگرسیون در رابطه دلبستگی اضطرابی و رضایت می‌توان قربانی‌کردن خود را پیش‌بین مثبت رضایت به حساب آورد. در مقابل در رابطه دلبستگی اجتنابی و رضایت، قربانی کردن خود پیش‌بین منفی رضایت است [۲۴، ۲۱]. از نکات قابل ذکر این است که در مواردی به علت اثر دیگر متغیرهای پیش‌بینی‌کننده مانند دلبستگی ناایمن با وجود معنادار نشدن همبستگی بین قربانی‌کردن خود و رضایت، قربانی‌کردن خود قادر است رضایت را در جهت مثبت یا منفی پیش‌بینی کند. همبستگی دلبستگی اجتنابی و قربانی‌کردن خود که برخلاف همبستگی دلبستگی اضطرابی با قربانی‌کردن خود منفی است دلیلی برای تبیین این یافته می‌باشد. همانا اجتنابی‌ها تمایلی به ایجاد رابطه ندارند و دارای نوعی خوداتکایی دفاعی هستند که رفتارهای فداکارانه را در روابطشان کاهش می‌دهد. در مقابل اضطرابی‌ها معمولاً به نیازهای خود ارزشی نمی‌دهند و به منظور خشنودی دیگران نیازهایشان را ارجح می‌دانند. جهت تبیین نبود نقش تعدیل‌گری قربانی‌کردن خود در رابطه دلبستگی اضطرابی و رضایت می‌توان به این اشاره کرد که از ویژگی‌های بارز اضطرابی‌ها تمایل به ایجاد صمیمیت و ترس از طرد است. این افراد جهت کاهش ترس رفتارهای جبرانی انجام می‌دهند؛ مانند فداکاری به منظور کسب تایید شریک عاطفی. اگر این رفتارهای جبرانی وجود نداشته باشد وابستگی در رابطه بی‌معنی می‌شود و از طرفی تأکید بر ارجحیت نیازهای شریک عاطفی بر خود است که باعث

1. Naeem.

2. Inman &amp; London.

3. Platts.

جنسیت، ابعاد خود خاموش‌سازی نقش متفاوتی دارند. در واقع نقش تعدیل‌گری ابعاد خودخاموشی و تقسیم خود مردان و ابعاد قربانی کردن خود و خودخاموشی در زنان معنادار شده است. از این رو می‌توان به جنسیت به عنوان دلیلی برای خود خاموش‌سازی اشاره کرد. به عقیده اوشر و پرز (۲۰۱۰م)، زنان جهت تطبیق با ساختار زن ایده‌آل و مردان به طور ذاتی خود را خاموش می‌کنند [۲۳]. در نتیجه فداکاری در زنان ممکن است دلیل کاهش رضایت آن‌ها باشد؛ اما در مردان ویژگی مثبت است. یافته‌های این مطالعه با مطالعه ویفن و همکاران (۲۰۰۷م) هم‌جهت است. بر اساس آن گرایش مردان به بعد تقسیم خود ممکن است از دلایل معناداری نقش تعدیل‌گری در آن‌ها باشد [۱۷]. به عقیده سویم و همکاران (۲۰۱۰م)، نقش‌های جنسیتی باعث رشد خود خاموش‌سازی در زنان می‌شود [۱۸]. یکی از نیازهای اساسی زنان حفظ رابطه است که با رفتارهای فداکارانه و ارجحیت نیازهای شریک خود برای آن تلاش می‌کنند. از این رو می‌توان نقش‌های جنسیتی در زنان را از دلایل تبیین نقش تعدیل‌کنندگی قربانی کردن خود به حساب آورد. احمد و اقبال (۲۰۱۹م) نشان دادند، نقش‌های جنسیتی با درک ظاهری در زنان نیز ارتباط دارند ولی درک ظاهری در آن‌ها همراه با کاهش عزت نفس و ایجاد نشانه‌های افسردگی و فاصله از شریک احساسی است، از این رو می‌تواند دلیلی برای نبود نقش تعدیل‌کنندگی باشد [۲۶]. سرانجام به عقیده جک و علی (۲۰۱۰م)، خود خاموش‌سازی در زنان برخلاف مردان اغلب با نشانه‌های افسردگی همراه است در نتیجه اختلالات بالینی می‌تواند از عوامل تأثیرگذار در زنان باشد [۴۸]. علاوه بر این وگنر و همکاران (۲۰۲۰م) نشان دادند، جنسیت نقش بسزایی در رابطه دلبستگی ناایمن و رضایت زوجین دارد به طوری که مردان اضطرابی و زنان اجتنابی رضایت کمتری از روابطشان گزارش می‌کنند. در تبیین این موضوع می‌توان به نقش تعدیل‌گری خودخاموشی اشاره کرد [۳۹]، در کل نظریه دلبستگی از چارچوب‌های اصلی جهت پژوهش در روابط عاشقانه است زیرا جوانب مختلف رشد و حفظ و نابودی رابطه را گزارش می‌کند. از طرفی خود خاموش‌سازی، طرح‌واره شناختی برای حفظ روابط است که گاهی باعث آسیب به آن می‌شود. در واقع دلبستگی اضطرابی، باعث ترس از طرد و تلاش برای حفظ رابطه است. مطالعات نشان داده‌اند،

خود خاموش‌سازی رابطه دارد. به عقیده هارپر و همکاران (۲۰۰۶م) افراد برای حفظ روابطشان نظرات خود را ابراز نمی‌کنند که منجر به فقدان خود می‌شود [۴۶]. از این رو خودساختگی را به نمایش می‌گذارند که منجر به شکل‌گیری یک رابطه ساختگی نیز می‌شود و بر رضایت اثرگذار است. همچنین توسط نظریه ارتباط خود می‌توان این مسئله را در زنان تبیین کرد. بر اساس این نظریه در جوامع مردسالار، زنان جهت سازگاری با استانداردهای خارجی خود را خاموش می‌کنند که در نتیجه خود واقعی‌شان کمرنگ می‌شود. در مطالعه والر و همکاران (۲۰۰۲م) نیز رابطه سرکوب خشم و نمایش خود ظاهری و باورهای بنیادین ناسالم به طور مثال نیاز بیش از اندازه به حمایت و ترس از طرد که از ویژگی اضطرابی‌هاست، بررسی شده است [۴۷]. افزون بر این نتایج مطالعه در رابطه تقسیم خود و رضایت با مطالعه هارپر و همکاران (۲۰۰۶م) هم‌جهت است [۴۶]. از دلایلی که افراد نیازهایشان را سرکوب می‌کنند؛ ترس از آسیب به روابط بین‌فردی است که بر سلامت روانشان اثر می‌گذارد. این سرکوب احساسات منجر به ایجاد خود ظاهری در افراد می‌شود که آن‌ها را نسبت به انواع مشکلات بین‌فردی آسیب‌پذیر می‌کند. در حقیقت اجتنابی‌ها، با هدف ایجاد فاصله عاطفی بین خود و شریک احساسی برای دفع آسیب‌های بین‌فردی خود را خاموش می‌کنند که کاهش رضایت را به دنبال دارد؛ اما تقسیم خود در افراد با اثرگذاری بر سلامت روان و ایجاد اختلالات خلقی منجر به کاهش رضایت می‌گردد. در پایان نتیجه به دست آمده را می‌توان به مشکلات اضطرابی و سلامت روان افراد نسبت داد که باعث خنثی کردن اثر تعاملی متغیرها بر رضایت زناشویی شده است.

در نهایت نتایج مطالعه در جهت تأیید نقش تعدیل‌کنندگی متغیرهای خودخاموشی و تقسیم خود در رابطه دلبستگی اضطرابی و رضایت و متغیرهای قربانی کردن خود و خودخاموشی در رابطه دلبستگی اجتنابی و رضایت بیانگر این بود که رابطه انواع دلبستگی و رضایت در سطوح مختلف این متغیرها ثابت نیست.

#### مقایسه نقش تعدیل‌کننده ابعاد خود خاموش‌سازی با در نظر گرفتن جنسیت

یافته‌های این پژوهش بیانگر این است که باتوجه‌به

## منابع

- ۱- باقری ز، صمصام م. اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت و رضایت در زنان خیانت دیده. [کنفرانس بین المللی روان شناسی علوم تربیتی و رفتاری]. ۱۳۹۵.
- ۲- رحیم نهال ز، دهقان ز. بررسی رابطه دلبستگی با تعارضات زناشویی و روابط فرازناشویی در زوجین خانه های سلامت تهران: [کنگره آسیب شناسی خانواده]؛ ۱۳۹۳.
- ۳- فاضل ا، حق شناس ح، کشاورز ز. قدرت پیش بینی ویژگی های شخصیتی و سبک زندگی بر رضایت زوجی زنان پرستار شیراز. *فصلنامه زن و جامعه*. ۱۳۹۰؛ ۲ (۷).  
<http://noo.rs/OMlkp>
- ۴- عباسی ل، آزاد فلاح پ، فتحی آشتیانی ع، فراهانی ح. ارتباط بین ابعاد روابط موضوعی و رضایت زناشویی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۰؛ ۱۹ (۱): ۸۱-۹۲.  
<http://noo.rs/bnCFY>
- ۵- قاضیان م، بشارت م، رضازاده س. رابطه دلبستگی و سازگاری زوجین باتوجه به نقش تعدیل کننده مزاج عاطفی. *پژوهش های کاربردی روانشناختی*. ۱۳۹۸؛ ۱۰ (۱): ۴۳-۶۱.  
<https://doi.org/10.22059/japr.2019.258348.642852>
- ۶- اسدزاده ن، ممبینی الف، بریحه بریهی ه. سبک های دلبستگی و رضایت زناشویی در دانشجویان زن و مرد. [ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران]، تهران: ۱۳۹۶.  
<https://dori.net/dor/20.1001.1.27173852.1401.17.68.12.6>
- ۷- نوروزی. رابطه دلبستگی بزرگسالان و رضایت با واسطه گری ناگویی هیجانی. ۱۳۹۴.
- 8- Kawamoto T. The moderating role of attachment on the relationship self-concept clarity and self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 2020; 152.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2019.109604>
- 9- Johnson S, Makinen J, Millikin J. Attachment injuries in couple relationships: a new perspective on impasses in couples therapy. *marital and family therapy*. 2001; 27(2): 145-155.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2001.tb01152.x>

افرادی با ترس از طردشدگی برای حفظ رابطه دست به خود خاموش سازی می زنند. از این رو خود خاموش سازی وسیله ای برای حفظ روابطی است که کاهش رضایت افراد، هزینه آن است. از طرفی دلبستگی اجتنابی باعث تلاش جهت استقلال و حفظ فاصله عاطفی به وسیله محدود کردن عواطف می شود. در نهایت خود خاموش سازی باعث طرد می شود و بر رضایت اثر می گذارد.

در سطح نظری نتایج مطالعه باعث شناخت اثر دلبستگی و خود خاموش سازی در میزان رضایت می شود. همچنین در سطح عملی فرصتی برای طراحی مداخلات بالینی زوج درمانگران به وجود می آورند که به وسیله درمان های مبتنی بر شناخت و کاهش خود خاموش سازی باعث افزایش رضایت در روابط زوجین پرخطر می شوند. درمانگران نیز از طریق تغییر دلبستگی می توانند بر میزان رضایت اثر بگذارند. از طرفی رضایت بر عملکرد مطلوب خانواده و سلامت آن تأثیر دارد، از این رو بررسی دلبستگی و خود خاموش سازی زوجین پیشنهاد می شود. از طرفی محدودیت هایی نیز بر نتایج مطالعه تأثیر داشته اند از جمله: تعداد پرسش های زیاد پرسش نامه ها که منجر به افزایش زمان پاسخ و خستگی آزمودنی ها شده اند. همچنین فقط از پرسش نامه به عنوان ابزار استفاده شده است که نوعی ابزار خودسنجی است. از این رو امکان دارد آزمودنی ها گاهی پاسخ های غیردقیقی داده باشند. از طرفی توسط پرسش نامه تجارب مربوط به روابط نزدیک تنها سنجش ابعاد اضطراب و اجتناب امکان پذیر است در نتیجه بهتر است در سنجش دلبستگی از سایر پرسش نامه های موجود استفاده شود. همچنین در این مطالعه به منظور بیشتر بودن واریانس و تحلیل سنین مختلف، اثر سن بررسی نشده است. علاوه بر این پژوهشگر پس از بررسی پیشینه و انجام مطالعه حاضر موضوعاتی را برای سایر پژوهشگران پیشنهاد می نماید که عبارتند از: اجرا پژوهش در فرهنگ های مختلف و مقایسه یافته های آن ها؛ (زیرا فرهنگ اهمیت بسزایی در میزان خود خاموش سازی دارد) پژوهش در گروه های مختلف سنی به کسب یافته های دقیق تر کمک می کند؛ در نهایت، با در نظر گرفتن ارتباط افسردگی با خود خاموش سازی، پیشنهاد می شود رابطه این متغیرها در گروه های افراد دارای اختلال افسردگی و بدون این اختلال بررسی شود.

- 19-Jack DC, Dill D. The Silencing the Self Scale: Schemas of Intimacy Associated With Depression in Women. *Psychology of Women Quarterly*. 1992; 16(1).  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1471-6402.1992.tb00242.x>
- 20-Hurst RJ, Beesley D. Perceived Sexism, Self-Silencing, and Psychological Distress in College Women. *Sex Roles*. 2012; 68(5-6): 311-320.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11199-012-0253-0>
- 21-Shulman S, Norona JC, Scharf M, Ziv I, Welsh DP. Changes in Self-Silencing From Adolescence to Emerging Adulthood and Associations With Relationship Quality and Coping With Relationship Stressors. *Relationships Research*. 2018. <https://doi.org/10.1017/jrr.2018.20>
- 22-Little KC, Deborah P, Welsh ND, Rachel MH. "Brief Report:I Can't Talk About It: Sexuality And Self-silencing As Interactive Predictors Of Depressive Symptoms In Adolescent Dating Couples. *Adolescence*. 2011; 34(4): 789-794.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.006>
- 23-Ussher JM, Perz J. Gender Differences in Self-Silencing and Psychological Distress in Informal Cancer Carers. *Psychology of Women Quarterly*. 2010; 34(2).  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01564.x>
- 24-Cramer KM, Thoms N. Factor structure of the Silencing the Self Scale in women and men. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(3): 525-535.  
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00216-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00216-7)
- 25-Besser A, Flett GL, Davis RA. Self-criticism, dependency, silencing the self, and loneliness: a test of a mediational model. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(8): 1735-1752.  
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00403-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00403-8)
- 26-Ahmed F, Iqbal H. Self-Silencing and Marital Adjustment in Women With and Without Depression. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 2019; 34(2).  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.33824/PJPR.2019.34.2.17>
- ۲۷-منصوری ن، کیمیایی س ع، مشهدی ع، منصوری ا. اثربخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویت و حل مسئله خانواده. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۱): ۵۱-۶۰.  
<https://doi.org/10.22070/14.1.51>
- ۱۰- خجسته‌مهر ر، احمدی م، سودانی م. نقش تعدیل‌کننده تعهد دینی در رابطه دلبستگی ناایمن و صمیمیت زناشویی. *روانشناسی معاصر*. ۱۳۹۳؛ ۹ (۱): ۴۳-۵۴.  
<http://noo.rs/O835Q>
- 11-Young S K. Self-silencing as a mediator and moderator of adult attachment and disordered eating attitudes ". *Retrospective Theses and Dissertations*. 2006; 867. Microsoft Word - 62936-1165285315-Young\_Thesis\_Final\_Formatted
- 12-Knoke J, Bureau J, Roehrl B. Attachment, Loneliness, Quality, and Stability of Marital Relationships. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2010; 51(5): 310-325.  
<https://doi.org/10.1080/10502551003652017>
- 13-Huang CY, Sirikantraporn S, Pichayayothin NB, Turner-Cobb JM. Parental Attachment, Adult-Child Romantic Attachment, and Satisfaction: An Examination of Cultural Context in Taiwanese and Thai Heterosexual Couples. *Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(3): 692.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17030692>
- ۱۴- جرجندی ع، دستوری م، جرجندی ز. بررسی رابطه دلبستگی با رضایت دانشجویان. [کنفرانس سالانه رویکردهای نوین پژوهشی در علوم انسانی]. تهران: ۱۳۹۴.
- ۱۵- زرنندی ع، رضایی ع. الگوی رضایت بر پایه دلبستگی: نقش میانجی‌گری ترس از صمیمیت و مؤلفه‌های همدلی. [ششمین کنگره روانشناسی ایران]. تهران: ۱۳۹۶.
- 16-Wiebe SA, Johnson SM, Lafontaine MF, Burgess Moser M, Dalgleish TL, Tasca GA. Two-Year Follow-up Outcomes in Emotionally Focused Couple Therapy: An Investigation of Relationship Satisfaction and Attachment Trajectories. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2016; 43(2): 227-244.  
<https://doi.org/10.1111/jmft.12206>
- 17-Whiffen, VE, Foot ML, Thompson, JM. Self-silencing mediates the link between marital conflict and depression. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2007; 24(6): 993-1006.  
<https://doi.org/10.1177/0265407507084813>
- 18-Swim, JK, Eysell KM, Murdoch EQ, Ferguson MJ. Self-Silencing to Sexism. *Journal of Social Issues*. 2010; 66(3): 493-507.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.2010.01658.x>



- ۳۶- افشاری ز، موتابی ف، پناغی ل. نقش واسطه‌ای روانسازیه‌های ناسازگار اولیه در رابطه سبک‌های دلبستگی و رضایت زناشویی. *روانشناسی خانواده*. ۱۳۹۴؛ ۲(۱): ۵۹-۷۰.  
<http://noo.rs/pXGIQ>
- 37-Patrick S, Sells JN, Giordano FG, Tollerud TR. Intimacy, differentiation and personality variables as predictors of satisfaction. *The Family Journal*. 2007; 15(4): 359-367.  
<https://doi.org/10.1177/1066480707303754>
- 38-Kane H, Jaremka L, Gichard A. Feeling supported and satisfied: How one partner's attachment predicts the other partner's relationship experiences. 2007.
- 39-Wagner SA, Mattson RE, Davila J, Johnson MD, Cameron NM. Touch me just enough: The intersection of adult attachment, intimate touch, and satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2020; 37(6): 026540752091079.  
<https://doi.org/10.1177/0265407520910791>
- 40-Harper MS, Welsh DP. Keeping quiet: Self-silencing and its association with relational and individual functioning among adolescent romantic couples. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2007; 24(1): 99-116.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0265407507072601>
- 41-Shouse SH, Nilsson J. Self-silencing, emotional awareness, and eating behaviors in college women. *Psychology of Women Quarterly*. 2011; 35(3): 451-457.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0361684310388785>
- 42-Naeem B, Aqeel M, Santos Z. Marital Conflict, Self-Silencing, Dissociation, and Depression in Married Madrassa and Non-Madrassa Women: A Multilevel Mediating Model. *Nature-Nurture Journal of Psychology*. 2021; 1(2): 1-11.  
<http://dx.doi.org/10.53107/nnjp.v1i2.11>
- 43-Inman, E, London B. Self-silencing Mediates the Relationship Rejection Sensitivity and Intimate Partner Violence. *Interpersonal Violence*. 2021.
- 44-Thompson JM. Silencing The Self. *Psychology of Women Quarterly*. 1995; 19(3): 337-353.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00079.x>
- ۲۸- سپهوند ت، رسول زاده س، بشارت م، الهیاری ع. مقایسه مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خودتنظیم‌گری - دلبستگی با مدل غنی‌سازی زناشویی انریچ در افزایش رضایت و بهزیستی روان شناختی زوجین. *روانشناسی معاصر*. ۱۳۹۳؛ ۹(۱): ۵۵-۷۰.  
<http://noo.rs/ACzK9>
- ۲۹- رجبی غ، ملک‌محمدی ف، امان‌الهی‌فرع، سودانی م. خود انتقادی، جهت‌گیری مذهبی درونی، افسردگی و احساس تنهایی با میانجی‌گری خودخاموشی دانشجویان در رابطه‌ی رمانتیک: یک مدل تحلیل مسیر. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۳۹۴؛ ۱۷(۶): ۲۸۴-۲۹۱.  
<https://civilica.com/doc/1798672/>
- 30-Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Personality and Social Psychology*. 2000 Feb; 78(2): 350-65.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.2.350>
- ۳۱- پناغی ل، ملکی ق، ذبیح‌زاده ع، پشت‌مشهدی م، سلطانی‌نژاد ز. روایی، پایایی و ساختار عاملی مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک (ECR). *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۲؛ ۱۹(۴): ۳۰۵-۳۱۳.  
Maleki.Winter 7-
- ۳۲- شکرکن ح، خجسته‌مهر غ، عطاری ی. بررسی ویژگی‌های شخصیتی، مهارت‌های اجتماعی، دلبستگی و جمعیت شناختی به عنوان پیش‌بین‌های موفقیت و شکست رابطه در زوجین متقاضی طلاق و عادی اهواز. *علوم تربیتی و روانشناسی*. ۱۳۸۵؛ ۱۳(۱۳): ۱۳۸۵.  
<http://noo.rs/lv9bV>
- ۳۳- حمیدی ف. بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با رضایتمندی زناشویی در دانشجویان متأهل دبیری. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۱۳۸۶؛ ۳(۹): ۶۳-۸۲. رابطه بین سبک‌های دلبستگی، تعهد زناشویی و رضایتمندی زناشویی در دانشجویان متأهل دانشگاه علامه طباطبایی
- ۳۴- رجایی ع، نیری م، صداقتی ش. سبک‌های مختلف دلبستگی و رضایتمندی زناشویی. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*. ۱۳۸۶؛ ۳(۱۲): ۳۴۷-۳۵۶.  
<http://noo.rs/u1mlN>
- ۳۵- عطاری ی، عباسی الف، مهرابی زاده م. بررسی روابط ساده و چندگانه نگرش مذهبی، خوش‌بینی و دلبستگی با رضایت دانشجویان مرد متأهل دانشگاه شهید چمران اهواز. *علوم تربیتی و روانشناسی شهید چمران اهواز*. ۱۳۸۵؛ ۱۳(۱): ۸۸-۱۰۳.  
<http://noo.rs/EvGhq>

- 47-Waller G, Babbs M, Milligan R, Meyer C, Ohanian V, Leung N. Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2003 Jul; 34(1): 118-24. <https://doi.org/10.1002/eat.10163>
- 48-Jack DC, Ali A. Introduction: Culture, Self-Silencing and Depression: A Contextual-Relational Perspective. In *Silencing the Self Across Cultures: Depression and Gender in the Social World: Depression and gender in the social world* Oxford University Press. 2010.
- 45-Platts H, Tyson M, Mason O. Adult attachment style and core beliefs: Are they linked?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2002; 9(5): 332-348. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/cpp.345>
- 46-Harper MS, Dickson JW, Welsh DP. Self-Silencing and Rejection Sensitivity in Adolescent Romantic Relationships. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006; 35(3): 435-443. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10964-006-9048-3>

# مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فرا هیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی

نویسندگان

فاطمه دافعیان<sup>۱\*</sup>، زهرا یوسفی<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکترا روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان،

اصفهان، ایران. z.yousefi@khuif.ac.ir

چکیده

**مقدمه:** سوء استفاده جنسی از کودکان و نوجوانان یکی از نگرانی‌های مهم بهداشت عمومی است که طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب اجتماعی - فرهنگی - خانوادگی را به همراه دارد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فراهیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی بود.

**روش:** این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه با مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمام دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۴۵ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و سپس با جایگزینی تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی فراهیجان میتنسگرابر (۲۰۰۹م) و پرسش‌نامه استحکام روانی کلاف و همکاران (۲۰۰۲م) بود. گروه آزمایش نخست تحت آموزش ده جلسه‌ای مهارت‌های خودتعیین‌گری پروتکل فیلد و هافمن (۱۹۹۴م) و گروه آزمایش دوم تحت آموزش هشت جلسه‌ای درمان عاطفه‌هراسی پروتکل مک کالو (۲۰۰۳م) قرار گرفتند. گروه گواه نیز در لیست انتظار قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از SPSS-23 و روش آماری تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد، میانگین سنی در گروه آموزش مهارت خودتعیین‌گری، عاطفه‌هراسی و گروه گواه، به ترتیب ۱۵/۲، ۱۶/۵ و ۱۵/۷ بود که اعضای هر سه گروه با هم قابل قیاس و همگن بودند. همچنین یافته‌ها نشان داد، هر دو مداخله آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی در افزایش فراهیجان مثبت و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده‌اند ( $P < 0/05$ )؛ اما فقط درمان عاطفه‌هراسی در بهبود فراهیجان منفی مؤثر است. بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در اثربخشی درمان بر فراهیجان و استحکام روانی افراد وجود داشت و درمان عاطفه‌هراسی نسبت به آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری اثربخش‌تر بوده است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت؛ این دو روش درمانی (درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت خودتعیین‌گری) در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی مؤثر محسوب می‌شوند و درمان عاطفه‌هراسی در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی فراهیجان و استحکام روانی این افراد مؤثرتر است؛ لذا از این درمان‌ها می‌توان به عنوان مکمل جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی به کار گرفته شوند.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۵/۰۴



کلیدواژه‌ها

استحکام روانی، سوء استفاده جنسی، عاطفه‌هراسی، فراهیجان، مهارت‌های خودتعیین‌گری.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

fatemehdafiyan1377@gmail.com

## مقدمه

هیجان‌های خود و بهزیستی بالاتر می‌باشد [۱۰]. از این رو، راهبردهای فراشناختی هیجان، بر نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا، تأثیر می‌گذارد [۱۱]. هنگامی که فرد با یک موقعیت رو به رو می‌شود، نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را داشته باشد تا هیجان‌های خود را کنترل کند [۱۲].

یکی دیگر از سازه‌های همگام با سلامت روان‌شناختی نوجوانان آسیب‌دیده سوءاستفاده جنسی، استحکام روانی است. استحکام روانی مجموعه‌ای از نگرش‌ها، احساسات و رفتارهایی تعریف شده است که شما را قادر می‌سازد با پشتکار و تلاش بر هر گونه مانع، سختی یا فشاری غلبه کنید و فرد توانایی افزایش برتری خود در لحظات بحرانی را دارد [۱۳]. در واقع، استحکام روانی، توانایی دستیابی به اهداف شخصی در برابر فشار طیف وسیعی از عوامل استرس‌زا است که فرد با وجود چالش‌های روزمره و همچنین نگرانی‌های قابل ملاحظه، سطح بالایی از همسانی را از لحاظ ذهنی به نمایش می‌گذارد [۱۴]. کلاف<sup>۱</sup> و همکاران استحکام روانی را دارای چهار مؤلفه اصلی می‌دانند: ۱. کنترل: نشان‌دهنده این واقعیت است که فرد بر احساسات و اعمال خود کنترل کافی دارد؛ ۲. تعهد: به این معنا که فرد با تمام وجود خود کارها را به نحو احسن انجام می‌دهد؛ ۳. چالش: شخص مشکلات زندگی را فرصت‌هایی برای پیشرفت خود تلقی می‌کند و ۴. اعتماد به نفس: داشتن ارتباطات بین فردی و ایمان به توانایی‌های خود است [۱۵]. در واقع، استحکام روانی یک مکانیزم دفاعی در واکنش به عوامل تنش‌زا است و به افراد این فرصت را می‌دهد که به صورت فعالانه در مقابل شرایط گوناگون بهترین تصمیم و عملکرد را از خود به نمایش بگذارند. مک‌کریک، ولفسون و نیو<sup>۲</sup> نشان دادند که افراد دارای استحکام روانی بالاتر قادرند در شرایط خاص، آرام و راحت باقی بمانند و سطوح اضطراب پایین‌تری را نسبت به دیگران تجربه کرده و تصمیم‌گیری بهتری داشته باشند [۱۶].

تحقیقات و ادبیات بالینی نشان داده است که دخترانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، بیش از دخترانی که قربانی خشونت نبوده‌اند، سابقه بدتنظیمی هیجان‌های منفی نظیر خشم و شرم [۱۷]، افسردگی و صدمه به خود [۱۸]،

کودکان و نوجوان سرمایه‌های پر برکت امروز و فردای هر جامعه‌ای هستند و سلامت روان آن‌ها از ارکان اصلی هر جامعه‌ای است [۱]. آزار و سوءاستفاده جنسی یک مشکل عمده است که تمام کودکان و نوجوانان را دربرمی‌گیرد. مطالعات تخمین زده‌اند که از هر ۱۰ فرد زیر ۱۸ سال، ۱ فرد مورد آزار جنسی قرار می‌گیرد که نسبت آن در دختران ۱ به ۷ و در پسران ۱ به ۲۵ است [۳ و ۲]. سوءاستفاده از کودکان و نوجوانان یک مشکل جهانی است که شیوع آن در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته بیشتر است [۴] و عواقب جدی و مادام‌العمر با خود به همراه دارد که می‌تواند تأثیرات روانی، شناختی، رفتاری، اجتماعی و عصب‌شناختی زیادی را بر کودکان و نوجوان به جای گذارد [۵]. به عنوان مثال، افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی، وابستگی به مواد، رفتارهای پرخطر جنسی از جمله پیامدهای ناشی از سوءاستفاده جنسی از کودکان و نوجوانان هستند [۶]. در واقع، سوءاستفاده از کودکان و نوجوانان در همه اشکال باعث کاهش حس خود ارزشمندی در فرد شده و در عین حال رشد اجتماعی، هوشی، تحصیلی و خودمختاری فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۷]. در مطالعه‌ای قاضی‌زاده و همکاران [۸] نشان دادند، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند بر بهبود نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی اثرگذار باشد.

یکی از پیامدهای مهم در افرادی که دچار سوءاستفاده جنسی شده‌اند، تجربه هیجان‌های منفی دردناک ناشی از رویداد تروماتیک است. منظور از فراهیجان، هیجان‌هایی هستند که در مورد هیجان‌های خود داریم. به عبارتی، فراهیجان، آگاهی از مجموعه‌ای از هیجان‌ها یا احساس‌های فرد است که برای توصیف خود از آن‌ها استفاده می‌کنیم. این سازه‌های هیجانی را در برمی‌گیرد که در پاسخ به هیجان‌های دیگر رخ می‌دهد [۹]. فراهیجان‌ها به دو بعد مثبت (شامل فراشفقت و فراعلاقه) و فراهیجان منفی (شامل فراخشم، فراشرم، فراکنترل فکر و فرابازداری هیجان) تقسیم می‌شود. به عنوان مثال، فراخشم و فراضطراب، ناتوانی فرد در پذیرش هیجان‌های خود را منعکس می‌کند و فراهیجان مثبت مثل فراعلاقه، بیانگر قابلیت فرد در پذیرش

1 . Clough.

2 . McCarrick, Wolfson & Neave.

[۲۶]. پژوهشگران نشان دادند، آموزش خودتعیین‌گری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و انگیزش درونی افراد، تأثیر معنی‌داری دارد [۲۷] و [۲۸]. در مطالعه‌ای تحت‌عنوان؛ مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران روانی مزمن، نشان داده شد که این دو درمان می‌تواند بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی این افراد بسیار مؤثر باشد [۲۹]؛ اما اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بیشتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری است و نیز در پژوهشی دیگر نشان داده شد که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر بهبود نیازهای روان‌شناختی بنیادی دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده تأثیر معناداری دارد [۳۰]؛ بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از درمان خودتعیین‌گری که به دنبال آن است که توانمندی و مهارت افراد را در مواجهه با چالش‌های زندگی افزایش دهد، برای دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی که پس از تجربه آسیب، احساس نداشتن کنترل بر امور زندگی و تعهد نسبت به آن را دارد و ممکن است درگیر بدتنظیمی هیجانی و افزایش تجربه هیجانات منفی شوند، حائز اهمیت باشد.

همچنین یکی دیگر از درمان‌هایی که تمرکز جدی بر بیان و تجربه رویدادهای تروماتیک زندگی در روش درمانی خود دارد، درمان عاطفه‌هراسی است که توسط مک کالو<sup>۲</sup> و همکاران [۳۱] توسعه داده شده است. در عاطفه‌هراسی، تمرکز بر شناخت، تجربه، درک و در نهایت ابراز عواطف سازگار است. بیماران به تدریج در معرض احساساتی که از آنها اجتناب می‌کنند، قرار می‌گیرند و به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا احساساتی را که در زندگی بیش از حد حاکم است را بهتر تنظیم کنند. هدف از درمان این است که بیمار بیشتر از قبل، احساسات خود را به سمت یک خزانه جدید رفتار سازگار هدایت کند [۳۲].

درمان عاطفه‌هراسی ضمن بهره‌گیری از دستاوردهای مختلف علوم پویشی، شناختی و رفتاری برای حل تعارض افراد علاوه بر توصیف و حساسیت‌زدایی عواطف بازدارنده، تجربه‌کردن و بهره‌مندی از عواطف انطباقی، به علت سنخیت مناسب با خلق و خوی بشری، شیوه اصلی درمان

تصویر ذهنی منفی و عزت نفس پایین [۱۹] و کاهش تجربه هیجانات مثبت [۲۰] را دارند. قربانیان تجربه سوءاستفاده جنسی در کودکی و نوجوانی، پیامدهای بهداشت روانی بسیار متفاوتی را در بزرگسالی تجربه می‌کنند که باعث شکل‌گیری احساس کنترل‌نداشتن بر روی شرایط و موقعیت‌های مختلف زندگی می‌شود [۲۱]. این احساس کنترل‌نداشتن، با ایجاد احساس ناتوانی علائم متوسط تا شدیدی را در فرد ایجاد کند. تأکید بر شناخت فراهیجان‌های مثبت و منفی و بهبود مؤلفه‌هایی نظیر تعهد، توانایی کنترل بر روی زندگی، اعتماد به توانایی‌ها و به‌طور کلی افزایش استحکام روانی این افراد می‌تواند در حل مشکلات روان‌شناختی آن‌ها کمک کننده باشد [۲۲].

قربانیان سوء استفاده جنسی در زمینه‌های آگاهی و ادراک هیجانات و استحکام ابعاد روانی خود نیازمند توجه و آموزش هستند. در این زمینه، برخی از برنامه‌های آموزشی می‌تواند در بهبود توانمندی‌های شناختی و هیجانی این افراد مثرتر باشد. یکی از مهم‌ترین درمان‌ها، برنامه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری [۲۳] می‌باشد. فایلد و هافمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۵م) خودتعیین‌گری را توانایی تشخیص و کسب هدف بر مبنای شناخت و ارزشمند دانستن خود تعریف می‌کنند. بر طبق تئوری خودتعیین‌گری، همه رفتارها با ملاحظه میزان احساس خودمختاری یا خودتعیین‌گریشان تغییر می‌کنند و متفاوت هستند؛ تفاوت‌هایی که با نتایج کارکردی متفاوت، در ارتباط است [۲۳]. چراکه یکی از فرضیات خودتعیین‌گری این است که رفتارها می‌توانند در یک ردیف متوالی از احساسات برای حس خودمختاری کامل و خودتعیین‌گری تا کنترل کامل و عدم خودتعیین‌گری قرار بگیرند [۲۴].

خودتعیین‌گری در واقع مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت‌هایی است که از محیط‌های خانه و اجتماعی ناشی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد در زندگی به‌طور مستقل، تصمیم‌گیری کرده و مشکلات خود را حل و فصل نمایند [۲۵]. این آموزش می‌تواند با تحت‌تأثیر قرار دادن مفاهیم مختلف روان‌شناختی از جمله افکار خودآیند منفی، استحکام روانی، حل مسئله و ادراک هیجانات مثبت و منفی، روان انسان‌ها را تحت‌تأثیر قرار داده و بهبود ببخشد

2. McCullough.

1. Failed & Hafman.

(عوامل هیجانی یا عوامل شناختی - رفتاری) بیشتر در ایجاد مشکلات روان‌شناختی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی دخیل هستند که با تغییر آن عوامل بتوان در جهت افزایش سلامت روان‌شناختی آنان گام برداشت.

با توجه به اهمیت آنچه گفت شد، این مطالعه در نظر دارد تا اثربخشی دو روش درمانی آموزش مهارت خودتعیین‌گیری و درمان عاطفه‌هراسی را بررسی نماید؛ بنابراین مسئله پژوهشی این است که آیا آموزش مهارت خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر بهبود فرا هیجان و استحکام روانی دختران نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی مؤثر است؟ و آیا تفاوتی بین این دو روش وجود دارد؟

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه با مرحله پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دختران نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله با تجربه سوءاستفاده جنسی مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی روان‌درمانی بهزیستی در شهر اصفهان تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از دختران نوجوان با سابقه سوءاستفاده جنسی شهر اصفهان بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به کلینیک‌های تحت نظر سازمان بهزیستی شهر اصفهان، انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری، نخست با افراد داوطلبی که توسط مراکز معرفی شده بودند، مصاحبه و پرسش‌نامه‌های فرایهجان و استحکام روانی به عنوان ابزار غربالگری اجرا شد. در گام بعدی با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و پاسخ‌گویی به پرسش‌های پرسش‌نامه‌های مدنظر، تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه با توجه به سطح آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۵، اندازه اثر ۰/۳۹ و تعداد هر گروه ۱۵ نفر بر اساس نرم افزار G-power محاسبه شد.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت از: ۱. داشتن سابقه تجربه سوءاستفاده جنسی؛ ۲. رضایت کتبی آگاهانه از نوجوان و والدین آن‌ها جهت تمایل به مشارکت در پژوهش؛ ۳. نداشتن بیماری جسمی حاد؛ ۴. پرسش‌نامه‌هایی که

خود قرار داده است. این نوع درمان هیجان محور با ارائه تکنیک‌ها و راهکارهایی مؤثر نقش مهمی در تجربه و تنظیم عواطف دارد [۳۳].

اصول رفتاری مورد استفاده در این روش قرار گیری در معرض محرک‌ها و جلوگیری از پاسخ برای احساسات زدایی هراس عاطفی است. برای کمک به بیماران در بروز عاطفه، خاطرات عاطفی خاص از گذشته انتخاب می‌شوند [۳۴]. درمانگر صحنه‌ها را به صورت ذهنی ایجاد می‌کند و در حالی که بیمار تصور می‌کند که عمل آن‌ها (ابراز سازگارانۀ عواطف) چه می‌تواند باشد؛ این صحنه‌ها تا زمانی که حساسیت‌زدایی انجام شود تکرار می‌شوند. قدم بعدی به سمت هدف اصلی درمانی (بیان خواسته‌ها و نیازها با روشی سازگارانۀ تنظیم شده) بیان عواطف و تقویت پذیرش در مقابل عواطف دیگران است. برای دستیابی و تمرین بیان عواطف، درمانگر و بیمار با همکاری می‌توانند طیف گسترده‌ای از تکنیک‌های تجربی مانند نقش بازی کردن و تکنیک دو صدلی را انتخاب کنند. در واقع، هدف استفاده از روش‌های تجربی، تعمیق احساسات است، هدفی که صحبت کردن در مورد آن‌ها دشوار است [۳۵]. با توجه به مشکلات هیجانی و بدتنظیمی هیجان‌ات در دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی، توجه به درمان‌هایی نظیر عاطفه‌هراسی که بر مؤلفه‌های هیجانی این افراد تمرکز دارد و توانایی و استحکام روانی آن‌ها را در رابطه با چالش‌های رفتاری و هیجانی افراد در امور روزمره بالا می‌برد، دارای اهمیت است. پژوهش‌ها نشان داده است، درمان عاطفه‌هراسی برای بیماران اختلال شخصیت مرزی با سابقه آزار جنسی و جسمی، برخی اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی و کاهش علائم افسردگی و اختلالات اضطرابی در زنان باردار مؤثر بوده است [۳۴]، [۳۶] و [۳۷].

باید گفت، هر کدام از این دو درمان (عاطفه‌هراسی و خودتعیین‌گری) بر روی مؤلفه‌های خاصی تأکید دارند. درمان عاطفه‌هراسی با تأکید بر عناصر هیجانی مشکل‌آفرین و تغییر این عناصر می‌تواند بر بهبود حالات هیجانی و خلق بیمار کمک کند [۳۲]. از سمت دیگر آموزش خودتعیین‌گری به فرد مهارت‌های توانمندسازی اساسی مواجهه با چالش‌های شناختی و رفتاری زندگی روزمره را آموزش می‌دهد [۲۵]. مقایسه این دو درمان از آن جهت حائز اهمیت است که دریافته شود، کدام عوامل

هیجانی<sup>۶</sup> (۷ پرسش)، کنترل زندگی<sup>۷</sup> (۷ پرسش)، اعتماد به نفس به توانایی‌ها<sup>۸</sup> (۹ پرسش) و اعتماد به نفس بین فردی<sup>۹</sup> (۶ پرسش) است. پاسخ به هر پرسش در یک مقیاس ۵ امتیازی لیکرت از دامنه ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، دارای استحکام روانی بیشتری است. ضریب پایایی به روش آزمون - آزمون مجدد توسط کلاف و همکاران، ۰/۹۹ گزارش شده است [۱۶]. رواسازی فارسی این پرسش‌نامه نیز توسط افسانه پورک و واعظ موسوی [۴۰] مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش آن‌ها پایایی کلی پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۳ بود.

### شیوه انجام پژوهش

به‌منظور انتخاب نمونه پژوهش، پرسش‌نامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون توسط ۱۷۳ دختر نوجوان دارای تجربه‌ی سوء استفاده جنسی، تکمیل شد. سپس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و نمرات پرسش‌نامه‌ها، اعضا به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول، تحت ۱۰ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای آموزش مهارت خودتعیین‌گری فیلد و هافمن (۱۳۹۴) و گروه آزمایش دوم تحت ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داهل و همکاران (۲۰۱۵م) قرار گرفتند و اعضای گروه گواه در لیست انتظار باقی ماندند. سپس یک هفته پس از اجرای درمان‌های مذکور، پرسش‌نامه‌ها برای اجرای مرحله پس‌آزمون، مجدداً توسط افراد شرکت‌کننده دو گروه آزمایش و گروه گواه تکمیل شده و پس از دو ماه به‌منظور انجام مرحله پیگیری، مجدداً پرسش‌نامه‌ها توسط افراد تکمیل شد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت کتبی نوجوانان برای شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد و در حین توزیع پرسش‌نامه‌ها به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه نزد محقق محفوظ و نتایج به‌طور کلی در پژوهش‌نامه ارائه خواهد شد.

خلاصه محتوای هر جلسه از پروتکل آموزش مهارت خودتعیین‌گری [۴۱] و درمان عاطفه‌هراسی [۳۱] به شرح زیر است:

نمرات دارای یک انحراف استاندارد پایین‌تر از نقطه برش را کسب کردند. ۵. عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی ۶. نداشتن اختلال روان‌شناختی و جسمانی حاد که مانع از حضور در پژوهش می‌شود بود. ملاک‌های خروج نیز عبارت از: ۱. تمایل نداشتن به مشارکت و ادامه همکاری؛ ۲. داشتن بیماری جسمانی و روانی حاد و ۳. غیبت شرکت‌کنندگان بیش از دو جلسه و حضور نامنظم در جلسات بود.

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای زیر به‌منظور جمع‌آوری داده استفاده شده است:

۱. پرسش‌نامه فراهیجان<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط میتمنسرگربر، بک، هافر و اسکوبلر [۳۸] ساخته شده و دارای ۲۸ گویه و شش خرده مقیاس می‌باشد. این پرسش‌نامه در کل دو بعد فراهیجان مثبت (فراشفقت و فراعلاقه) و منفی (فراخشم، فراشرم/فراتحقیر، فراکنترل فکر، فرابازداری) را می‌سنجد و براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره‌گذاری می‌شود و حداقل و حداکثر نمره حاصل برابر ۲۸ و ۱۴۰ می‌باشد. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با ابزارهای شخصیت نئو و پرسش‌نامه بک، همبستگی معنادار به دست آمده است [۳۸]. این مقیاس برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا شد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش الماسی ۰/۸۱ بدست آمده است [۳۹]. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ بعد فراهیجان مثبت ۰/۸۰ و بعد فراهیجان منفی ۰/۷۴ به‌دست آمد.

۲. پرسش‌نامه استحکام روانی: این پرسش‌نامه که توسط کلاف<sup>۳</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۲ م طراحی شده است برای اندازه‌گیری عامل استحکام روانی شرکت‌کنندگان استفاده شد. پرسش‌نامه دارای ۶ خرده مقیاس چالش<sup>۴</sup> (۸ پرسش)، تعهد<sup>۵</sup> (۱۱ پرسش)، کنترل

5. Commitment.  
6. Emotional Control.  
7. Life Control.  
8. Confidence in Abilities.  
9. Interpersonal Confidence.

1. Meta-Emotion Questionnaire.  
2. Mitmansgruber, Beck, Hofer, Schubler.  
3. Clough.  
4. Challenge.

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی مهارت‌های خودتعیین‌گری فیلد و هافمن [۴۱]

| جلسه                                       | محتوای جلسات   |
|--|--|
| اول: معارفه و توضیح موقعیت کلی             | آشنایی اعضا با هم آشنایی با قوانین، تعداد و طول مدت جلسات، تعریف مفهوم خودتعیین‌گری، توصیف برنامه‌های آموزشی از جمله طرح تکالیف خانگی، ایجاد فضای مشارکتی برای دخالت افراد در بحث، شناسایی دو مورد از نقاط ضعف و قوت هر فرد در زمینه‌های جسمی، روانی، هیجانی، اجتماعی و باروهای خود، تشخیص نقاط قوت کمک‌کننده در پاسخ به نقاط ضعف. |
| دوم: چه چیز برای من مهم است؟               | تشخیص دادن آن که چگونه تخیل می‌تواند به افراد کمک کند تا به خواسته‌های خود فکر کنند، نوشتن جملاتی مبنی بر آن که چه چیزهایی برای آن‌ها مهم است.   |
| سوم: خودآگاهی و شناخت بیشتر خود            | شناسایی احساسات، عواطف و نقاط ضعف و قوت خویش، شناسایی ترجیحات و نیازهای خود، افزایش خودآگاهی نسبت به نقاط قوت، ترجیحات و نیازهای خویش، تشخیص انتخاب‌های خود در آینده مبتنی بر نقاط قوت و ضعف افراد و نوشتن درباره آن.  |
| چهارم: شناخت حقوق و مسئولیت‌های خویش       | شناسایی ترجیحات و نیازهای خود، تشخیص انتظارات، حمایت‌ها، مسئولیت‌ها و قواعد زندگی خود، آشناسدن با نقش‌ها و مسئولیت‌های خویش به‌عنوان عضوی از جامعه.  |
| پنجم: ارزشمندی خود                         | پرورش مهارت‌های مرتبط با ارزشمند دانستن خود، پذیرش خود و دیگران، برقراری روابط مثبت با دیگران.   |
| ششم: ایجاد گزینه‌هایی برای هدف‌های بلندمدت | تشخیص اهداف خویش، به‌کارگیری تکنیک بارش مغزی، تهیه فهرستی از گزینه‌ها برای اهداف بلندمدت، داشتن خلاقیت و پیشبینی نتایج احتمالی، انتخاب یک هدف بلند مدت.  |
| هفتم: هدف‌گذاری و انتخاب هدف کوتاه‌مدت     | نوشتن سه هدف کوتاه‌مدت قابل مشاهده و دست‌یافتنی، انتخاب یکی از سه هدف کوتاه مدت مرتبط با هدف بلند مدت، شناسایی گام‌هایی که برای رسیدن به هدف‌های کوتاه مدت کمک‌کننده است، کسب مهارت گوش دادن فعال، تشخیص کارهایی که در رسیدن به هدف‌های کوتاه مدت به آن‌ها کمک می‌کند و باید انجام دهند.   |
| هشتم: برداشتن گام نخست (ریسک‌کردن)         | به‌کارگیری مدل خودتعیین‌گری در مورد تجارب خود، تشخیص نخستین گام برای کار به‌سوی اهداف کوتاه مدت، تشخیص فرایند مرور ذهنی برنامه‌ها، تشخیص نتایج بالقوه اعمال برنامه‌ریزی شده، پرورش مهارت‌های مرتبط با عمل کردن.  |
| نهم: عمل کردن پیامد تجربه و یادگیری        | آگاهی از عامل انرژی اجتماعی، تدوین اهداف اجتماعی و خانوادگی برای یک هفته، تشخیص پیامدهای عملی شدن برنامه خود، ارزیابی میزان موفقیت در دستیابی به اهداف، داشتن مذاکره برد - برد، تمییز دادن بین ارتباط منفعل، جرأت‌مندانه و پرخاشگرانه.   |
| دهم: از کجا به اینجا رسیدیم؟               | یادآوری مفاهیم کلیدی خودتعیین‌گری آموخته شده، نوشتن ایده‌های خود برای خودتعیین‌گری پایدار.   |

جدول ۲. خلاصه‌ای از پروتکل درمانی عاطفه‌هراسی [۳۱]

| جلسه  | محتوای جلسات  |
|-------|---|
| اول   | مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی، تعریف عاطفه و توضیح و بیان انطباقی در مقابل بیان غیرانطباقی عواطف، نقش اضطراب و اهمیت تعدیل اضطراب.  |
| دوم   | پیداکردن تعارضات روان‌پویشی و درک هراس عاطفی با استفاده از مثلث ملان، ایجاد تمایزهای مهم در مورد احساس‌ها، بازسازی عاطفه‌هراسی از طریق حساسیت‌زدایی منظم، شناسایی دفاع‌ها و شناسایی احساس‌های فعال‌ساز انطباقی، شناسایی اضطراب‌ها و بازداری‌ها. |
| سوم   | اشاره به دفاع‌ها علیه عواطف هراس‌وار و اشاره به توانمندی‌هایی که در کنار عواطف وجود دارد. مدیریت دفاع‌ها و تکرار مداخلات تا زمانی که دفاع‌ها بازسازی شوند.  |
| چهارم | شناسایی منشأ دفاع‌ها و پیامدهای رفتارهای دفاعی و شناسایی نفع ثانویه دفاع‌ها و تکرار مداخلات برای تقویت انگیزه رها کردن دفاع‌ها.   |
| پنجم  | مرور کلی تجربه عاطفه، مواجهه با احساس و عاطفه هراس‌آور.   |
| ششم   | شناسایی دام‌ها در تجربه عاطفه و تکرار مداخلات تا زمانی که عاطفه‌هراسی حساسیت‌زدایی شود.   |
| هفتم  | بازسازی خود: بازسازی احساس نسبت به خود، تشویق والدگری برای خود و کاهش برون‌سازی و تکرار فرآیند حساسیت‌زدایی نسبت به هراس‌ها و ایجاد خودارزشمندی.  |
| هشتم  | بازسازی دیگران: ایجاد تصویر درونی انعطاف‌پذیر از دیگران و آماده‌سازی برای خاتمه‌دادن به درمان.  |



### شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 و در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر) برای مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری هر متغیر با کنترل اثر پیش‌آزمون آن متغیر به عنوان کوارینته انجام شد.

### نتایج

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد، میانگین سنی سه گروه آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری، عاطفه‌هراسی و گروه گواه (به ترتیب ۱۵/۲، ۱۶/۵ و ۱۵/۷) است و تحلیل داده‌ها مربوط به خصوصیات جمعیت‌شناختی نشان داد،

اعضای هر سه گروه با هم قابل‌قیاس و همگن بودند. زمانی که فرد مورد تجاوز قرار گرفته بود به سه گروه (تا ۶ ماه قبل، تا ۱ سال قبل و تا ۲ سال قبل) تقسیم شد که نتایج نشان داد گروه آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری (۳ نفر تا ۶ ماه قبل، ۷ نفر تا ۱ سال قبل و ۵ نفر تا ۲ سال قبل)، عاطفه‌هراسی (۴ نفر تا ۶ ماه قبل، ۹ نفر تا ۱ سال قبل و ۲ نفر تا ۲ سال قبل) و گروه گواه (۶ نفر تا ۶ ماه قبل، ۵ نفر تا ۱ سال قبل و ۴ نفر تا ۲ سال قبل) است.

با توجه به جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیرهای فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش (آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی) نسبت به گروه گواه، در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع گروه در مراحل آزمون

| گروه         |         |                   |         |                        |         |           |               |
|--------------|---------|-------------------|---------|------------------------|---------|-----------|---------------|
| گواه         |         | درمان عاطفه‌هراسی |         | مهارت‌های خودتعیین‌گری |         |           |               |
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار      | میانگین | انحراف معیار           | میانگین |           |               |
| ۷/۳۴         | ۳۹/۷۳   | ۶/۳۲              | ۴۱/۶۶   | ۶/۲۳                   | ۴۰/۸۰   | پیش‌آزمون | فراهیجان منفی |
| ۷/۰۷         | ۳۹/۰۶   | ۳/۵۶              | ۲۵/۵۳   | ۶/۷۳                   | ۳۷/۸۰   | پس‌آزمون  |               |
| ۶/۵۹         | ۳۸/۷۳   | ۳/۲۳              | ۲۶/۰۶   | ۶/۸۰                   | ۳۹/۴۰   | پیگیری    |               |
| ۴/۹۹         | ۲۶/۰۶   | ۵                 | ۲۸      | ۳/۷۲                   | ۲۸/۲۰   | پیش‌آزمون | فراهیجان مثبت |
| ۵/۱۳         | ۲۵/۹۳   | ۵/۲۲              | ۴۳/۸۰   | ۵/۱۱                   | ۴۰/۹۳   | پس‌آزمون  |               |
| ۴/۸۹         | ۲۵/۹۳   | ۴/۷۴              | ۴۴/۰۶   | ۴/۸۲                   | ۴۰/۸۶   | پیگیری    |               |
| ۲/۸۷         | ۱۴/۴۶   | ۲/۸۹              | ۱۵/۳۳   | ۳/۳۹                   | ۱۶/۴۰   | پیش‌آزمون | چالش          |
| ۲/۶۷         | ۱۴/۵۲   | ۲/۵۲              | ۱۵/۰۶   | ۴/۵۰                   | ۳۰/۲۰   | پس‌آزمون  |               |
| ۲/۵۸         | ۱۴/۸۰   | ۲/۶۹              | ۱۵/۴۶   | ۴/۷۳                   | ۲۹/۳۳   | پیگیری    |               |
| ۴/۷۷         | ۲۳/۰۶   | ۶/۲۵              | ۲۰/۸۰   | ۴/۷۳                   | ۲۰/۳۳   | پیش‌آزمون | تعهد          |
| ۴/۵۸         | ۲۲      | ۵/۸۱              | ۳۹/۵۳   | ۴/۴۵                   | ۳۳/۸۰   | پس‌آزمون  |               |
| ۴/۶۱         | ۲۱/۴۶   | ۵/۵۳              | ۳۸/۲۸   | ۵/۳۴                   | ۳۸/۸۰   | پیگیری    |               |
| ۳/۲۸         | ۱۵/۶۶   | ۲/۹۷              | ۱۴/۱۳   | ۲/۶۴                   | ۱۴/۴۰   | پیش‌آزمون | کنترل هیجانی  |
| ۳/۱۰         | ۱۵/۳۳   | ۳/۰۲              | ۲۶/۸۰   | ۲/۷۲                   | ۱۴/۴۰   | پس‌آزمون  |               |
| ۳/۰۱         | ۱۵/۷۳   | ۳/۱۳              | ۲۷/۵۳   | ۲/۵۴                   | ۱۴/۸۰   | پیگیری    |               |
| ۲/۶۶         | ۱۴/۴۰   | ۳/۷۳              | ۱۴/۶۰   | ۲/۲۱                   | ۱۴/۴۰   | پیش‌آزمون | کنترل زندگی   |
| ۲/۶۱         | ۱۴/۴۶   | ۲/۲۹              | ۳۰      | ۲/۳۶                   | ۲۳/۸۰   | پس‌آزمون  |               |
| ۲/۸۷         | ۱۴/۴۰   | ۲/۵۰              | ۳۰/۶۰   | ۲/۴۲                   | ۲۴/۲۰   | پیگیری    |               |

ادامه جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع گروه در مراحل آزمون

| گروه         |         |                   |         |                        |         |           |                               |
|--------------|---------|-------------------|---------|------------------------|---------|-----------|-------------------------------|
| گواه         |         | درمان عاطفه‌هراسی |         | مهارت‌های خودتعیین‌گری |         |           |                               |
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار      | میانگین | انحراف معیار           | میانگین |           |                               |
| ۵/۴۵         | ۲۲/۲۰   | ۲/۸۱              | ۲۲/۲۶   | ۴/۲۸                   | ۲۰/۷۳   | پیش‌آزمون | اعتمادبه‌نفس<br>بین فردی      |
| ۶/۲۸         | ۲۳/۲۰   | ۳/۴۷              | ۳۳/۰۶   | ۴/۵۱                   | ۲۰/۲۶   | پس‌آزمون  |                               |
| ۵/۱۴         | ۲۰/۹۳   | ۲/۸۵              | ۳۲/۵۳   | ۳/۹۱                   | ۲۰/۲۰   | پیگیری    |                               |
| ۲/۱۶         | ۱۳/۱۳   | ۲/۲۶              | ۱۴      | ۲/۰۹                   | ۱۳/۱۳   | پیش‌آزمون | اعتمادبه‌نفس<br>به توانایی‌ها |
| ۲/۱۹         | ۱۳/۳۳   | ۲/۲۹              | ۲۵/۵۳   | ۲/۶۷                   | ۲۰/۸۰   | پس‌آزمون  |                               |
| ۲/۳۸         | ۱۳/۶۰   | ۲/۴۱              | ۲۵/۸۶   | ۲/۸۲                   | ۲۰/۵۳   | پیگیری    |                               |
| ۶/۲۳         | ۱۰۲/۹۳  | ۱۲/۶۴             | ۱۰۱/۱۳  | ۸/۶۸                   | ۹۹/۲۰   | پیش‌آزمون | استحکام روانی                 |
| ۹/۳۰         | ۱۰۲/۸۰  | ۶/۴۲              | ۱۷۰     | ۸/۵۴                   | ۱۴۸/۲۶  | پس‌آزمون  |                               |
| ۹/۹۷         | ۱۰۰/۹۵  | ۷/۳۸              | ۱۷۳/۲۸  | ۹/۷۶                   | ۱۴۵/۸۶  | پیگیری    |                               |

و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است و به طور کلی میانگین استحکام روانی در گروه عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین میانگین نمرات فراهیجان منفی و مثبت و استحکام روانی و ابعاد آن در گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل آمیخته واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید؛ بنابراین قبل از آزمون تحلیل واریانس، پیش‌فرض‌های موردنیاز جهت کاربرد آزمون‌های پارامتریک بررسی گردید. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 و در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شدند. پیش‌فرض نرمال بودن با آزمون کولموگروف - اسمیرنف، در مورد همه متغیرها، فرض نرمال بودن نمرات را تأیید کرد ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد؛ پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کواریانس رعایت شده است ( $p > 0.05$ ) و نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن در شرکت‌کنندگان سه گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، درمان عاطفه‌هراسی و گروه گواه در جدول ۴، منعکس شده است.

یافته‌ها جدول ۳ نشان داد، میانگین فراهیجان مثبت در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما بین میانگین فراهیجان منفی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت وجود ندارد و میانگین فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت در گروه عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین یافته‌های جدول ۳ نشان داد؛ میانگین استحکام روانی در زیرمقیاس‌های چالش، تعهد، کنترل زندگی و اعتماد به نفس به توانایی‌ها در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما در زیرمقیاس‌های کنترل هیجانی و اعتماد به نفس بین فردی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است. به طور کلی میانگین استحکام روانی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. میانگین استحکام روانی در زیرمقیاس‌های تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و اعتماد به نفس بین فردی در گروه عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما در زیرمقیاس چالش در مرحله پس‌آزمون

جدول ۴. نتایج لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های سه گروه در جامعه

| متغیر                      | مرحله    | F     | درجه آزادی صورت | درجه آزادی مخرج | معناداری |
|----------------------------|----------|-------|-----------------|-----------------|----------|
| فراهیجان منفی              | پس‌آزمون | ۵/۰۲۸ | ۲               | ۴۲              | ۰/۰۱۱    |
|                            | پیگیری   | ۶/۶۵۱ | ۲               | ۴۲              | ۰/۰۰۳    |
| فراهیجان مثبت              | پس‌آزمون | ۰/۱۵۹ | ۲               | ۴۲              | ۰/۸۵۴    |
|                            | پیگیری   | ۰/۰۹۰ | ۲               | ۴۲              | ۰/۹۱۴    |
| چالش                       | پس‌آزمون | ۵/۱۶۰ | ۲               | ۴۲              | ۰/۰۱۰    |
|                            | پیگیری   | ۳/۱۴۱ | ۲               | ۴۲              | ۰/۰۴۳    |
| تعهد                       | پس‌آزمون | ۰/۷۷۷ | ۲               | ۴۲              | ۰/۴۶۶    |
|                            | پیگیری   | ۰/۰۵۷ | ۲               | ۴۲              | ۰/۹۴۴    |
| کنترل هیجانی               | پس‌آزمون | ۰/۱۰۹ | ۲               | ۴۲              | ۰/۸۹۷    |
|                            | پیگیری   | ۰/۳۳۱ | ۲               | ۴۲              | ۰/۷۲۰    |
| کنترل زندگی                | پس‌آزمون | ۰/۰۵۲ | ۲               | ۴۲              | ۰/۹۴۹    |
|                            | پیگیری   | ۰/۱۰۲ | ۲               | ۴۲              | ۰/۹۰۳    |
| اعتمادبه‌نفس بین فردی      | پس‌آزمون | ۰/۷۵۴ | ۲               | ۴۲              | ۰/۴۷۷    |
|                            | پیگیری   | ۲/۵۳۹ | ۲               | ۴۲              | ۰/۱۰۸    |
| اعتمادبه‌نفس به توانایی‌ها | پس‌آزمون | ۰/۲۲۰ | ۲               | ۴۲              | ۰/۸۰۳    |
|                            | پیگیری   | ۰/۳۴۹ | ۲               | ۴۲              | ۰/۷۰۷    |
| استحکام روانی              | پس‌آزمون | ۰/۸۴۴ | ۲               | ۴۲              | ۰/۴۳۷    |
|                            | پیگیری   | ۰/۹۷۹ | ۲               | ۴۲              | ۰/۳۸۴    |

است ( $p > ۰/۰۵$ ) و بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری همگنی وجود دارد و رابطه خطی برقرار است؛ بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، امکان اجرای تحلیل واریانس مکرر بر روی نتایج جهت بررسی فرضیات پژوهش بلامانع است. در ادامه، به منظور بررسی این تفاوت‌ها، نتایج تحلیل واریانس مکرر بررسی شد و نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در مورد همه متغیرها برقرار است و بین میزان واریانس خطای گروه‌ها همگنی وجود دارد. در نهایت، در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن، معنادار نبوده

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی تأثیر درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت خودتعیین‌گری بر فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن‌ها

| متغیر         | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|---------------|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|------------|
| فراهیجان منفی | درون گروهی   | زمان          | ۱/۲۳       | ۵۳۴/۰۶۷         | ۱۰۰/۶۶۷ | ۰/۰۰          | ۰/۷۰       |
|               |              | زمان × گروه   | ۲/۴۷       | ۵۹۶/۰۵۵         | ۶۹/۵۰۱  | ۰/۰۰          | ۰/۷۶       |
|               | بین گروهی    | خطا           | ۵۱/۵۹      | ۸/۵۷۶           |         |               |            |
|               |              | گروه          | ۲          | ۱۰۹۱/۳۵۶        | ۱۰/۵۳۳  | ۰/۰۰          | ۰/۳۳       |
| فراهیجان مثبت | درون گروهی   | زمان          | ۱/۲۲       | ۲۲۱۷/۹۴۴        | ۲۷۹/۴۲  | ۰/۰۰          | ۰/۸۶       |
|               |              | زمان × گروه   | ۲/۴۴       | ۵۹۱/۷۳۹         | ۵۹۱/۷۳۹ | ۰/۰۰          | ۰/۷۸       |
|               | بین گروهی    | خطا           | ۵۱/۲۷      | ۷/۹۳            |         |               |            |
|               |              | گروه          | ۲          | ۴۳۵۱/۵۵۶        | ۱۰۳/۶۰۸ |               |            |

ادامه جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی تأثیر درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت خودتعیین‌گری بر فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن‌ها

| متغیر                       | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|-----------------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|------------|
| فراهیجان مثبت               | گروه         | ۴۱۶۹/۳۷۸      | ۲          | ۲۰۸۴/۶۸۹        | ۳۳/۹۳   | ۰/۰۰          | ۰/۹۸       |
|                             | خطا          | ۲۵۸۰/۲۲       | ۴۲         | ۶۱/۴۳۴          |         |               |            |
| چالش                        | زمان         | ۶۰۴/۵۴۸       | ۱/۳۶       | ۴۴۳/۳۸۲         | ۴۸/۱۵   | ۰/۰۰          | ۰/۵۳       |
|                             | زمان×گروه    | ۱۱۹۰/۱۱۹      | ۲/۷۲       | ۴۳۶/۴۲۳         | ۴۷/۳۹   | ۰/۰۰          | ۰/۶۹       |
|                             | خطا          | ۵۲۷/۳۳        | ۵۷/۲۶      | ۹/۲۰            |         |               |            |
|                             | گروه         | ۳۲۴۲/۳۲۶      | ۲          | ۱۶۲۱/۱۶۳        | ۷۹/۹۲   | ۰/۰۰          | ۰/۷۹       |
| تعهد                        | خطا          | ۸۵۱/۸۶۷       | ۴۲         | ۲۰/۲۸           |         |               |            |
|                             | زمان         | ۴۱۴۶/۰۵۹      | ۱/۳۷       | ۳۰۱۴/۵۶۸        | ۲۵۴/۱۷۰ | ۰/۰۰          | ۰/۸۳       |
|                             | زمان×گروه    | ۲۵۷۲/۱۶۳      | ۲/۷۵       | ۹۳۵/۱۰۰         | ۷۸/۸۴   | ۰/۰۰          | ۰/۷۸       |
|                             | خطا          | ۶۸۵/۱۱۱       | ۵۷/۲۶      | ۱۱/۸۶           |         |               |            |
| کنترل هیجانی                | گروه         | ۳۳۵۷/۷۹۳      | ۲          | ۱۶۷۸/۸۹۶        | ۲۶/۴۲   | ۰/۰۰          | ۰/۵۵       |
|                             | خطا          | ۲۶۶۸/۷۵۶      | ۴۲         | ۶۳/۵۴۲          |         |               |            |
|                             | زمان         | ۵۷۷/۹۱۱       | ۱/۵۲       | ۳۷۹/۸۱۰         | ۸۳/۹۹   | ۰/۰۰          | ۰/۶۶       |
|                             | زمان×گروه    | ۱۱۲۷/۷۷۸      | ۳/۰۴       | ۳۷۰/۵۹۵         | ۸۱/۵۹   | ۰/۰۰          | ۰/۷۹       |
| کنترل زندگی                 | خطا          | ۲۸۸/۹۷۸       | ۶۰/۹۰      |                 |         |               |            |
|                             | گروه         | ۱۸۳۴/۱۷۸      | ۲          | ۹۱۷/۰۸۹         | ۴۷/۷۸   | ۰/۰۰          | ۰/۶۹       |
|                             | خطا          | ۸۰۶/۰۸۹       | ۴۲         | ۱۹/۱۹۳          |         |               |            |
|                             | زمان         | ۲۱۷۵/۳۴۸      | ۱/۱۴       | ۱۹۰۲/۶۱۷        | ۲۳۷/۸۷۴ | ۰/۰۰          | ۰/۸۵       |
| اعتماد به نفس بین فردی      | زمان×گروه    | ۱۲۵۳/۸۹۶      | ۲/۲۸       | ۵۴۸/۳۴۵         | ۶۸/۵۵۷  | ۰/۰۰          | ۰/۷۶       |
|                             | خطا          | ۳۸۴/۰۸۹       | ۴۸         | ۷/۹۹            |         |               |            |
|                             | گروه         | ۲۵۷۸/۶۸۱      | ۲          | ۱۲۸۹/۳۴۱        | ۱۰۵/۵۱۰ | ۰/۰۰          | ۰/۸۳       |
|                             | خطا          | ۵۱۳/۲۴۴       | ۴۲         | ۱۲/۲۲           |         |               |            |
| اعتماد به نفس به توانایی‌ها | زمان         | ۳۴۷/۲۴۴       | ۱/۵۴       | ۲۲۴/۲۵۸         | ۱۸/۵۱۳  | ۰/۰۰          | ۰/۳۰       |
|                             | زمان×گروه    | ۸۰۵/۶۴۴       | ۳/۰۹       | ۲۶۰/۱۵۲         | ۲۱/۴۷۶  | ۰/۰۰          | ۰/۵۰       |
|                             | خطا          | ۷۸۷/۷۷        | ۶۵/۰۳۳     | ۱۲/۱۱۳          |         |               |            |
|                             | گروه         | ۲۰۰۱/۹۱۱      | ۲          | ۱۰۰۰/۹۵۶        | ۲۴/۷۰   | ۰/۰۰          | ۰/۵۴       |
| اعتماد به نفس به توانایی‌ها | خطا          | ۱۷۰۱/۸۲۲      | ۴۲         | ۴۰/۵۲۰          |         |               |            |
|                             | زمان         | ۱۲۷۶/۴۵۹      | ۱/۱۹       | ۱۰۶۹/۴۲۱        | ۲۳۱/۸۳۸ | ۰/۰۰          | ۰/۸۴       |
|                             | زمان×گروه    | ۶۶۲/۹۶۳       | ۲/۳۸       | ۲۷۷/۷۱۶         | ۶۰/۲۰۶  | ۰/۰۰          | ۰/۸۴       |
|                             | خطا          | ۲۳۱/۲۴۴       | ۵۰         | ۴/۶۱            |         |               |            |
| استحکام روانی               | گروه         | ۱۶۱۴/۴۵۹      | ۲          | ۸۰۷/۲۳۰         | ۷۰/۲۲   | ۰/۰۰          | ۰/۷۷       |
|                             | خطا          | ۴۸۲/۶۴۶       | ۴۲         | ۱۱/۴۹۴          |         |               |            |
|                             | زمان         | ۴۵۴۸۴/۱۳۳     | ۱/۶۰       | ۲۸۳۳۷/۶۴۵       | ۵۳۱/۵۴۷ | ۰/۰۰          | ۰/۹۲       |
|                             | زمان×گروه    | ۲۶۰۴۴/۶۲۲     | ۳/۲۱       | ۸۱۱۳/۱۹۱        | ۱۵۲/۱۸۴ | ۰/۰۰          | ۰/۸۷       |
| استحکام روانی               | خطا          | ۳۵۹۳/۹۱۱      | ۶۷/۴۱      | ۵۳/۳۱۲          |         |               |            |
|                             | گروه         | ۴۶۸۹۴/۹۷۸     | ۲          | ۲۳۴۴۷/۴۸۹       | ۱۵۲/۳۴۹ | ۰/۰۰          | ۰/۸۷       |
|                             | خطا          | ۶۴۶۴/۰۸۹      | ۴۲         | ۱۵۳/۹۰۷         |         |               |            |

استحکام روانی و ابعاد تأثیر معنادار دارد و به ترتیب ۰/۳۳، ۰/۹۸، ۰/۷۹، ۰/۵۵، ۰/۶۹، ۰/۸۳، ۰/۵۴، ۰/۷۷ و ۰/۸۷ درصد از تفاوت در نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، چالش، تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس بین فردی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و استحکام روانی را تبیین می‌کند.

پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون، میانگین نمرات تعدیل‌شده فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن، در ادامه به منظور نشان دادن تفاوت میانگین‌های زوجی از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد و نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی بر حسب ۳ گروه و تأثیر مداخلات بر نمرات فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که اثر درون‌گروهی (عامل زمان) بر متغیرهای ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن اثر معنادار است و به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۸، ۰/۶۹، ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۵۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ درصد از تفاوت در واریانس نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، چالش، تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس بین فردی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و استحکام روانی در گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون را تبیین می‌کند. از طرفی دیگر اثر بین‌گروهی روش درمانی نیز بر ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن معنادار است و نشان می‌دهد بین نمرات ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بیانگر آن بود که نوع مداخله دریافتی در مراحل ارزیابی هم بر ابعاد فراهیجان و

جدول ۶. آزمون تعقیبی بونفرنی برای مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها و انحراف استاندارهای تعدیل‌شده نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن

| متغیر         | مرحله    | گروه         | گروه مقایسه | تفاوت میانگین‌ها | تفاوت انحراف استانداردها | معناداری |
|---------------|----------|--------------|-------------|------------------|--------------------------|----------|
| فراهیجان منفی | پس‌آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | ۱۵/۶۷۰           | ۱/۱۱۱                    | ۰/۰۰     |
|               |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | -۱/۳۷۳           | ۱/۲۲۴                    | ۰/۸۱۰    |
|               |          |              | کنترل       | -۱۷/۰۴۳          | ۱/۲۵۲                    | ۰/۰۰     |
|               | پیگیری   | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | ۱۴/۷۷۸           | ۱/۲۳۹                    | ۰/۰۰     |
|               |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | -۰/۹۵۵           | ۱/۳۶۴                    | ۱/۰۰۰    |
|               |          |              | کنترل       | -۱۵/۷۳۳          | ۱/۳۹۶                    | ۰/۰۰     |
| فراهیجان مثبت | پس‌آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۲/۶۴۷           | ۱/۳۷۲                    | ۰/۱۸۶    |
|               |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۱۲/۰۷۹           | ۱/۵۱۱                    | ۰/۰۰     |
|               |          |              | کنترل       | ۱۴/۷۲۶           | ۱/۵۴۶                    | ۰/۰۰     |
|               | پیگیری   | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۳/۰۳۰           | ۱/۳۲۷                    | ۰/۰۸۶    |
|               |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | -۱۲/۴۶۱          | ۱/۴۶۱                    | ۰/۰۰     |
|               |          |              | کنترل       | ۱۵/۴۹۰           | ۱/۴۹۵                    | ۰/۰۰     |
| چالش          | پس‌آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | ۱۴/۱۵۸           | ۰/۷۹۴                    | ۰/۰۰     |
|               |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۱۴/۲۱۱           | ۰/۸۷۵                    | ۰/۰۰     |
|               |          |              | کنترل       | ۰/۰۵۳            | ۰/۸۹۵                    | ۱/۰۰۰    |
|               | پیگیری   | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | ۱۳/۳۹۷           | ۱/۳۴۴                    | ۰/۰۰     |
|               |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۱۳/۶۱۷           | ۱/۴۸۱                    | ۰/۰۰     |
|               |          |              | کنترل       | ۰/۲۲۰            | ۱/۵۱۵                    | ۱/۰۰۰    |

ادامه جدول ۶. آزمون تعقیبی بنفرتی برای مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها و انحراف استانداردهای تعدیل شده نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن

| متغیر                       | مرحله    | گروه         | گروه مقایسه | تفاوت میانگین‌ها | تفاوت انحراف استانداردها | معناداری |
|-----------------------------|----------|--------------|-------------|------------------|--------------------------|----------|
| تعهد                        | پس‌آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۰/۴۵۷           | ۰/۹۱۳                    | ۱/۰۰۰    |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۱۸/۳۸۶           | ۰/۰۰                     |          |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۸/۸۲۴           | ۰/۰۰                     |          |
|                             | پیگیری   | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | ۰/۷۳۱            | ۱/۶۰۴                    | ۱/۰۰۰    |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۱۸/۱۸۱           | ۰/۰۰                     |          |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۷/۴۵۰           | ۰/۰۰                     |          |
| کنترل هیجانی                | پس‌آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۱۲/۴۵۳          | ۰/۹۰۴                    | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۰/۴۱۰            | ۱/۰۰۰                    |          |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۲/۸۶۴           | ۰/۰۰                     |          |
|                             | پیگیری   | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۱۲/۹۵۹          | ۰/۹۶۰                    | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | -۰/۵۴۷           | ۱/۰۵۷                    | ۱/۰۰۰    |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۲/۴۱۲           | ۰/۰۰                     |          |
| کنترل زندگی                 | پس‌آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۶/۰۳۷           | ۰/۹۴۷                    | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۶/۶۹۱            | ۱/۰۴۳                    | ۰/۰۰     |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۵/۷۲۸           | ۰/۰۰                     |          |
|                             | پیگیری   | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۶/۱۲۲           | ۱/۰۷۱                    | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۹/۹۷۸            | ۱/۱۸۰                    | ۰/۰۰     |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۶/۱۰۱           | ۰/۰۰                     |          |
| اعتماد به نفس به بین فردی   | پس‌آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۱۲/۷۹۶          | ۱/۷۸۵                    | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | -۲/۳۷۳           | ۱/۹۶۵                    | ۰/۷۰۷    |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۰/۴۲۳           | ۲/۰۱۱                    | ۰/۰۰     |
|                             | پیگیری   | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۱۱/۲۸۲          | ۰/۹۵۱                    | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۰/۳۰۵            | ۱/۰۴۸                    | ۱/۰۰۰    |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۱/۵۸۷           | ۰/۰۰                     |          |
| اعتماد به نفس به توانایی‌ها | پس‌آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۴/۵۱۶           | ۰/۸۸۶                    | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۷/۴۱۲            | ۰/۹۷۶                    | ۰/۰۰     |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۱/۹۲۸           | ۰/۰۰                     |          |
|                             | پیگیری   | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۵/۱۷۶           | ۰/۹۳۷                    | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۶/۸۱۲            | ۱/۰۳۲                    | ۰/۰۰     |
|                             |          |              | کنترل       | ۱۱/۹۸۹           | ۰/۰۰                     |          |
| استحکام روانی               | پس‌آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۲۲/۱۰۲          | ۲/۸۵۷                    | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۴۷/۷۱۹           | ۳/۱۴۶                    | ۰/۰۰     |
|                             |          |              | کنترل       | ۶۹/۸۲۱           | ۳/۲۱۹                    | ۰/۰۰     |
|                             | پیگیری   | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -۲۱/۴۱۲          | ۳/۲۳                     | ۰/۰۰     |
|                             |          | عاطفه‌هراسی  | کنترل       | ۴۸/۳۴۷           | ۳/۵۵                     | ۰/۰۰     |
|                             |          |              | کنترل       | ۶۹/۷۵۹           | ۳/۶۴۰                    | ۰/۰۰     |

مطابق با یافته‌های جدول ۶، تفاوت بین میانگین نمرات فراهیجان منفی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۱۵/۶۷۰ و در مرحله پیگیری ۱۴/۷۷۸ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱/۳۷۳- و در مرحله پیگیری ۰/۹۵۵- و به لحاظ آماری معنادار نیست ( $p > 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۷/۰۴۳- و در مرحله پیگیری ۱۵/۷۳۳- و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ ). همچنین، تفاوت بین میانگین نمرات فراهیجان مثبت در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۲/۶۴۷- و در مرحله پیگیری ۳/۰۳۰- و به لحاظ آماری معنادار نیست ( $p > 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۲/۰۷۹ و در مرحله پیگیری ۱۲/۴۶۱- و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۴/۷۲۶ و در مرحله پیگیری ۱۵/۴۹۰ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ ).

در مجموع می‌توان گفت: میانگین تعدیل شده پس‌آزمون و پیگیری فراهیجان منفی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری ندارد و این درمان نتوانسته است در بهبود فراهیجان منفی دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی نقش داشته باشد؛ اما میانگین تعدیل شده پس‌آزمون و پیگیری فراهیجان منفی در گروه عاطفه‌هراسی نسبت به گروه گواه و گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری به‌طور معنی‌داری بالاتر است و نتایج حکایت از اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی بر روی بهبود فراهیجان منفی دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی دارد. همچنین نتایج نشان داد، میانگین‌های تعدیل شده فراهیجان مثبت هر دو درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه بالاتر است که نشان از اثربخشی درمان‌ها بر بهبود فراهیجان مثبت دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی دارد؛ اما بین میانگین‌های فراهیجان مثبت دو گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه اثربخش بوده‌اند. از سوی دیگر، مطابق با یافته‌های جدول ۶، تفاوت بین

میانگین نمرات چالش در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۱۴/۱۵۸ و در مرحله پیگیری ۱۳/۳۹۷ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۴/۲۱۱ و در مرحله پیگیری ۱۳/۶۱۷ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۰/۰۵۳ و در مرحله پیگیری ۰/۲۲۰ و به لحاظ آماری معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). تفاوت بین میانگین نمرات تعهد در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۰/۴۵۷- و در مرحله پیگیری ۰/۷۳۱ و به لحاظ آماری معنادار نیست ( $p > 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۸/۳۸۶ و در مرحله پیگیری ۱۸/۱۸۱ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۸/۸۲۴ و در مرحله پیگیری ۱۷/۴۵۰ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ ). تفاوت بین میانگین نمرات کنترل هیجانی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۱۲/۴۵۳- و در مرحله پیگیری ۱۲/۹۵۹- و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۰/۴۱۰ و در مرحله پیگیری ۰/۵۴۷- و به لحاظ آماری معنادار نیست ( $p > 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۲/۸۶۴ و در مرحله پیگیری ۱۲/۴۱۲ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ ). تفاوت بین میانگین نمرات کنترل زندگی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۶/۰۳۷- و در مرحله پیگیری ۶/۱۲۲- و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۶/۶۹۱ و در مرحله پیگیری ۹/۹۷۸ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۵/۷۲۸ و در مرحله پیگیری ۱۶/۱۰۱ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ ). تفاوت بین میانگین

خودتعیین‌گری در افزایش استحکام روانی دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی اثربخشی بیشتری دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فراهیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سوءاستفاده جنسی انجام شد. نتایج نشان داد؛ هر دو روش درمانی بر افزایش فراهیجان مثبت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده‌اند؛ اما فقط روش درمانی عاطفه‌هراسی بر بهبود فراهیجان منفی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده است. همچنین نتایج حاکی از آن است که بین دو درمان از نظر تأثیر و افزایش ابعاد استحکام روانی تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین نمرات استحکام روانی در زیرمقیاس‌های چالش، تعهد، کنترل زندگی و اعتماد به نفس به توانایی‌ها در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما در زیرمقیاس‌های کنترل هیجانی و اعتماد به نفس بین فردی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و میانگین استحکام روانی در زیرمقیاس‌های تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و اعتماد به نفس بین فردی در گروه عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما در زیرمقیاس چالش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. به طور کلی درمان عاطفه‌هراسی نسبت به آموزش مهارت خودتعیین‌گری، بهتر توانسته است، نمرات استحکام روانی این افراد را بهبود ببخشد. یافته‌های پژوهش با پژوهش شاه‌سیاه و همکاران [۴۲] همسو بود. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند، مشکلات هیجانی نظیر ناگویی هیجانی و کاهش ذهن‌آگاهی می‌تواند بر عملکرد نابهنجار مهارت‌های خودتعیین‌گری دختران با سابقه خودزنی و سوءاستفاده جنسی، مرتبط باشد. همچنین یوسفوند و همکاران [۴۳] در پژوهش خود نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند بر تغییر سطح نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دختران با سابقه سوءاستفاده افسرده اثر معناداری داشته باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت؛ که درمان عاطفه‌هراسی

نمرات اعتماد به نفس بین فردی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۱۲/۷۹۶- و در مرحله پیگیری ۱۱/۲۸۲- و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0.05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۲/۳۷۳- و در مرحله پیگیری ۰/۳۰۵ و به لحاظ آماری معنادار نیست ( $p > 0.05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۶/۱۰۱ و در مرحله پیگیری ۱۱/۵۸۷ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0.05$ ). تفاوت بین میانگین نمرات اعتماد به نفس به توانایی‌ها در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۴/۵۱۶- و در مرحله پیگیری ۵/۱۷۶- و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0.05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۷/۴۱۲ و در مرحله پیگیری ۶/۸۱۲ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0.05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۱/۹۲۸ و در مرحله پیگیری ۱۱/۹۸۹ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0.05$ ). در نهایت، تفاوت بین میانگین نمرات کل استحکام روانی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۲۲/۱۰۲- و در مرحله پیگیری ۲۱/۴۱۲- و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0.05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۴۷/۷۱۹ و در مرحله پیگیری ۴۸/۳۴۷ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0.05$ )؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۶۹/۸۲۱ و در مرحله پیگیری ۶۹/۷۵۹ و به لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0.05$ ).

در مجموع می‌توان گفت؛ میانگین تعدیل شده پس‌آزمون و پیگیری استحکام روانی در هر دو درمان نسبت به گروه گواه بالاتر است که نشان از اثربخشی درمان‌ها بر بهبود استحکام روانی دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی دارد؛ همچنین نتایج حاکی از آن است که بین میانگین‌های استحکام روانی دو گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی نیز تفاوت معناداری وجود دارد و درمان عاطفه‌هراسی نسبت به آموزش مهارت‌های



[۳۳]؛ بنابراین، آگاهی به هیجانات و ادراک رنج‌ها در گذشته و نه در آینده تنظیم نمی‌گردد، بلکه فقط در همان لحظه ظهور در فرآیند درمان قابل تنظیم است و از این رو آگاهی از هیجانات افزایش یافته، احساس می‌کند کنترل بیشتری بر روی خود و رویدادهای زندگی‌اش دارد و فرد استحکام روانی بیشتری را تجربه خواهد کرد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، در تأیید اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در فراهیجان و استحکام روانی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش کنت [۲۷]، دامن [۲۸]، توسلی [۲۹] و منصورنژاد [۳۰] همسو می‌باشد. در تبیین بخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری باید گفت؛ خودتعیین‌گری توانایی تشخیص و کسب هدف بر مبنای شناخت و ارزشمند دانستن خود می‌باشد که همه رفتارها با ملاحظه میزان احساس خودمختاری یا خودتعیین‌گری‌شان تغییر می‌دهد [۲۳]. یکی از فرضیات خودتعیین‌گری این است که رفتارها می‌توانند در یک ردیف متوالی از احساسات برای حس خودمختاری کامل و خودتعیین‌گری تا کنترل کامل و عدم خودتعیین‌گری قرار بگیرند [۲۴]. خودتعیین‌گری مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت‌هایی را از محیط‌های خانه و اجتماعی فرامی‌گیرد که افراد را قادر می‌سازد در زندگی به‌طور مستقل، تصمیم‌گیری کرده و مشکلات خود را حل و فصل کند [۲۵]. این کار باعث می‌شود که فرد از تجارب مثبت خود، هیجانات مثبت نظیر فراعلاقه و فرادلسوزی را دریافت کند؛ اما همانطور که نتایج پژوهش نشان داد، مهارت خودتعیین‌گری در بهبود هیجانات منفی مؤثر نیست و به نظر می‌رسد این درمان نمی‌تواند در شناخت و یکپارچه کردن هیجانات منفی نظیر خشم و فرونشانی نقش داشته باشد. همچنین مهارت‌های خودتعیین‌گری می‌توانند در افزایش استحکام روانی افراد در برابر مشکلات زندگی، نقش داشته باشد و فرد بتواند توانایی مقابله با چالش‌های جدید زندگی خود و تعهد در قبال آن را پیدا کند، احساس کند بر رویدادهای زندگی خود کنترل دارد و در نتیجه اعتماد به نفس به توانایی‌هایش افزایش یابد.

### محدودیت‌ها و پیشنهادها برای پژوهش

همانند دیگر پژوهش‌ها، این پژوهش نیز محدودیت‌هایی بر اعتبار نتایج و یافته‌های پژوهش حاضر داشت، از قبیل

شناخت تعارضات هیجانی افراد، از بین بردن دفاع‌ها و بازسازی احساسات افراد و حساسیت زدایی، می‌تواند آگاهی بهتری را نسبت به هیجانات برای افراد در مقایسه با آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، رقم بزند و باعث بهبود بیشتر فراهیجان و استحکام روانی افراد در برابر مشکلات زندگی می‌شود اما مهارت‌های خودتعیین‌گری بیشتر به مسائل شناختی و مؤلفه‌های درون فردی فرد می‌پردازد و روابط و هیجانات بین فردی را کمتر مدنظر قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد، عناصر هیجانی در تجربه سوء استفاده جنسی نقش اساسی دارد و بهبود آن می‌تواند در بازسازی هیجانی و شناختی افراد نقش داشته و سلامت روان آن‌ها را بهبود بخشد.

یافته پژوهش حاضر، در تأیید اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی در فراهیجان و استحکام روانی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش ساندر [۳۳]، فرانکل [۳۶]، کالاکلی [۳۷] و حاج محمد حسینی [۳۴] همسو است. در تبیین بخشی درمان عاطفه‌هراسی باید گفت که دفاع‌ها با هدف کاهش آگاهی نسبت به هیجانات منفی، باعث می‌شود این هیجانات در سطح ناهوشیار باقی بمانند و در نتیجه فرد برای عدم تجربه هیجانات ناخوشایند به اجتناب از محرک‌های بر انگیزاننده هیجانات منفی نظیر خشم و فرونشانی می‌پردازد [۳۲]. این کار باعث می‌شود که فرد از تجربه هیجانات مثبت و خوشایند نظیر علاقه و دلسوزی نیز باز بماند و استحکام روانی فرد کاهش یابد و فرد توانایی تعهد در قبال زندگی خود نداشته باشد، کنترل هیجانی خود را از دست بدهد، احساس کند بر رویدادهای زندگی خود کنترل ندارد و در نتیجه اعتماد به نفس به توانایی‌ها و اعتماد به نفس بین فردی او کاهش یابد. در درمان عاطفه‌هراسی، درمانگر علاوه بر شناسایی بستر ادراک هیجانات و رنج‌ها، در بیمار شدت آن‌ها را نیز بررسی می‌کند. سپس از طریق سازش‌یافتگی کارکردهای ایگو در این درمان، به فرد کمک می‌کند تا به مشاهده و توجه به هیجان‌اتشان بپردازد و خودتنظیمی صحیحی را به فرد بیاموزد. هنگامی که افراد از روی عادت هیجانات و رنج‌هایشان را نادیده می‌گیرند، هیجانات منفی تنظیم نشده باقی می‌ماند، از این رو درمانگر هر دفاعی را که مانع تنظیم ترس می‌شود در لحظه قطع کرده و توجه فرد را به تجربه بدنی‌اش از هیجانات در همان لحظه جلب می‌کند

- 5- 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. <https://doi.org/10.1002/mdc3.12863>
- 6- Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders*. 2018; 225: 306-12. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>
- 7- Sadock BJ, & Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: *Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 11th, editor: Lippincott Williams & Wilkins. 2015.
- ۸- قاضی‌زاده، س، مشهدی ع، طیبی ز، سلطانی فر، ع. اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۱۳۹۹؛ ۱۲(۴): ۷۷-۸۹. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.19370.1788>
- 9- Bartsch A. Meta-emotion: How films and music videos communicate emotions about emotions. *Projections*. 2019; 2(1): 45-59.
- 10-Ebadi M, Basharpour S, and Narimani M. Fitting the Causal Model Based on the Couple Relationship Distress According to Negative Meta-Emotion: The Mediating Role of Rejection Sensitivity in Married People. *Journal of Family Psychology*. 2021; 7(2): 61-74. <https://doi.org/10.22034/ijfp.2021.245575>  
[In Persian]
- 11-Bailen N, Thompson J. Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Journal of Emotion*. 2019; 19(5): 776-787. <https://doi.org/10.1037/emo0000488>
- 12-Srinivasan P, Pushpam M. Exploring the influence of metacognition and metaemotion strategies on the outcome of students of IX Std. *American Journal of Educational Research*. 2016; 4(9): 663- 68. <http://dx.doi.org/10.12691/education-4-9-3>
- 13-Pina JA, Passos AM, Maynard MT, Sinval J. Self-efficacy, mental models and team adaptation: A first approach on football and futsal refereeing. *Psychology of Sport and Exercise*. 2021; 1(15): 101787. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101787>

آنکه ویژگی‌های خاص نمونه از جمله نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس که در تعمیم نتایج باید رعایت جوانب احتیاط شود. همچنین این طرح محدود به گروه سنی نوجوان بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در دیگر گروه‌ها، انجام شده و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد و در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی برای افزایش تعمیم نتایج استفاده شود. همچنین با توجه به اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی دختران دارای تجربه سوء استفاده جنسی، پیشنهاد می‌شود؛ نتایج این پژوهش جهت آگاهی بیشتر در اختیار مراکز درمانی قرار گیرد و این شیوه‌های درمانی به عنوان مکمل درمان‌های دیگر، جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دارای تجربه سوء استفاده جنسی استفاده شود.

## سپاسگزاری

در پایان، پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند از کلیه آزمودنی‌ها که کمال تشکر و قدردانی را به عمل آوردند.

## 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. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- 2- 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. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
- ۳- آزادی ا، سنجرانی س، بخشایش ع ر. تجربه زیسته دختران از سوء استفاده جنسی در دوران کودکی: مطالعه کیفی، *فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲؛ ۲۱(۲): ۴۹-۵۸. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.15789.1197>
- 4- 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. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>

- 23-Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Press. 2017. <http://dx.doi.org/10.7202/1041847ar>
- 24-Yang Y, Zhang Y, & Sheldon K. Self-determined motivation for studying abroad predicts lower culture shock and greater well-being among international students: The mediating role of basic psychological needs satisfaction. *International Journal of Intercultural Relations*. 2018; 63: 95-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2017.10.005>
- 25-Forest J, Gradito Dubord A, Olafsen A, Carpentier J. Shaping tomorrow's workplace by integrating self-determination theory: A literature review and recommendations. Chapter to be published in R. Ryan, & E. Deci (Eds.), *The Oxford Handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory*. Oxford University Press: New York. 2022. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197600047.013.45>
- 26-Xiang C, Wang X, Xie T, Fu C. Differential effects of work and family support on the relationship between surface acting and wellbeing: A self-determination theory approach. *Psychological Reports*; 2023; 126(1): 198-219. <https://doi.org/10.1177/00332941211048471>
- 27-Kent A. Toward a Resilience Model of Student WellBeing: A Self-Determination Approach to Thriving and Burnout among College Students. Iowa State University ProQuest Dissertations. 2022. <https://doi.org/10.31274/td-20240329-812>
- 28-Damien T, Clement, G, Rebecca S. Promoting Motivation and Well-Being at School: the effect of a teacher training combining a self-determination theory-based intervention and positive psychology interventions. *Journal of SENS*. 2022; 12(4): 24-36. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/nkrdz>
- ۲۹-توسلی ا، شریفی ط، احمدی ر. مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۱۴۰۲؛ ۳(۵): ۵۸۳-۵۹۵. <https://doi.org/10.22055/psy.2023.43647.3024>
- 14-Hengen K, Alpers G. Stress makes the difference: social stress and social anxiety in decision-making under uncertainty. *Front. Psychol*. 2021; 12: 578293. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.578293>
- 15-McCarrick D, Wolfson S, Neave N. Personality characteristics of UK Association Football referees. *Journal of Sport Behavior*. 2019; 42(4): 493-508. [https://www.researchgate.net/publication/337798177\\_Personality\\_Characteristics\\_of\\_UK\\_soccer\\_referees](https://www.researchgate.net/publication/337798177_Personality_Characteristics_of_UK_soccer_referees)
- 16-Clough P, Earle K, Sewell D. Mental toughness: The concept and its measurement. *Solutions in sport psychology*. 2002; 1: 32-45.
- 17-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'epidemiologie et de sante publique*. 2019 Jul 25; 67(5): 285-94. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.05.012>
- ۱۸-رضایی، م، قدم پور، ع، کاظمی ر. نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی در رابطه بین سوءاستفاده جنسی-هیجانی و نشانه‌های افسردگی در دانشجویان دختر. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*. ۱۳۹۷؛ ۲۵(۱): ۷۵-۹۹. <https://doi.org/10.22055/psy.2018.23678.1908>
- ۱۹-فیروزی ه، امیری ف، سعادت‌ن، رستمی م. نقش آزاردیدگی دوران کودکی بر تصویر بدنی و عملکرد جنسی در زنان. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۳۹۵؛ ۱۸(۶): ۳۱۶-۳۲۰. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2016.7754>
- 20-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. <https://doi.org/10.2466/pms.102.2.485-497>
- 21-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. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
- 22-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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>

- 37-Kalleklev J, Karterud S. coparative study of a mentalization – based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis*. 2018; 51(1): 44-60.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0533316417750987>
- 38- Mitmansgruber H, Beck T, Hofer S, et al. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and Meta emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46(4): 4.  
<https://awspntest.apa.org/record/2009-01111-014>
- 39-Ahadi B, Mehrinejad A, Moradi M. Cognitive failure in the elderly: the role of mindfulness and meta-emotion. *Journal aging Psychology*. 2017; 3(2): 115-125.  
[https://jap.razi.ac.ir/article\\_749\\_en.html](https://jap.razi.ac.ir/article_749_en.html)  
**[In Persian]**
- ۴۰- افسانه پورک سع، واعظ موسوی سم. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه استحکام روانی ۴۸ سوالی، پژوهش‌نامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی. ۱۳۹۳؛ ۱۰(۱۹): ۳۹-۵۴.  
<https://doi.org/10.22080/jsmb.2014.831>
- 41-Field S, Hoffman A. Fostering self-determination through building productive relationships in the classroom. *Intervention in school and clinic*. 1994; 48(1): 6-14.  
<https://doi.org/10.1177/1053451212443150>
- ۴۲- شاه‌سیاه ن، رضاپورمر صالح ی، صافی م ه. روابط ساختاری ذهن‌آگاهی، خودتعیین‌گری، شفقت به خود و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان دختر دارای سابقه سوء استفاده و خودزنی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی. ۱۳۹۹؛ ۱۵(۶۰): ۱۴۹-۱۷۰.  
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1399.15.60.12.6>
- ۴۳- یوسف‌وند م، الله‌قدم‌پور ع، حسینی ح، فرخ‌زادیان ع ا. اثربخشی درمان DBT بر نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دانش‌آموزان دختر مورد سوء استفاده مبتلا به افسردگی، مجله روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۷؛ ۱۶(۲): ۸۷-۹۸.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2860>
- ۲۰- منصورنژاد ز، ملک‌پور م، قمیرانی ا، یارمحمدیان ا. اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر نیازهای روانشناختی بنیادی دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده. مجله دست‌آوردهای روانشناختی. ۱۳۹۸؛ ۲۶(۱): ۱-۱۶.  
<https://doi.org/10.22055/psy.2019.25336.2043>
- 31-McCullough L, Kuhn N, Kaplan A, Wolf J, Hurley C. Treating affect phobia. Publish by the Guilford press. A division of Guilford publications. Inc. 72 Spring street, New York: London: NY 10012. 2003.
- 32-Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee Y, Warren F, Howard S, Ghinia R, Fear P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire: The reflective functioning questionnaire. *PIOS ONE*. 2016; 11(7): e0158678.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- 33-Saunders R, Buckman E, Cape J, Fearon P, Leibowitz J, & Pilling S. Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of affective disorders*. 2019; 249: 327-335.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.043>
- 34-Haj Mohammad Hosseini T, Mirza Hosseini H, Zargham Hajbi M.. Comparison of the effectiveness of mentalization-based therapy and phobia-based therapy on reducing depressive symptoms in borderline personality spectrum women, *Applied Family Therapy Quarterly*. 2022; 3(1): 21-36.  
<https://doi.org/10.22034/aftj.2021.281831.1067>  
**[In Persian]**
- 35-Ferankl M, Wennberg P, Berggraf L, Philips B. Affect Phobia Therapy for Mild to Moderate Alcohol Use Disorder: The Cases of “Carey,” “Michelle,” and “Mary”. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 2018; (1): 214-257.
- 36-Ferankl M, Philips B, Berggraf L, Ulvenes P, Johansson R, & Wennberg P. Psychometric properties of the Affect Phobia Test. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2016; 57: 482-488. <https://doi.org/10.1111/sjop.12308>

## مصرف مواد روان‌گردان و رفتار جنسی

نویسندگان

اسماعیل ناصری<sup>\*۱</sup>

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

**مقدمه:** رابطه بین مواد روان‌گردان و رفتار جنسی یک حوزه در حال رشد مورد علاقه در زمینه تحقیقات مصرف مواد است که عمدتاً به دلیل رفتارهای جنسی پرخطر در میان افراد وابسته به مواد است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی روابط چندگانه مصرف انواع مواد روان‌گردان و رفتار جنسی است.

**روش:** در این پژوهش از روش مرور روایی استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها، با استفاده از واژه‌های کلیدی مصرف جنسی مواد، کارکردها و کژکاری‌های جنسی، رفتارهای پرخطر جنسی، و تجاوز جنسی تسهیل شده با مواد مقالات مرتبط با استفاده از موتورهای جستجوگر Google Scholar و PubMed و همچنین در پایگاه‌های داده‌ای SID، NOORMAGS و irandoc مورد جستجو قرار گرفتند.

**نتایج:** مصرف جنسی مواد رفتاری نسبتاً شایع است. مصرف حاد مواد می‌تواند با تقویت و یا بهبود کارکردهای جنسی همراه باشند و با کاهش بازداری‌ها، رفتار جنسی را تسهیل کنند. مصرف مزمن مواد با کژکاری‌های جنسی از جمله کاهش میل جنسی و کژکاری نعوظ همراه هستند. مصرف مواد همچنین رفتارهای جنسی پرخطر و ابتلا به بیماری‌های جنسی مقاربتی را افزایش می‌دهند. تجاوز جنسی تسهیل شده با مواد رفتاری شایع است، اگرچه معمولاً کمتر گزارش می‌شود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** سنجش روابط بین مصرف مواد و رفتار جنسی بخش مهمی از ارزیابی جامع و برنامه‌ریزی برای درمان است. مزایای بالینی پرداختن به این مسائل، از کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی تا بهبود کیفیت زندگی افراد، می‌تواند قابل توجه باشد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۲/۳۰



کلیدواژه‌ها

مصرف جنسی مواد، کژکاری‌های جنسی، بیماری‌های جنسی مقاربتی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

e.naseri@ihcs.ac.ir

## مقدمه

جسمی یا یافته‌های آزمایشگاهی حاکی از مسمومیت یا محرومیت از مواد است [۸]. رابطه مصرف مواد روان‌گردان و خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی جنسی<sup>۶</sup> سومین و پربرابرترین حوزه پژوهشی از روابط بین مواد و رفتار جنسی است. مصرف‌کنندگان مواد در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مقاربتی از جمله HIV هستند [۹]. در بررسی چگونگی تجربه افراد معتاد زندگی جنسی خود و نحوه ارتباط آن‌ها با شرکای جنسی خود توجه محدودی صورت گرفته است [۱۰]. اعتیاد و ناسازگاری جنسی ممکن است از چند طریق در ارتباط باشند. اعتیاد به مواد با تأثیرات منفی مانند افسردگی، اضطراب و عصبانیت ارتباط دارد که به نوبه خود شاخص‌های زندگی جنسی ناسازگار است. در افراد وابسته مواد رفتارهای جنسی ناسازگار (مانند احساس گناه یا نگرانی بیش از حد یا فکر کردن در مورد رابطه جنسی) دیده می‌شوند [۱۱]. همچنین مواد تأثیرات منفی بر رفتارهای جنسی مانند مشارکت در فعالیت‌های جنسی، ناخواسته دارند، از جمله اجبار برای برقراری رابطه جنسی، یا سوء استفاده جنسی، جسمی و کلامی [۱۲]. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی روابط چندگانه مصرف انواع مواد روان‌گردان و رفتار جنسی در نوع انسان است.

## روش

در این پژوهش از روش مرور روایی ادبیات پژوهشی<sup>۷</sup> استفاده شد. مقالات مرور ادبیات پژوهشی یا مقالات مرور روایی ادبیات پژوهشی چکیده‌ها و ارزیابی روایی از یافته‌ها یا نظریه‌ها را در یک پایگاه ادبیات پژوهشی ارائه می‌دهند. پایگاه ادبیات پژوهشی ممکن است شامل تحقیقات روش‌های کیفی، کمی و یا مختلط باشد. مقالات مروری روندها را در ادبیات پژوهشی نشان می‌دهند؛ آن‌ها درگیر یک فراتحلیل کمی یا کیفی نظام‌مند از یافته‌های حاصل از مطالعات اولیه نیستند. در مقاله‌های مروری، مسئله تعریف و روشن؛ تحقیقات قبلی برای آگاه‌سازی خوانندگان از وضعیت تحقیق خلاصه؛ روابط، تناقضات، شکاف‌ها و ناسازگاری‌ها ادبیات پژوهشی شناسایی؛ و قدم‌های بعدی برای حل مشکل پیشنهاد می‌شوند. مؤلفه‌های مقالات مرور ادبیات را می‌توان به روش‌های مختلف به عنوان مثال: با گروه‌بندی

رابطه بین مواد روان‌گردان<sup>۱</sup> و رفتار جنسی یک حوزه در حال رشد مورد علاقه در زمینه تحقیقات مصرف مواد است که عمدتاً به دلیل رفتارهای جنسی پرخطر<sup>۲</sup> مرتبط با سلامت در میان افراد وابسته به مواد است [۱]. درگیر شدن در رفتارهای جنسی به شدت با مصرف مواد مرتبط است و این اتفاق همزمان در طول زمان ادامه می‌یابد که نشان‌دهنده فرآیندهای رشدی مشترک بین رفتارهای جنسی و مصرف مواد است [۲]. مواد روان‌گردان در مسیرهای انگیزشی لذت‌بخش لیمبیک - هیپوتالاموس<sup>۳</sup> عمل می‌کنند که تابع کارکردهای زیست‌شناختی اساسی از جمله رفتارهای جنسی هستند. مصرف مواد همچنین می‌تواند طیف وسیعی از اثرات فیزیولوژیکی و روانی دیگر بر کارکرد جنسی داشته باشد [۳]. شاید نخستین رابطه بین مواد روان‌گردان و کارکرد جنسی، تمایل به افزایش عملکرد جنسی با مصرف یک ماده باشد. در این شکل از مصرف مواد که به آن مصرف جنسی مواد<sup>۴</sup> [۴] گفته می‌شود مواد روان‌گردان با هدف افزایش میل و برانگیختگی جنسی، تأخیر در انزال، مهار بازداری‌های اجتماعی، افزایش لذت و کیفیت آرگاسم مصرف می‌شوند [۵]. مصرف مواد در دوزهای پایین در مقایسه با دوزهای بالاتر تأثیر متفاوتی بر تمایلات جنسی دارد و مطالعات نشان می‌دهند، مصرف مواد یک ماده می‌تواند پیامدهای بسیار متفاوتی نسبت به مصرف مزمن آن بر روی کارکرد جنسی داشته باشد [۶]. تأثیر مصرف مزمن مواد روان‌گردان بر ایجاد کژکاری‌های جنسی<sup>۵</sup> یکی دیگر از حوزه‌های مورد علاقه پژوهشی است. وابستگی به مواد روان‌گردان می‌تواند موجب اختلال در تمامی مراحل طبیعی رفتار جنسی در انسان شود [۷]. کژکاری‌های جنسی مانند: کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ، و آرگاسم تأخیری، می‌توانند در نتیجه مصرف مزمن انواع مواد روان‌گردان از جمله الکل، و مواد مخدر (آپیئوئیدها) ایجاد شوند. تشخیص کژ کاری ناشی از مصرف مواد وقتی به کار می‌رود که قرائن به دست آمده از شرح حال، معاینات

1. Psychoactive Substance.
2. Risky Sexual Behavior.
3. Limbic-Hypothalamic Hedonic Motivational Pathways.
4. Sexualized Drug Use (SDU).
5. Sexual Dysfunction.

6. Sexually Transmitted Diseases (STDs).

7. Narrative Literature Review.

افراد در بازه سنی ۱۸ تا ۳۹، از برخی مواد برای تقویت تجربه جنسی استفاده کرده بودند. رایج ترین مواد مصرفی الکل (۸۳/۷ درصد)، ماری جوانا (۳۴/۷ درصد)، اکستازی یا سکستازی<sup>۴</sup> (۸/۲ درصد) و سیلدنافیل (۷/۵ درصد) بود [۱۹]. بین مواد روان گردان از نظر اثرات و کاربردهای درک شده آن‌ها تفاوت‌هایی وجود دارد: کوکائین برای طولانی شدن رابطه جنسی، الکل برای تسهیل برخورد و اکستازی برای افزایش میل، نزدیکی<sup>۵</sup> و رضایت، اما ممکن است نعوذ<sup>۶</sup> را کاهش داده و ارگاسم را به تأخیر بیندازد [۲۲، ۲۱، ۲۰]. آمفتامین‌ها و کوکائین معمولاً به عنوان مواد سکس‌پسند<sup>۷</sup> گزارش می‌شوند، اما برخی افراد برعکس آن را گزارش می‌کنند. تأثیرات درک شده و انتظارات در مورد مصرف مواد روان گردان بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی، جنسیت و زمینه متفاوت است؛ زنان ممکن است تأثیر مواد روان گردان بر را متفاوت از اثرات آن‌ها بر مردان بر خود بدانند [۲۳، ۱۲].

### الکل

الکل به عنوان شایع ترین ماده برای مصرف جنسی برای هزاران سال است که عمدتاً به دلیل خاصیت بازدارندگی آن به عنوان یک ماده تقویت کننده جنسی استفاده می‌شود [۶]. مصرف الکل غالباً مقدم بر فعالیت جنسی است و معمولاً اعتقاد بر این است که الکل یک تسهیل کننده و تقویت کننده قوای جنسی است [۲۴].

### کانابیس

بسیاری از مصرف کنندگان کانابیس تأثیر ماری جوانا بر کارکرد جنسی را مفید می‌دانند و گزارش می‌کنند که ماری جوانا باعث افزایش میل، لذت و رضایت جنسی، افزایش شدت و کیفیت ارگاسم و افزایش لذت خودارضایی می‌شود، و همچنین اثر خفیفی بر افزایش قوای جنسی دارد [۲۵، ۲۶]. به نظر می‌رسد که اثر مثبت اصلی کانابیس در مورد تمایلات جنسی، با بازدارندگی انجام شده توسط جزء فعال اصلی آن یعنی تتراهیدروکانابینول<sup>۸</sup> مرتبط باشد. در واقع به نظر می‌رسد که کانابیس به آرمیدگی در تماس

تحقیقات بر اساس شباهت در مفاهیم یا نظریه‌های مورد علاقه، شباهت‌های روش‌شناختی در بین مطالعات مورد بررسی یا توسعه تاریخی این زمینه ترتیب داد [۱۳]. برای گردآوری داده‌ها، با استفاده از واژه‌های کلیدی مصرف جنسی مواد، کارکردها و کژ کاری‌های جنسی، رفتارهای پرخطر جنسی، و تجاوز جنسی تسهیل شده با مواد مقالات مرتبط با استفاده از موتورهای جستجوگر Google Scholar و PubMed و همچنین در پایگاه‌های داده‌ای NOORMAGS، SID و irandoc مورد جستجو قرار گرفتند.

### نتایج

#### مصرف جنسی مواد

اصطلاح مصرف جنسی مواد، به مصرف مواد روان گردان در زمینه جنسی اشاره دارد و استفاده عمدی از مواد قبل یا در حین رابطه جنسی برای حفظ، تقویت، مهار یا تسهیل تجربه جنسی است [۱۵، ۱۴]. مواد ممکن است برای افزایش عملکرد جنسی در غیاب یک مشکل جنسی واقعی استفاده شوند، اما در موارد دیگر مصرف مواد می‌تواند به عنوان خوددرمانی<sup>۱</sup> برای کژ کاری جنسی قبلی و تشخیص داده نشده تلقی شود. بر اساس فرضیه لاپرا<sup>۲</sup> درصد بسیار زیادی از جوانان به دلیل مشکلات جنسی شروع به مصرف مواد می‌کنند [۱۶]. مطالعات جمعیت شناختی نشان می‌دهند که مواد روان گردان اغلب برای مقاصد مرتبط با تجربه جنسی مصرف می‌شوند. شیوع جهانی مصرف جنسی مواد ۳۶/۹۸ درصد گزارش شده است و الکل (۳۵/۱۰ درصد)، ماری جوانا (۲۸/۸۰ درصد)، اکستازی (۲۰/۹۰ درصد) با اختلاف معنادار از کوکائین (۴/۳۲ درصد)، هروئین (۰/۶۷ درصد)، مت آمفتاین (۷۰/۱۰ درصد) و گاما - هیدروکسی بوتیریک<sup>۳</sup> (۶/۵۵ درصد) به عنوان مواد پر مصرف در رابطه جنسی شناسایی شده‌اند [۱۷]. شیوع مصرف جنسی مواد می‌تواند متناسب با گروه مورد مطالعه متغیر باشد. برای مثال، شیوع یک ماهه مصرف جنسی مواد در بین جوانان ساکن در شهرک‌های غیررسمی در کامپالای اوگاندا ۶۱ درصد گزارش شده است [۱۸]. مطالعه‌ای در جمعیت عمومی در ایالات متحده نشان داد که ۱۳ درصد از

4 . Sextasy.

5 . Closeness.

6 . Erection.

7 . Pro-Sexual.

8 . Tetrahydrocannabinol (THC).

1 . Self-Medication.

2 . La Pera Hypothesis.

3 . Gamma-Hydroxybutyric (GHB).

دوپامینرژیک، مصرف کوکائین میل و برانگیختگی جنسی را می‌تواند افزایش دهد، اما ارگاسم تمایل به مهار دارد که می‌تواند برای مردان با الگوی انزال زودرس مطلوب باشد، اما می‌تواند برای دیگران ناراحت کننده باشد. برای زنان، این ارگاسم تأخیری نامطلوب است [۶]. به این ترتیب، مصرف‌کنندگان جدید یا نادر کوکائین ممکن است گزارش دهند که کوکائین اثرات جنسی مفیدی دارد، به ویژه در افزایش میل جنسی [۳۴].

### آمفتامین‌ها

در طول سال‌ها، آمفتامین‌ها این شهرت را به دست آورده‌اند که می‌توانند میل جنسی را افزایش دهند، رابطه جنسی را طولانی کنند و ارگاسم را شدیدتر کنند. تأثیرات مصرف آمفتامین‌ها بر کارکرد جنسی ممکن است به تعدادی از عوامل بستگی داشته باشد: دوز مصرفی، روش مصرف، عادات مصرف کننده مواد و محیط اجتماعی. مصرف دوزهای کم آمفتامین‌ها می‌تواند لذت را افزایش و بازداری را کاهش دهد. ارگاسم تأخیری ممکن است برای مردان دارای انزال سریع مطلوب باشد [۳۵]. بسیاری از مصرف‌کنندگان این ماده گزارش می‌دهند که مت آمفتامین به عنوان یک ماده مقوی قوای جنسی عمل می‌کند، مهارهای جنسی را کاهش می‌دهد و رضایت را افزایش می‌دهد [۳۶]. در میان به اصطلاح مواد باشگاهی<sup>۵</sup> یا مواد مهمانی<sup>۶</sup>، مت آمفتامین به شدت با تمایلات جنسی و رفتار جنسی مرتبط است [۲۴]. به نظر می‌رسد، این به دلیل ترکیبی از افزایش اعتماد به نفس اجتماعی، بازداری جنسی، و افزایش احساس انرژی جسمانی است که توسط مصرف‌کنندگان آن به عنوان اثرات تقویت جنسی درک می‌شود [۳۷]. مت آمفتامین مستقیماً در هیچ یک از جنبه‌های خاص چرخه پاسخ جنسی تأثیر نمی‌گذارد. اما به عنوان یک محرک قوی سیستم عصبی، حس عمومی بهزیستی و تهییج را در فرد تقویت می‌کند که در نتیجه، احتمالاً تجارب جنسی را تشدید و تقویت می‌کند. برای بسیاری از افراد، رابطه جنسی تحت تأثیر مت آمفتامین به سرعت منجر به یک ارتباط بسیار قوی بین این دو می‌شود که به سختی می‌توان این پیوند را از بین برد. یکی بدون دیگری غیر قابل تصور می‌شود [۲۴].

جسمانی با شریک جنسی، تحریک فانتزی‌های وابسته به عشق شهوانی، تغییر ادراک مکان و زمان و کاهش پرخاشگری کمک می‌کند [۱۶]. افزایش تجارب جنسی ناشی از مصرف ماری‌جوانا را می‌تواند با انتظارات مصرف‌کنندگان، نوع شخصیت، سن، موقعیت مصرف و وضعیت رابطه زوجین تعدیل شود [۲۷]. برای مثال به‌نظر می‌رسد هنگامی که مقادیر زیادی از دارو مصرف می‌شود، اثرات مثبت درک شده کمتر رخ می‌دهند [۲۴].

### مواد مخدر (آپیوئیدها)

مصرف‌کنندگان تریاک و مشتقات آن مثل هرویین<sup>۱</sup> کمتر از سایر مصرف‌کنندگان دیگر مواد روان‌گردان اثرات مثبت جنسی را به مواد مصرفی شان نسبت می‌دهند [۲۳]. در مراحل اولیه سوء مصرف مواد آپیوئیدی، برخی از افراد بهبود عملکرد جنسی را تجربه می‌کنند. در زنان، این امر به آرامش ناشی از مواد آپیوئیدی و اثر ضد درد آن‌ها در موارد آمیزش جنسی دردناک<sup>۲</sup> و واژینیسموس مربوط می‌شود. در مردان، تأخیر ارگاسم ناشی از مواد آپیوئیدی ممکن است توسط کسانی که انزال سریع را قبل از مصرف مواد آپیوئیدی تجربه کرده‌اند، ارزشمند باشد [۲۸، ۲۹]. مصرف حاد هروئین می‌تواند موجب احساس لذت شدید مشابه ارگاسم (ارگاسم فارماکوژنیک<sup>۳</sup>) شود [۳۰، ۳۱]. دوره‌های فزون‌خواهی جنسی<sup>۴</sup> ممکن است در مردانی که در حال تجربه محرومیت از تریاک و مشتقات آن هستند مشاهده شود، با نعوذهای خود به خودی و انزال‌های شبانه [۳۲، ۳۳].

### کوکائین

کوکائین به طور مستقیم یا خاص بر چرخه پاسخ جنسی انسان تأثیر نمی‌گذارد. با این حال، مانند سایر محرک‌های سیستم عصبی، احساس بهزیستی، اعتماد بنفس و انرژی ناشی از مصرف مواد ممکن است باعث تشدید یا افزایش احساسات میل جنسی و شهوانی شود، به‌ویژه در مصرف‌کنندگان جدید کوکائین [۲۴]. به نظر می‌رسد کوکائین با توجه به سوء مصرف حاد یا مزمن آن، دو اثر متضاد بر تمایلات جنسی دارد. با توجه به اثرات

1. Opiate.
2. Dyspareunia.
3. Pharmacogenic Orgasm.
4. Hypersexuality.

5. Club Drugs.
6. Party Drugs.



## اکستازی

اکستازی از نظر ساختاری با آمفتامین محرک و مسکالین توهم‌زا مرتبط است و بسیاری از مصرف‌کنندگان معتقدند که یک داروی عشق<sup>۱</sup> است. مصرف اکستازی با افزایش میل، لذت و رضایت جنسی، و روان‌سازی واژن همراه است [۲۲]. در جدول ۱ اصلی‌ترین اثرات مصرف حاد مواد بر کارکرد جنسی نشان داده شده است.

### جدول ۱. خلاصه‌ای از اثرات مصرف حاد مواد بر کارکرد جنسی

|                        |   |
|------------------------|---|
| الکل                   | ارگاسم تأخیری، کاهش بازدارنده‌ها، تسهیل‌کننده و تقویت‌کننده قوای جنسی                                       |
| کانابیس                | افزایش میل، لذت و رضایت جنسی، افزایش شدت و کیفیت ارگاسم و افزایش لذت خودارضایی، اثر خفیف بر افزایش قوای جنس |
| مواد مخدر (آپیئوئیدها) | بهبود عملکرد جنسی، آرامش و اثر ضد دردی، ارگاسم تأخیری، احساس لذت شدید مشابه ارگاسم در مصرف هروئین           |
| کوکائین                | افزایش میل جنسی و شهوت و برانگیختگی جنسی، ارگاسم تأخیری   |
| آمفتامین               | افزایش میل، لذت و رضایت، کاهش بازدارنده‌ها، ارگاسم تأخیری   |
| اکستازی                | افزایش میل، لذت و رضایت جنسی و روان‌سازی واژن   |

## شیمی سکس

در شکلی از مصرف جنسی مواد که شیمی سکس<sup>۲</sup> یا مهمانی و بازی<sup>۳</sup> نام دارد موادی از قبیل مفدرن<sup>۴</sup>، گاما-هیدروکسی‌بوتیریک، گاما بوتیری لاکتون<sup>۵</sup>، مت‌آمفتامین، مهارکننده‌های فسفودی استراز نوع ۵<sup>۶</sup> (مانند سیلدنافیل<sup>۷</sup>، تادالافیل<sup>۸</sup>، واردنافیل<sup>۹</sup>)، نیتريت‌های آلکیل<sup>۱۰</sup> (مانند آمیل نیتريت<sup>۱۱</sup> یا پوپرها<sup>۱۲</sup>)، کتامین<sup>۱۳</sup> اغلب بصورت ترکیبی و

1. Love Drug.
2. Chemsex.
3. Party and Play.
4. Mephedrone.
5. Gamma-Butyrolactone (GBL).
6. Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors (PDE5-I).
7. Sildenafil.
8. Tadalafil.
9. Vardenafil.
10. Alkyl Nitrites.
11. Amyl Nitrate.
12. Poppers.
13. Ketamine.

عمدتاً توسط مردان همجنس‌گرا<sup>۱۴</sup>، دوجنس‌گرایان<sup>۱۵</sup> و سایر مردانی که با مردان رابطه جنسی دارند<sup>۱۶</sup> (MSM) مصرف می‌شوند [۴۱، ۴۰، ۳۹، ۴۰]. در برخی مطالعات شیوع طول عمر شیمی سکس ۳۱ درصد و شیوع یک ماهه آن ۱۶/۳ درصد گزارش شده است [۴۲]. شیوع مصرف تزریقی مواد روان‌گردان که اصطلاحاً اسلمینگ<sup>۱۷</sup> نامیده می‌شود در MSM در استرالیا ۱۰ درصد و در انگلستان ۱۶ درصد با تشخیص عفونت شیگلا فلکسنا<sup>۱۸</sup> 3a<sup>۱۸</sup> گزارش شده است [۴۳]. مصرف تزریقی مواد در MSM و زنانی که با زنان رابطه جنسی دارند<sup>۱۹</sup> (WSW) بیشتر از دگرجنس‌گرایانی است که شیمی سکس انجام می‌دهند [۴۴].

## کژکاری‌های جنسی در مصرف مزمن مواد

مصرف‌کنندگان مواد اغلب ناتوانی‌های جنسی را گاهی قبل از اعتیادشان تجربه می‌کنند و گاهی در نتیجه عادتشان. در هر صورت، این مشکلات جنسی می‌توانند وابستگی را تداوم بخشند یا ابزاری درمانی را تشکیل دهند که به ندرت توسط درمانگران اعتیاد استفاده می‌شود. هنگامی که زندگی جنسی مصرف‌کنندگان مواد مورد مطالعه قرار می‌گیرد، تقریباً تمام اجزای پاسخ جنسی را می‌توان مختل یافت. این امر به ویژه در افراد وابسته با مصرف مزمن و مکرر مواد صادق است [۶]. مصرف مزمن مواد به‌ویژه اثرات منفی بر سلامت جنسی مردان دارد که باید مورد توجه قرار گیرد [۴۵].

## نیکوتین

تحقیقات تجربی فراوانی در مورد تداخل سیگارکشیدن و کارکرد جنسی، به ویژه در تمایلات جنسی مردانه وجود دارد [۴۶، ۴۷]. مردان سیگاری ۱.۵ بیشتر از افراد غیرسیگاری احتمال ابتلا به اختلال نعوظ را دارند [۴۸]. به نظر می‌رسد که این خطر با شدت اعتیاد مرتبط با تعداد سیگارهای مصرف شده در روز و تعداد سال‌های مصرف سیگار مرتبط باشد [۴۹]. تأثیر سیگار بر عملکرد نعوظ، اگرچه در مردان مسن‌تر مشهودتر است، اما در مردان زیر

14. Gay.
15. Bisexual.
16. Men Who Have Sex with Men (MSM).
17. Slamming.
18. Shigella Flexneri 3a.
19. Women Who Have Sex with Women (WSW).

کاهش میل جنسی مشاهده می‌شود، همچنین مشکل در برانگیختگی جنسی، اختلال نعوظ، آنورگاسمی<sup>۴</sup> یا کاهش توانایی برای تجربه ارگاسم، تأخیر در انزال نیز در آن‌ها شایع است [۵۸، ۵۷، ۵۶، ۲۹].

### کانابیس

شیوع کلی کژ کاری نعوظ<sup>۵</sup> در مصرف‌کنندگان کانابیس ۶۹/۱ درصد برآورد شده است، تقریباً دو برابر بیشتر از گروه کنترل [۵۹]. استفاده مکرر از کانابیس با تعداد شرکای جنسی بیشتر هم برای مردان و هم برای زنان و مشکلاتی در توانایی مردان برای رسیدن به ارگاسم دلخواه همراه است [۳۲]. همچنین مصرف مزمن کانابیس ممکن است منجر به کاهش تستوسترون شود [۵].

### الکل

درحالی‌که مصرف الکل در واقع می‌تواند به عنوان یک بازدارنده عمل کند و باعث شود که برخی از افراد بیشتر پذیرای فعالیت جنسی باشند، این باور که الکل می‌تواند پاسخ جنسی را تشدید کند یک افسانه است. در واقع، الکل معمولاً اثر معکوس دارد، به ویژه در مقادیر زیاد، پاسخ جنسی را مختل می‌کند. اثرات حاد مصرف آن ممکن است در نعوظ، روانکاری واژن و ارگاسم اختلال ایجاد کند. با این وجود، برخی از مردانی که تمایل به انزال زودرس دارند، ممکن است اثر کندکنندگی الکل در ارگاسم را درک کنند. اما این اثر در مردان و زنانی که مشکل ارگاسم دارند نامطلوب خواهد بود. در افراد الکلی، تعدادی از اختلالات جنسی را می‌توان مشاهده کرد، از مهار میل، مشکلات برانگیختگی و ارگاسم تا مشکلات قاعدگی و ناباروری. در مردان، روند زناشه شدن<sup>۶</sup> را می‌توان مشاهده کرد [۱۶]. زناشه شدن مرتبط با مصرف مزمن الکل در مردان نیز به محتوای فیتواستروژن<sup>۷</sup> در نوشیدنی‌های الکلی نسبت داده شده است [۶۰]. الکل باعث کاهش هورمون‌های جنسی (تستوسترون، استرادیول و پروژسترون) در سطح غدد جنسی می‌شود. مصرف مزمن الکل ممکن است باعث آتروفی بیضه، مهار تولید تستوسترون و مهار تولید اسپرم شود [۶۲، ۶۱]. در نتیجه کاهش سطح استرادیول، مصرف مزمن الکل در زنان

۴۵ سال دیده می‌شود [۵۰]. با توجه به اینکه نیکوتین یک منقبض‌کننده قوی عروق است تأثیر آن بر کارکرد جنسی به راحتی قابل توضیح است. مؤلفه‌های جسمانی فاز برانگیختگی (یعنی نعوظ در مرد، تورم کلیتوریس و گرفتگی دستگاه تناسلی در زن) نیاز به جریان خون کارآمد در ناحیه تناسلی دارند و نیکوتین کارایی گردش خون را در این نواحی کاهش می‌دهد. از میان سیگاری‌ها، ۸۶٪ ارزیابی عروق آلت تناسلی غیرطبیعی دارند و آسیب فراساختاری در بافت بدن مردان مبتلا به اختلال نعوظ که سیگاری‌های مزمن هستند، شناسایی شده است [۵۱]. کاهش ۱۳ تا ۱۷ درصدی در تراکم اسپرم در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری مشاهده می‌شود. اگرچه این یک عامل خطر برای لقاح دشوار نیست، اما می‌تواند در مردانی که کیفیت مایع منی حاشیه‌ای دارند یا سایر عوامل خطرزا، موضوع مهمی باشد [۵۲]. سیگار کشیدن، جدای از اینکه به وضوح با خطر بالای اختلال نعوظ مرتبط است، همچنین تأثیر منفی فوری بر توانایی مردان برای به دست آوردن و حفظ نعوظ قوی دارد [۲۴]. زنان سیگاری ۴۸٪ بیشتر از غیر سیگاری‌ها مستعد ابتلا به کژ کاری‌های جنسی هستند [۵۳]. سیگار نکشیدن، حتی برای مدت کوتاه، می‌تواند عملکرد جنسی را بهبود بخشد. علاوه بر این، شواهدی وجود دارد که ترک سیگار می‌تواند مزایای طولانی مدتی بر عملکرد جنسی داشته باشد [۲۴، ۵۴].

### مواد مخدر (آپیوئیدها)

استفاده مزمن از آپیوئیدها مانند مورفین و هروئین باعث کاهش ترشح هورمون لوته‌ینیزه<sup>۱</sup> می‌شود که منجر به کاهش تستوسترون و استرادیول با افزایش گلوبولین متصل‌شونده هورمون جنسی آزاد<sup>۲</sup> که موجب هیپوگنادیسم<sup>۳</sup> یا کم کاری غدد جنسی می‌شود [۵۵]. این امر با کاهش میل جنسی، اختلال نعوظ و ناباروری همراه است. مصرف مزمن آپیوئیدها نیز با کاهش تولید آندروژن توسط غدد فوق کلیوی همراه است. اثرات مشابهی بر کارکرد جنسی در درمان طولانی مدت با مواد جایگزین آپیوئیدی نیز مشاهده می‌شود، البته بیشتر در مصرف متادون تا بوپرنورفین [۵]. در اکثر معتادین به هروئین

4 . Anorgasmia.

5 . Erectile Dysfunction (ED).

6 . Feminization.

7 . Phytoestrogen.

1 . Luteinizing Hormone.

2 . Free Sex Hormone Binding Globulin.

3 . Hypogonadism.

شده است [۲۲، ۷۰]. اصلی ترین کژ کاری ها جنسی در نتیجه مصرف مزمن مواد در جدول ۲ نشان داده شده اند.

### مصرف مواد و رفتارهای جنسی پرخطر

حجم قابل توجهی از تحقیقات در حوزه رفتار جنسی و مواد روان گردان به گسترش HIV و هیپاتیت مرتبط با مصرف جنسی مواد و تلاش های جامعه برای جلوگیری از این عفونت ها سر و کار دارد [۷۱]. در مورد اینکه مصرف مواد می تواند قضاوت مطلوب در مورد موقعیت جنسی احتمالی مختل کند یا افراد پس از مصرف مواد کمتر می توانند از اقدامات ایمن در مورد بیماری های مقاربتی استفاده کنند و اینکه مصرف کنندگان مواد نه به دلیل مصرف مواد، بلکه به دلیل ویژگی های شخصیتی خود در معرض خطر هستند پرسش هایی مطرح هستند. تحقیقات [۲۹] نشان می دهند، حداقل برای مردان وابسته به مواد مخدر فعالیت جنسی کاهش می یابد، اما واقعیت این است که اکثر مصرف کنندگان مواد، از جمله تزریق کنندگان مواد، در رابطه جنسی با شرکای خود فعال هستند یا در اقلیت معناداری (عمدتاً زنان) درگیر تن فروشی هستند [۷۲]. میزان استفاده از کاندوم، حتی برای تزریق کننده های مواد، برای مردان و زنان پایین و نامطلوب است [۷۳]. خطر انتقال HIV در بین مصرف کنندگان مواد غیر وریدی به احتمال زیاد با انتقال جنسی HIV مرتبط است، به ویژه به دلیل شیوع رفتارهای جنسی پرخطر و بیماری های مقاربتی در این جمعیت [۷۴]. زنان معتاد به احتمال زیاد شریک جنسی معتاد دارند و یا اینکه با یک فرد معتاد زندگی می کنند [۷۵]. به این ترتیب، مصرف کنندگان مواد می توانند در معرض خطر ابتلا به بیماری های مقاربتی باشند یا شریک جنسی خود را در معرض خطر قرار دهند، زیرا سطوح نسبتاً بالایی از اختلاط جنسی بین تزریق کننده ها و غیر تزریقی ها [۷۲] و بین مصرف کنندگان و غیرمصرف کنندگان مواد [۶] وجود دارد. تن فروشی می تواند منبع درآمدی برای معتادان به مواد باشد [۷۲]. تعداد معناداری از زنان معتاد به مواد به تن فروشی می پردازند، و سنی که در آن این فعالیت ها شروع می شود با سنی که در آن آنها مصرف روزانه مواد را شروع می کنند ارتباط دارد. سطوح بالایی از مقاربت مقعدی محافظت نشده در میان روسپی ها و مصرف کنندگان مواد مشاهده می شود [۷۶]. از آنجایی که

ممکن است باعث اختلال در روانکاری واژن و آمیزش جنسی دردناک<sup>۱</sup> شود. مصرف طولانی مدت الکل ممکن است منجر به از دست دادن سلول های عصبی وازوپرسین و اکسی توسین در هیپوتالاموس شود [۶۳]. اکسی توسین هورمونی است که در طول پاسخ جنسی ترشح می شود و با افزایش این پاسخ و برانگیختگی در زنان مرتبط است [۶۵]. [۶۴]

### کوکائین

مصرف منظم و طولانی مدت کوکائین، به اشکال تو دماغی، تزریقی یا تدخین (کراک کوکائین) جدا از سلامت کلی مصرف کننده، اثرات منفی معناداری بر کارکرد جنسی دارد. مشکلات نعوظ، کاهش میل جنسی و کاهش توانایی برای رسیدن به ارگاسم در مصرف کنندگان منظم کوکائین و کراک کوکائین شایع است [۶۶، ۶۷]. گزارش هایی از موارد پریاپیسم<sup>۲</sup> یا نعوظ مانا مرتبط با تزریق کوکائین داخل اجسام غاری<sup>۳</sup> آلت تناسلی مردان وجود دارد [۶۸].

### آمفتامین ها

افراد از هر دو جنس با مصرف آمفتامین ها در دوزهای بالا، نمی توانند به ارگاسم دست یابند و نسبت به رابطه جنسی بی علاقه می شوند. هنگامی که آمفتامین ها تزریق می شوند، برخی افراد اوج<sup>۴</sup> شدید را تجربه می کنند، میل جنسی کاهش می یابد و تماس جسمانی به طور چشمگیری کاهش می یابد [۳۵]. استفاده طولانی مدت از داروهای مبتنی بر آمفتامین با اختلال نعوظ و تأخیر در انزال در مردان و همچنین ارگاسم تأخیری در زنان مرتبط است [۳۴]. علاوه بر این، استفاده طولانی مدت از مت آمفتامین به شدت با وضعیتی به نام کریستال دیک<sup>۵</sup> مرتبط است که در آن فرد مصرف کننده میل جنسی قوی، انرژی بالا و بازداری های جنسی کمی دارد، اما قادر به نعوظ نیست [۶۹].

### اکستازی

اختلال در نعوظ و تأخیر در رسیدن به ارگاسم و مواردی از پریاپیسم در مصرف کنندگان اکستازی گزارش

1. Dyspareunia.
2. Priapism.
3. Intracavernosal Injection.
4. Highs.
5. Crystal Dick.

در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر که رفتارهای جنسی پرخطر داشتند، در درمان نگه دارنده با متادون کاهش می‌یابد [۷۷].

تن فروشی در این جمعیت عمدتاً در نتیجه اعتیاد به مواد انجام می‌شود، درمان وابستگی به مواد می‌تواند تأثیر مثبتی بر آن رفتار داشته باشد. رابطه جنسی برای تهیه مواد یا پول

جدول ۲. اصلی‌ترین کژکاری‌های جنسی در نتیجه مصرف مزمن مواد

| ماده روان‌گردان             | کژ کاری جنسی   | پاتوفیزیولوژی احتمالی  |
|-----------------------------|--|--|
| الکل                        | مردان: کاهش برانگیختگی جنسی، اختلال در نعوظ، اختلال در انزال<br>زنان: کاهش روانکاری واژن، آمیزش جنسی دردناک، مشکل در رسیدن به ارگاسم | مهار محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال، کاهش ترشح گنادوتروپین، سرکوب تستوسترون، کاهش آزادسازی مولکول‌های گشادکننده عروق، سمیت توسط مولکول‌های اکسیدان، نوروپاتی                    |
| نیکوتین                     | مردان: اختلال در نعوظ<br>زنان: کاهش روانکاری واژن، ارگاسم تأخیری   | اثرات قوی نیکوتین بر تنگ‌کنندگی عروق   |
| کانابیس                     | کژ کاری نعوظ   | کاهش تستوسترون، گیرنده‌های CB1 در هسته پارا بطنی، گیرنده‌های CB1 و CB2 در جسم غاری   |
| آپیوئیدها                   | کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ، ناباروری  | کاهش هورمون لوتئینیزه کننده، کاهش تستوسترون، کاهش تولید آندروژن توسط غدد فوق کلیوی   |
| کوکائین                     | کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ، ارگاسم تأخیری، تأخیر در انزال، نعوظ مانا  | اثرات منقبض‌کننده عروق در مصرف حاد کوکائین، فعال شدن آدرنرژیک وجود دارد، اما مصرف مزمن می‌تواند منجر به تخلیه نوراپی نفرین عصبی و نعوظ مانا شود.                                     |
| محرک‌ها (آمفتامین، اکستازی) | اختلال در نعوظ، کاهش میل جنسی، ارگاسم تأخیری، دیک کریستال  | اختلال در شل‌شدن عضلات صاف بدن از طریق اثر بر روی سیستم عصبی سمپاتیکی، اثرات بر کانال‌های پتاسیم MaxiK و Ca2+ داخل سلولی، مکانیسم مشابهی برای نعوظ مانا توضیح داده شد. برای کوکائین. |

پیشگیری از STDs شود. مصرف مواد (از جمله الکل، ماری‌جوانا، مت‌آمفتامین‌ها و سایرین) قبل یا در حین رابطه جنسی، یک پیش‌بینی‌کننده مهم رفتارهای جنسی پرخطر، صرف نظر از جنسیت، سن، قومیت یا گرایش جنسی است [۸۲، ۸۱، ۸۰]. البته رابطه بین مصرف مواد و رفتارهای جنسی پرخطر ساده نیست و می‌تواند متأثر از دیگر عوامل از جمله شخصیت باشد. افراد مصرف‌کننده مواد که از کاندوم استفاده نمی‌کنند در ویژگی‌های تکانش‌گری، ریسک‌پذیری و هیجان‌طلبی به طور معناداری نمرات بالاتری دریافت می‌کنند [۸۳]. رفتار پرخطر جنسی ممکن است در چارچوب ادراک مراجعین از خود و روابطشان، در نتیجه رویدادهای آسیب‌زای گذشته و سبک زندگی فعلی درک و توضیح داده شود [۸۴]. مت‌آمفتامین احتمال اینکه مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین همجنس‌گرا، دوجنس‌گرا و دگرجنس‌گرا درگیر رفتارهای پرخطر جنسی HIV و عفونت‌های مقاربتی شوند را افزایش می‌دهد [۸۵، ۶۷، ۳۶].

در واقع، درمان ممکن است برای کاهش خطر جنسی در معتادان به مواد مخدر حیاتی باشد، اما ممکن است نیاز به افزایش یا یافتن راهبردهای جدید برای پیشگیری از خطر باشد، زیرا برخی مطالعات نشان می‌دهند که هیچ ارتباطی بین درمان و اعمال جنسی ایمن‌تر وجود ندارد [۷۸]. به‌نظر می‌رسد مصرف‌کنندگانی که در طول عمر بیشتر در معرض درمان قرار داشتند، امتیازات پایین‌تری برای رابطه جنسی پرخطر دریافت می‌کنند [۷۹]. به عبارتی دوره‌های متوالی درمان ممکن است اثرات تجمعی طولانی‌مدت بر رفتارهای پرخطر منتج به اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان مواد داشته باشد. علاوه بر مشکلات مربوط به وابستگی به مواد، باید تأثیر مصرف حاد مواد و تأثیر احتمالی آن بر تصمیم‌گیری در مورد موقعیت‌های جنسی پرخطر را در نظر گرفته شود. استفاده از یک ماده تغییر دهنده ذهن قبل از فعالیت جنسی ممکن است منجر به اختلال در تصمیم‌گیری در مورد کل وضعیت، از جمله

که ممکن است طعم شور مشخصی داشته باشد، در دوزهای کم، مهار را کاهش می‌دهد و احساس سرخوشی را القا می‌کند، در دوزهای بالاتر باعث خواب آلودگی، فراموشی، گیجی و توهم می‌شود که می‌تواند با حالت تهوع و استفراغ همراه باشد [۸۹، ۹۰]. کتامین<sup>۳</sup> یک بی‌حس کننده سریع الاثر غیرمخدري است که مصرف آن بیهوشی تجزیه‌ای<sup>۴</sup> را ایجاد می‌کند و اثرات روان گردان آن از تجزیه و مسخ شخصیت تا تجربیات روان پریشی را شامل می‌شود و اگر در نوشیدنی‌های الکلی مخلوط شود، اثر هم‌افزایی حاصل می‌شود [۹۱].

### بحث و نتیجه‌گیری

تأثیر مواد روان گردان بر رفتار جنسی انسان را می‌توان در سه حوزه در نظر گرفت: ۱. استفاده عمدی از مواد روان گردان برای تسهیل یا تقویت رفتارهای جنسی؛ ۲. ارتباط مصرف مواد با کژ کاری‌های جنسی و ۳. ارتباط آن‌ها با رفتارهای جنسی پرمخاطره یا پرگزند. باید بین اثرات حاد و اثرات مزمن مواد روان گردان تمایز قائل شد. علاوه بر این، از نظر شیوع شناختی، سه نوع متمایز از جمعیت مورد مطالعه برای اختلالات جنسی مرتبط با مصرف مواد روان گردان وجود دارد: جمعیت با اختلالات جنسی، جمعیت‌های بالینی با اختلالات مصرف مواد و مطالعات جمعیتی<sup>۵</sup> که عموماً فقط بر روی مواد مصرفی رایج قرار می‌گیرند. در مصرف جنسی مواد که رفتاری نسبتاً شایع است مواد روان گردان به شکل حاد و کاملاً آگاهانه برای تقویت یا بهبود کارکرد جنسی مصرف می‌شوند. در این حوزه فرد ممکن است به یک اختلال اولیه جنسی مانند انزال زودرس مبتلا و مصرف مواد با هدف خود درمانی باشد. صرف‌نظر از پیامدهای تقویت کننده مصرف حاد و موردی مواد بر کارکرد جنسی، به نظر می‌رسد مصرف مزمن مواد موجب کژ کاری‌های جنسی می‌شود، از جمله کم‌میلی جنسی، کژ کاری نعوظ، و ارگاسم تأخیری. حوزه پژوهشی ارتباط بین مصرف مواد با رفتارهای جنسی پرگزند بسیار پربار و مستند است. مصرف جنسی مواد پیش‌بین ابتلا به بیماری‌های مقاربتی جنسی از جمله HIV است. این خطر به‌ویژه در مردانی که با دیگر مردان

مصرف‌کنندگان آمفتامین در اشکالی از فعالیت‌های جنسی شرکت می‌کنند که معمولاً در هنگام پاک‌ی از مواد آن‌ها را تجربه نمی‌کنند [۳۵]. ارتباط محکمی بین مصرف دارو و افزایش رفتارهای جنسی ناامن وجود دارد که مصرف‌کنندگان متامفتامین را در معرض خطر HIV و سایر STDs قرار می‌دهد [۸۱]. این ارتباط ممکن است توسط ترکیبی از اثرات مصرف مثل کاهش بازدارنده‌های جنسی، میل جنسی و انرژی بالا و زمینه جنسی بسیار تحریک کننده که در آن اغلب مصرف متامفتامین صورت می‌گیرد، توضیح داده شود [۲۴].

### تجاوز جنسی تسهیل شده با مواد

تجاوز جنسی یک مشکل اجتماعی بزرگ در سراسر جهان است. تجاوز جنسی تسهیل شده با مواد<sup>۱</sup> نوعی تجاوز جنسی است که توسط مواد روان گردان تسهیل می‌شود. در DFSA در سراسر جهان بسیار شایع است، اگرچه معمولاً کمتر گزارش می‌شود [۸۶]. مهاجمان غالباً مردانی هستند که بیشتر قربانیان را قبل از حمله می‌شناسند، قربانیان زنان جوان زیر ۳۰ سال هستند. الکل ماده‌ای است که در اکثر موارد DFSA دخیل است و مصرف ارادی آن غالب است [۸۷]. در شکلی از DFSA که در قرارهای ملاقات رخ می‌دهد برخی مواد که از آن‌ها به عنوان مواد مورد استفاده برای تجاوز جنسی در قرار ملاقات<sup>۲</sup> یاد می‌شود به شکل پنهانی برای زایل کردن هوشیاری یا حافظه به فرد قربانی خورانده می‌شود. چنین موادی معمولاً در موقعیت‌های اجتماعی به مشروبات الکلی اضافه می‌شوند. انواع رایج این مواد عبارتند از باربیتورات‌ها، بنزودیازپین‌های قوی (فلونیترازپام، تریازولام)، و ماده غیرمجاز GHB (گاما هیدروکسی بوتیرات) [۸۸]. فلونیترازپام هنگامی که در یک نوشیدنی حل شود، بی‌بو و بی‌مزه است و علائمی شبیه مسمومیت با الکل ایجاد می‌کند و باید در مورد هرگونه تجاوز جنسی مربوط به فردی که به نظر می‌رسد مست یا دچار فراموشی است احتمال خورانده شدن آن بررسی شود. GHB (اکستازی مایع) متابولیت ناقل عصبی مهار کننده گامامینوبوتیریک اسید است که به عنوان یک تضعیف‌کننده سیستم عصبی مرکزی عمل می‌کند، بی‌رنگ و بی‌بو است

3 . Ketamine.  
4 . Dissociative Anesthesia.  
5 . Population Studies.

1 . Drug-Facilitated Sexual Assault (DFSA).  
2 . Date-Rape Drug.

- 3- Hallinan R. Sexual Function and Alcohol and Other Drug Use. In N, el-Guebaly G, Carrà, M, Galanter., A.M, Baldacchino. (eds) Textbook of Addiction Treatment. 2021Springer; Cham.
- 4- Nevendorff L, Schroeder SE, Pedrana A, Bourne A, Stooé M. Prevalence of sexualized drug use and risk of HIV among sexually active MSM in East and South Asian countries: systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2023; 26(1): e26054. <https://doi.org/10.1002/jia2.26054>
- 5- Ghadigaonkar DS, Murthy P. Sexual dysfunction in persons with substance use disorders. *Journal of Psychosexual Health*. 2019; 1(2), 117-121.
- 6- Palha AP, & Esteves M. (2008). Drugs of abuse and sexual functioning. In R. Balon (Ed), *Sexual Dysfunction*. 2008; Karger. 131-149. <https://doi.org/10.1159/000126628>
- 7- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Wolters Kluwer (10th edition). 2017.
- 8- Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Wolters Kluwer 2022. (12th edition).
- 9- Feaster D J, Parish CL, Gooden L, Matheson T, Castellon PC, Duan R, et al. Substance use and STI acquisition: Secondary analysis from the AWARE study. *Drug and alcohol dependence*. 2016; 169: 171-179. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.027>
- 10- Bruno A, Scimeca G, Marino AG, Mento C, Micò U, Romeo VM, et al. Drugs and sexual behavior. *Journal of psychoactive drugs*. 2012; 44(5): 359-364. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.736801>
- 11- Carroll JF, McGinley JJ, Mack SE. Exploring the self-reported sexual problems and concerns of drug-dependent males and females in modified, therapeutic community treatment. *Journal of substance abuse treatment*. 2001; 20(3): 245-250. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(01\)00164-7](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(01)00164-7)
- 12- El-Bassel N, Gilber L, Rajah V. The relationship between drug abuse and sexual performance among women on methadone. Heightening the risk of sexual intimate violence and HIV. *Addictive behaviors*. 2003; 28(8): 1385-1403. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00266-6](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00266-6)
- 13- American Psychological Association. Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). 2020.

رابطه جنسی دارند پررنگ‌تر است؛ بنابراین برنامه‌های پیشگیری برای مصرف‌کنندگان تفریحی مواد و معتادان به مواد و شرکای جنسی آن‌ها از باید اولویت‌های بهداشتی باشد [۶]. از جمله حوزه‌های کمتر توجه شده پژوهشی تجاوز جنسی تسهیل شده با مواد که به‌نظر می‌رسد در سراسر جهان بسیار شایع است، اگرچه معمولاً کمتر گزارش می‌شود. الکل ماده‌ای است که در اکثر موارد DFSA دخیل است و مصرف ارادی آن غالب است. مداخلات دارودرمانی که معمولاً در درمان اعتیاد استفاده می‌شوند از جمله؛ دارودرمانی‌های آپئوئیدی<sup>۱</sup>، مانند متادون، می‌توانند بر عملکرد جنسی تأثیر منفی بگذارند و پیامدهایی برای تبعیت<sup>۲</sup> و اثربخشی درمان داشته باشند. علاوه بر این، همبودی‌های<sup>۳</sup> روان‌شناختی و جسمانی رایج در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد ممکن است موجب کژ کاری جنسی شود. درک این مسائل می‌تواند به بالین‌گرانی که در زمینه اعتیاد کار می‌کنند کمک کند تا انگیزه‌های ادامه یا کاهش مصرف مواد را درک کنند، به مداخلات انگیزشی و کاهش آسیب کمک کنند و درک مسائل مربوط به پیروی از درمان را بهبود بخشند. در حالی که چالش‌هایی برای بالین‌گران برای صحبت کردن در مورد تمایلات جنسی با بیمارانشان وجود دارد، این حوزه ممکن است بخش مهمی از ارزیابی جامع و برنامه‌ریزی درمان باشد. مزایای بالینی پرداختن به این مسائل، از کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی تا بهبود کیفیت زندگی افرادی که تحت درمان قرار می‌گیرند، می‌تواند قابل توجه باشد [۳].

## منابع

- 1- Li J, Liu H, Li J, Luo J, Koram N, & Detels, R. Sexual transmissibility of HIV among opiate users with concurrent sexual partnerships: an egocentric network study in Yunnan, China. *Addiction (Abingdon, England)*. 2011; 106(10): 1780-1789. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03459.x>
- 2- Armour S, & Haynie DL. Adolescent Sexual Debut and Later Delinquency. *Journal Of Youth And Adolescence*. 2006; 36(2), 141-152.

- 
- 1 . Opioid Pharmacotherapies.
  - 2 . Adherence.
  - 3 . Comorbidities.

- 23-Rawson, RA, Washton A, Domier CP, & Reiber C. Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. *Journal of substance abuse treatment*. 2002; 22(2): 103-108.  
[https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(01\)00215-x](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(01)00215-x)
- 24-McKay A. Sexuality and substance use: The impact of tobacco, alcohol, and selected recreational drugs on sexual function. *The Canadian journal of human sexuality*. 2005; 14(1/2): 47.
- 25-Halikas J, Weller R, Morse C. Effects of regular marijuana use on sexual performance. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1982; 14(1-2): 59-70.
- 26-Moser A, Ballard SM, Jensen J, Averett P. The influence of cannabis on sexual functioning and satisfaction. *Journal of Cannabis Research*. 2023; 5(1): 1-11. <https://doi.org/10.1186/s42238-022-00169-2>
- 27-Rosen RC. Alcohol and drug effects on sexual response: Human experimental and clinical studies. *Annual review of sex research*. 1991; 2(1): 119-179.
- 28-Smith DE, Moser C, Wesson DR, Apter M, Buxton ME, Davison JV, et al. A clinical guide to the diagnosis and treatment of heroin-related sexual dysfunction. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1982; 14(1-2): 91-99.  
<https://doi.org/10.1080/02791072.1982.10471916>
- 29-Palha AP, Esteves M. A study of the sexuality of opiate addicts. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2002; 28(5): 427-437.  
<https://doi.org/10.1080/00926230290001547>
- 30-Chessick RD. The pharmacogenic orgasm in the drug addict. *Archives of General Psychiatry*. 1960; 3(5): 545-556.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1960.01710050095010>
- 31-Seecof R, Tennant FS. Subjective perceptions to the intravenous "rush" of heroin and cocaine in opioid addicts. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 1986; 12(1-2), 79-87. <https://doi.org/>
- 32-Smith AM, Ferris JA, Simpson JM, Shelley J, Pitts MK, Richters J. Cannabis use and sexual health. *The journal of sexual medicine*. 2010; 7(2 Pt 1): 787-793. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01453.x>
- 33-Redmond Jr DE, Kosten TR, Reiser MF. Spontaneous ejaculation associated with anxiety: psychophysiological considerations. *The American journal of psychiatry*. 1983; 140(9): 1163-1166.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.140.9.1163>
- 14-Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*. 2018; 55: 131-148.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.002>
- 15-Pufall EL, Kall M, Shahmanesh M, Nardone A, Gilson R, Delpech V, et al. Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV medicine*. 2018; 19(4): 261-270.  
<https://doi.org/10.1111/hiv.12574>
- 16-Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Sexual dysfunction*. 2008; 29: 89-106.  
<https://doi.org/10.1159/000126626>
- 17-Gómez-Núñez MI, Molla-Esparza C, Gandia Carbonell N, Badenes Ribera L. Prevalence of Intoxicating Substance Use Before or During Sex Among Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*. 2023. 1-24. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02572-z>
- 18-Ssekamatte T, Nalugya A, Mugambe RK, Wagaba B, Nakalembe D, Mutebi A, et al. Prevalence and predictors of sex under the influence of psychoactive substances among young people in informal settlements in Kampala, Uganda. *BMC public health*. 2023; 23(1): 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15679-8>
- 19-Foxman B, Aral SO, Holmes KK. Common use in the general population of sexual enrichment aids and drugs to enhance sexual experience. *Sexually transmitted diseases*. 2006; 156-162.  
<https://doi.org/10.1097/01.olq.0000187210.53010.10>
- 20-Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodriguez JA, et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC public health*. 2008; 8: 155.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-155>
- 21-McElrath K. MDMA and sexual behavior: ecstasy users' perceptions about sexuality and sexual risk. *Substance use & misuse*. 2005; 40(9-10): 1461-1477.  
<https://doi.org/10.1081/JA-200066814>
- 22-Zemishlany Z, Aizenberg D, & Weizman A. Subjective effects of MDMA ('Ecstasy') on human sexual function. *European Psychiatry*. 2001; 16(2), 127-130.  
[https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(01\)00550-8](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(01)00550-8)

- 44-Heinsbroek E, Glass R, Edmundson C, Hope V, & Desai M. Patterns of injecting and non-injecting drug use by sexual behaviour in people who inject drugs attending services in England, Wales and Northern Ireland, 2013–2016. *International Journal of Drug Policy*. 2018; 55: 215-221. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.017>
- 45-Mostafa T, Alghobary M. Substance abuse and male sexual dysfunction: what lies beneath?. *Sexual Medicine Reviews*. qead011. 2023. <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qead011>
- 46-Derby CA, Mohr BA, Goldstein I, Feldman H. A, Johannes CB, McKinlay JB. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk?. *Urology*. 2000; 56(2): 302-306. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(00\)00614-2](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(00)00614-2)
- 47-Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, Kleinman KP, Mohr BA, Araujo AB, et al. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Preventive medicine*. 2000; 30(4): 328-338. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0643>
- 48-Dorey G. Is smoking a cause of erectile dysfunction? A literature review. *British Journal of Nursing*. 2001; 10(7): 455-465. <https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.7.5331>
- 49-Gades NM, Nehra A, Jacobson DJ, McGree M E, Girman CJ, Rhodes T., et al. Association between smoking and erectile dysfunction: a population-based study. *American journal of epidemiology*. 2005; 161(4): 346-351. <https://doi.org/10.1093/aje/kwi052>
- 50-Natali A, Mondaini N, Lombardi G, Del Popolo G, Rizzo M. Heavy smoking is an important risk factor for erectile dysfunction in young men. *International journal of impotence research*. 2005; 17(3): 227-230. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901275>
- 51-Sullivan ME, Keoghane SR, Miller MAW. Vascular risk factors and erectile dysfunction. *BJU international*. 2001; 87(9): 838-845. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2001.02211.x>
- 52-Wolf R, Shulmam A. Erectile dysfunction and fertility related to cigarette smoking. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 1996; 6(3): 209-216.
- 53-Salari N, Hasheminezhad R, Abdolmaleki A, Kiaei A, Shohaimi S, Akbari H, et al. The effects of smoking on female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*. 2022; 25(6): 1021-1027. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01281-1>
- 34-Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *Journal of psychoactive drugs*. 2001; 33(3): 223-232. <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400569>
- 35-Hafen BQ, Soulier D, Black C. Amphetamines Facts and Figures: Facts, Figures, and Information. Hazelden Publishing. 1990.
- 36-Semple SJ, Patterson TL, & Grant I. The context of sexual risk behavior among heterosexual methamphetamine users. *Addictive behaviors*. 2004; 29(4): 807-810. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.013>
- 37-Kurtz SP. Post-circuit blues: motivations and consequences of crystal meth use among gay men in Miami. *AIDS and Behavior*. 2005; 9: 63-72. <https://doi.org/10.1007/s10461-005-1682-3>
- 38-Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *The Lancet*. 2013; 381(9861): 101-102. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60032-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60032-x)
- 39-Stuart, D. ChemSex and care-planning: One year in practice. *HIV nursing*. 2015; 15(2), 24-28. View of ChemSex and care-planning: One year in practice
- 40-Mohammed H, Were J, King C, Furegato M, Nardone A, Hughes G. Sexualised drug use in people attending sexual health clinics in England. *Sexually transmitted infections*. 2016; 92(6): 454-454. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052740>
- 41-Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardò FP. When “chems” meet sex: a rising phenomenon called “chemsex”. *Current neuropharmacology*. 2017; 15(5): 762-770. <https://doi.org/10.2174/1570159X15666161117151148>
- 42-Donnadieu-Rigole H, Peyrière H, Benyamina A, & Karila L. Complications related to sexualized drug use: what can we learn from literature?. *Frontiers in neuroscience*. 2020; 14: 548704. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.548704>
- 43-Gilbart VL, Simms I, Jenkins C, Furegato M, Gobin M, Oliver I, et al. Sex, drugs and smart phone applications: findings from semistructured interviews with men who have sex with men diagnosed with *Shigella flexneri* 3a in England and Wales. *Sexually transmitted infections*. 2015; 91(8): 598-602. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052014>



- 64-Carmichael MS, Humbert R, Dixen J, Palmisano G, Greenleaf W, Davidson JM. Plasma oxytocin increases in the human sexual response. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1987; 64(1): 27-31. <https://doi.org/10.1210/jcem-64-1-27>
- 65-Blaicher W, Gruber D, Bieglmayer C, Blaicher A M, Knogler W, Huber JC. The role of oxytocin in relation to female sexual arousal. *Gynecologic and obstetric investigation*. 1999; 47(2): 125-126. <https://doi.org/10.1159/000010075>
- 66-Macdonald PT, Waldorf D, Reinerman C, Murphy S. Heavy cocaine use and sexual behavior. *Journal of Drug Issues*. 1988; 18(3): 437-455.
- 67-Weatherby NL, Shultz JM, Chitwood DD, McCoy HV, McCoy CB, Ludwig DD, et al. Crack cocaine use and sexual activity in Miami, Florida. *Journal of psychoactive drugs*. 1992; 24(4): 373-380. <https://doi.org/10.1080/02791072.1992.10471661>
- 68-Mireku-Boateng AO, Tasié B. Priapism associated with intracavernosal injection of cocaine. *Urologia internationalis*. 2001; 67(1): 109-110. <https://doi.org/10.1159/000050961>
- 69-Hirshfield S, Remien RH, Walavalkar I, Chiasson MA. Crystal methamphetamine use predicts incident STD infection among men who have sex with men recruited online: a nested case-control study. *Journal of medical Internet research*. 2004; 6(4): e71. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.4.e41>
- 70-Buffum J, Moser C. MDMA and human sexual function. *Journal of psychoactive drugs*. 1986; 18(4): 355-359. <https://doi.org/10.1080/02791072.1986.10472369>
- 71-Battjes RJ, Leukefeld CG, Amsel Z. Community prevention efforts to reduce the spread of AIDS associated with intravenous drug abuse. AIDS and intravenous drug use: Future directions for community-based prevention research. 288. 1990.
- 72-Rhodes T, Stimson GV, Quirk A. Sex, drugs, intervention, and research: from the individual to the social. *Substance use & misuse*. 1996; 31(3): 375-407. <https://doi.org/10.3109/10826089609045817>
- 73-Schilling RF, el-Bassel N, Schinke SP, Nichols S, Botvin GJ, Orlandi MA. Sexual behavior, attitudes toward safer sex, and gender among a cohort of 244 recovering i.v. drug users. *The International journal of the addictions*. 1991; 26(8): 859-877. <https://doi.org/10.3109/10826089109058926>
- 54-Pourmand G, Alidaee MR, Rasuli S, Maleki A, Mehrsai A. Do cigarette smokers with erectile dysfunction benefit from stopping?: a prospective study. *BJU international*. 2004; 94(9): 1310-1313. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2004.05162.x>
- 55-Vuong C, Van Uum SH, O'Dell LE, Lutfy K, & Friedman TC. The effects of opioids and opioid analogs on animal and human endocrine systems. *Endocrine reviews*. 2010; 31(1): 98-132. <https://doi.org/10.1210/er.2009-0009>
- 56-Cushman P. Sexual behavior in heroin addiction and methadone maintenance. New York State Journal of Medicine. 1972.
- 57-Mintz J, O'hare K, O'brien CP, Goldschmid J. Sexual problems of heroin addicts. *Archives of General Psychiatry*. 1974; 31(5): 700-703. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760170088014>
- 58-Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Masters and Johnson on sex and human loving. 1986.
- 59-Pizzol D, Demurtas J, Stubbs B, Soysal P, Mason C, Isik AT, et al. Relationship Between Cannabis Use and Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of men's health*. 2019; 13(6): 1557988319892464. <https://doi.org/10.1177/1557988319892464>
- 60-Calabrese, G. Nonalcoholic compounds of wine: the phytoestrogen resveratrol and moderate red wine consumption during menopause. *Drugs under experimental and clinical research*. 1999; 25(2-3): 111-114.
- 61-Nordmann R, Ribiere C, Rouach H. Ethanol-induced lipid peroxidation and oxidative stress in extrahepatic tissues. *Alcohol and Alcoholism*. 1990; 25(2-3): 231-237. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.alcalc.a044996>
- 62-Rivier C, Rivest S, Vale W. Alcohol-induced inhibition of LH secretion in intact and gonadectomized male and female rats: Possible mechanisms. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1992; 16(5): 935-941. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1992.tb01896.x>
- 63-Silva SM, Madeira MD, Ruela C, Paula-Barbosa, M. M. Prolonged alcohol intake leads to irreversible loss of vasopressin and oxytocin neurons in the paraventricular nucleus of the hypothalamus. *Brain research*. 2002; 925(1): 76-88. [https://doi.org/10.1016/s0006-8993\(01\)03261-9](https://doi.org/10.1016/s0006-8993(01)03261-9)

- 82-Mulry G, Kalichman SC, Kelly JA. Substance use and unsafe sex among gay men: Global versus situational use of substances. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1994; 20(3): 175-184.  
<https://api.semanticscholar.org/CorpusID:147624548>
- 83-Schafer J, Blanchard L, Fals-Stewart W. Drug use and risky sexual behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1994; 8(1): 3.  
<https://doi.org/10.1037/0893-164X.8.1.3>
- 84-Singer N. Understanding sexual risk behavior from drug users' accounts of their life experiences. *Qualitative Health Research*. 1995; 5(2): 237-249.  
<https://doi.org/10.1177/104973239500500207>
- 85-Frosch D, Shoptaw S, Huber A, Rawson RA, Ling W. Sexual HIV risk among gay and bisexual male methamphetamine abusers. *Journal of substance abuse treatment*. 1996; 13(6): 483-486.  
[https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(96\)00098-0](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(96)00098-0)
- 86-Amzat J, Kanmodi KK, Aminu K, Egbedina E. A. Drug-facilitated sexual assault in Africa: A scoping review of empirical evidence. *Public health challenges*. 2023; 2(3): e119.
- 87-Recalde-Esnoz I, Prego-Meleiro P, Montalvo G, & Del Castillo H. Drug-facilitated sexual assault: a systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*. 15248380231195877. 2023.  
<https://doi.org/10.1177/15248380231195877>
- 88-VandenBos GR. APA dictionary of psychology (2th ed). American Psychological Association. 2015.
- 89-Burrell A, Woodhams J, Gregory P, Robinson E. Spiking: Prevalence and Motivation. (2023).
- 90-Pérez Orts M, van Asten A, Kohler I. The Evolution Toward Designer Benzodiazepines in Drug-Facilitated Sexual Assault Cases. *Journal of Analytical Toxicology*. 2023; 47(1): 1-25.  
<https://doi.org/10.1093/jat/bkac017>
- 91-Pal HR, Berry N, Kumar R, Ray R. Ketamine dependence. *Anaesthesia and intensive care*. 2002; 30(3): 382-384.  
<https://doi.org/10.1177/0310057X0203000323>
- 74-Lehman JS, Allen DM, Green TA, Onorato I M. HIV infection among non-injecting drug users entering drug treatment, United States, 1989-1992. Field Services Branch. *AIDS* (London, England). 1994; 8(10): 1465-1469.
- 75-Gossop M, Griffiths P, Strang J. Sex differences in patterns of drug taking behaviour: A study at a London community drug team. *The British Journal of Psychiatry*. 1994; 164(1): 101-104.  
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb03356.x>
- 76-Powis B, Griffiths P, Gossop M, Strang J. Heterosexual anal intercourse, health risks and drug use: A review with special attention to drug users. *Drug and Alcohol Review*. 1995; 14(2), 223-229.  
<https://doi.org/10.1080/09595239500185281>
- 77-Meandzija B, O'Connor PG, Fitzgerald B, Rounsaville BJ, Kosten TR. HIV infection and cocaine use in methadone maintained and untreated intravenous drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 1994; 36(2): 109-113.  
[https://doi.org/10.1016/0376-8716\(94\)90092-2](https://doi.org/10.1016/0376-8716(94)90092-2)
- 78-Darke S, Hall W, Carless J. Drug use, injecting practices and sexual behaviour of opioid users in Sydney. *Australia. British Journal of Addiction*. 1990; 85(12): 1603-1609.  
<https://doi.org/j.1360-0443.1990.tb01649.x>
- 79-Longshore D, Hsieh SC. Drug abuse treatment and risky sex: evidence for a cumulative treatment effect?. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 1998; 24(3): 439-451.  
<https://doi.org/10.3109/00952999809016908>
- 80-Staton M, Leukefeld C, Logan TK, Zimmerman R, Lynam D, Milich R, et al. Risky sex behavior and substance use among young adults. *Health & Social Work*. 1999; 24(2): 147-154.  
<https://doi.org/10.1093/hsw/24.2.147>
- 81-Molitor F, Truax SR, Ruiz JD, Sun RK. Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. *Western journal of Medicine*. 1998; 168(2): 93.

## بررسی اعتبار و پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان ایرانی

نویسندگان

فاطمه شبانی<sup>۱</sup>، رسول روشن چسلی<sup>۲\*</sup>، سهیلا قمیان<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد شیراز، شیراز، ایران. rahil.sh1991@gmail.com

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

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه مازندران، مازندران، ایران. s.ghomian@umz.ac.ir

چکیده

**مقدمه:** خودکارآمدی جنسی زنان عاملی مهم در کیفیت روابط جنسی زوجین است. خودکارآمدی جنسی بیانگر سطح اطمینان فرد در داشتن یک رابطه جنسی موفق است؛ لذا این پژوهش با هدف بررسی اعتبار و پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ایرانی انجام شده است.

**روش:** این پژوهش به لحاظ هدف از نوع کاربردی (توسعه‌ای) و به لحاظ روش پیمایشی بود. پس از آماده‌سازی پرسش‌نامه، هر یک از افراد نمونه‌های بالینی و غیربالینی، مقیاس‌های خودکارآمدی جنسی زنان، عملکرد جنسی زنان، مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان و مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی را به‌منظور سنجش اعتبار همگرا و واگر تکمیل نمودند. نمونه جداگانه‌ای (۶۰ نفر) نیز پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان را دو بار به فاصله ۱ ماه تکمیل کردند. نمونه غیربالینی ۳۶۰ زن متأهل از جمعیت عمومی جامعه بودند که با توجه به جدول مورگان و نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. نمونه بالینی ۶۰ زن متأهل بودند که با مشکلات جنسی به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند و با مصاحبه بالینی انتخاب شدند. برای بررسی اعتبار پرسش‌نامه از روش‌های اعتبار همگرا، واگر و تحلیل عاملی و برای بررسی پایایی از روش‌های مرسوم همسانی درونی (آلفای کرونباخ و دونیمه کردن) استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌های مربوط به تحلیل عاملی پرسش‌نامه موجب شناسایی چهار عامل در نمونه بالینی و سه عامل در نمونه غیربالینی شد. در بررسی اعتبار همگرا نتایج حاکی از وجود رابطه بالا بین خودکارآمدی جنسی زنان با پرسش‌نامه‌های عملکرد جنسی زنان، مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان و در بررسی اعتبار واگرا نتایج بیانگر روابط ضعیف بین این پرسش‌نامه با مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی بود. تحلیل‌های انجام شده شواهد قابل توجهی از پایایی در مقیاس خودکارآمدی جنسی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ایرانی فراهم آورد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و تنصیف ۰/۸۷).

**بحث و نتیجه‌گیری:** از پژوهش این‌گونه نتیجه‌گیری می‌شود که در مجموع اعتبار و پایایی این مقیاس به‌منظور کاربرد در جمعیت زنان متأهل ایرانی توسط شواهد به‌دست آمده مورد تأیید و حمایت قرار گرفته است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۰/۰۵

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۴/۰۶



کلیدواژه‌ها

خودکارآمدی جنسی زنان، پایایی، اعتبار.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

rasolroshan@yahoo.com

## مقدمه

ازدواج معمولاً اصلی‌ترین و مهم‌ترین زمینه‌ای است که عملکرد و اثر صمیمیت و روابط اجتماعی رشدیافته در آن تجلی پیدا می‌کند. هدف از ازدواج برطرف‌شدن نیازهای طرفین است و اگر نیازهای زوجین برطرف نشود و به راه‌حل مثبتی جهت دستیابی به نیازهایشان نرسند، استرس، ناکامی، سرخوردگی، خشم و در نهایت دلزدگی بروز پیدا می‌کند [۱]. برای اکثر بزرگسالان، شادمانی در زندگی، بیشتر به ازدواجی موفق و روابط زناشویی توأم با رضایت وابسته است. در یک ازدواج سالم، وجود رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تأمین رضایت طرفین شود، نقش بسیار مهم و اساسی در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارد [۲]. از طرف دیگر، روابط جنسی شکل‌دهنده بخشی از ادراکات مهم زوجین از یکدیگر است که تداوم‌بخش ازدواج است [۳]. وجود مشکلاتی در زمینه مسائل جنسی مثل کمبود تمایلات جنسی، ناتوانی جنسی و غیره چه‌بسا به خاطر ترس و اضطراب، شرم و خجالت یا احساس بی‌کفایتی و گناه مخفی مانده و بیان نشده در بلندمدت می‌تواند زمینه را برای نارضایتی زناشویی فراهم آورد [۴]. به‌عبارت‌دیگر ارزیابی شناختی افراد از میزان توانایی‌شان در داشتن یک رابطه جنسی موفق یا ناموفق می‌تواند نقش تعیین‌کننده در زندگی زناشویی ایفا کند [۵]. در همین رابطه، خودکارآمدی جنسی<sup>۱</sup> بیانگر سطح اطمینان فرد در داشتن یک رابطه جنسی موفق است؛ بنابراین نشان‌دهنده میزان اعتمادبه‌نفس و اطمینان فرد از عملکرد موفق جنسی است [۳]. عملکرد جنسی با ادراک فرد از خودکارآمدی جنسی همراه است. در واقع می‌توان بر اساس خودکارآمدی جنسی افراد، عملکرد جنسی آن‌ها را پیش‌گویی کرد [۶]. بنابراین، توانایی فرد در داشتن یک رابطه جنسی مؤثر، مطلوب‌بودن برای شریک جنسی و ارزیابی مثبت از توانایی خود در عملکرد جنسی از مؤلفه‌های خودکارآمدی جنسی است [۷]. تأکید اصلی بر این است که باورهای افراد به توانایی‌هایشان در بسیج انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین و نحوه مواجهه با موانع و چالش‌ها تعریف شده، فرد را در اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر کمک می‌کند

1. Sexual Self-Efficacy.

[۸]. لذا اگر بتوان خودکارآمدی را قضاوت درباره میزان این توانایی‌ها دانست، خودکارآمدی جنسی این باور و ارزیابی در حوزه عملکرد جنسی است [۹]. مطالعات مختلف خودکارآمدی جنسی را به‌عنوان یک عامل مهم در ارتقا کیفیت زندگی زناشویی و افزایش سازگاری زناشویی و کاهش رفتارهای پرخطر جنسی عنوان کرده‌اند [۷]. به گونه‌ای که به نظر می‌رسد میزان خودکارآمدی جنسی افراد می‌تواند یک عامل مهم در پیش‌بینی میزان تحمل پریشانی‌ها و چالش‌های مرتبط با زندگی زناشویی باشد [۱۰]. این امر نشان می‌دهد که خودکارآمدی جنسی در زنان می‌تواند به‌عنوان عامل مؤثر در عملکرد جنسی و به‌طورکلی پذیرش خود عمل کند [۱۱]. لذا برخی از پژوهشگران به این مسئله اشاره کرده‌اند که خودکارآمدی جنسی نقشی فراتر از روابط جنسی ایفا می‌کند [۱۲]. این نقش می‌تواند کیفیت زندگی فرد را متأثر سازد و در بلندمدت روابط پایدارتری را شکل داده که مبتنی بر اطمینان و رضایت از خود به‌طورکلی است [۱۳]. باورهای افراد در مورد اثربخشی‌شان و اینکه عاملی تعیین‌کننده در یک رابطه زناشویی لذت‌بخش هستند، زمینه را برای گسترش این کارگزاری شخصی در سایر زمینه‌های زناشویی نیز فراهم می‌آورد [۱۴]. این امر نشان می‌دهد که ارتباط نزدیکی بین خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و در نهایت رضایت زندگی و بهزیستی روانی وجود دارد [۱۵]. به‌عبارت‌دیگر می‌توان از یک پیوستار صحبت کرد که از خودکارآمدی جنسی شروع و به رضایت از زندگی منجر خواهد شد [۱۶]. در یک‌چرخه تکرارشونده بین زندگی زناشویی و رضایت از زندگی، خودکارآمدی جنسی می‌تواند عامل تعیین‌کننده برای ارزیابی مثبت فرد از خود به‌عنوان یک شریک جنسی و شریک زندگی باشد [۱۷]. از سوی دیگر خودکارآمدی جنسی ترکیب پیچیده‌ای از عواطف، عملکرد و تعامل است که ارزیابی آن ضروری و دشوار به نظر می‌رسد [۱۸]؛ لذا توانایی ارزیابی و سنجش میزان خودکارآمدی جنسی زنان می‌تواند یک فرایند مهم در جستجوی عوالم مؤثر بر کیفیت زندگی زناشویی باشد [۱۹]. بر همین اساس تاکنون ابزارهای مختلف برای سنجش خودکارآمدی جنسی زنان به کار گرفته شده که هر کدام مزایا و معایب خاص خود را داشته‌اند. بیشتر ابزارهای استفاده شده معمولاً از پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی

خودکارآمدی جنسی را دو بار و به فاصله یک ماه تکمیل کنند.

ب. **نمونه پژوهش:** نمونه غیربالیینی بر اساس جدول مورگان و باتوجه به جامعه‌های بیشتر از ده هزار نفر انتخاب شد (افراد جامعه بیشتر از ده هزار نفر بودند که در نهایت بعد از جدا کردن پرسش‌نامه‌های غیرمعتبر به ۳۶۰ نفر رسید). نمونه بالینی نیز باتوجه به حداقل افراد مورد نیاز برای تحلیل عاملی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند و از هر دو گروه خواسته شد تا پرسشنامه پژوهش را تکمیل نمایند.

### ابزارهای پژوهش

#### ۱. پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان (SSES-F):

این پرسش‌نامه به وسیله بیلیر و همکاران [۱۵] برای اندازه‌گیری میزان بهره‌مندی در ابعاد مختلف رفتار جنسی ساخته شده است و به‌عنوان ابزاری برای ارزیابی و غربالگری بالینی ایجاد شده است. دارای ۳۷ گویه ۴ مؤلفه جذابیت، میل، انگیزختگی و ارگاسم و ۸ زیر مؤلفه است (هر مؤلفه دارای دو زیر مؤلفه است). روش پاسخ‌دهی در طیف لیکرت قرار دارد که پاسخ دهنده باید در یک طیف ۱۰ تا ۱۰۰ درجه اطمینان خود را از پاسخ‌دهی به گویه مشخص کند. نتیجه تحلیل عاملی به وسیله سازندگان پرسش‌نامه با استفاده از چرخش وریمکس ۸ عامل را با احتساب برای ۶۸٪ از واریانس کل، معین نمود. ضریب آلفای کرونباخ برای همه گویه‌ها ۰/۹۳ و برای مولفه‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ بود. همبستگی مؤلفه با نمره کل بین ۰/۳۱ تا ۰/۸۱ به دست آمد. ضریب باز آزمایی نیز ۰/۸۳ بود.

#### ۲. مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان<sup>۲</sup>: این

مقیاس ۳۰ گویه‌ای مرکب از ۵ بعد شامل رضایت، ارتباط<sup>۳</sup>، سازگاری<sup>۴</sup>، اضطراب رابطه‌ای<sup>۵</sup> و اضطراب شخصی<sup>۶</sup> است. نتایج تحلیل عاملی مدل ۵ عاملی با تبیین ۶۳ درصد از واریانس کل را نشان داد. ضریب آلفای کرونباخ برای همه ابعاد بجز بعد ارتباط بالاتر از ۸۰ درصد بدست آمده است. ضرایب باز آزمایی برای همه ابعاد در زنان دارای بدکارکردی

اقتباس شده است و یا از حوزه‌های دیگر جنسی مثل عملکرد جنسی گرفته شده و با تغییراتی در زمینه خودکارآمدی جنسی مورد استفاده قرار گرفته است. پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان<sup>۱</sup> (SSES-F) به وسیله بیلیر و همکاران [۲۰]، برای اندازه‌گیری میزان بهره‌مندی در ابعاد مختلف رفتار جنسی ساخته شده است و به‌عنوان ابزاری برای ارزیابی و غربالگری بالینی ایجاد شده است. این پرسش‌نامه دارای چهار مؤلفه جذابیت، میل، انگیزختگی و ارگاسم است. سازندگان پایایی و روایی مطلوبی را گزارش کرده‌اند. اما تاکنون هیچ مطالعه مدونی به بررسی شاخصه‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران اقدام نکرده است و باتوجه به خلأ پژوهشی که در این زمینه در کشور ما وجود دارد، چنین مطالعاتی ضروری به نظر می‌رسد. لذا سوال اصلی این پژوهش این است که آیا نسخه ایرانی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی از اعتبار و پایایی مناسب برخوردار است؟

### روش پژوهش

#### نوع پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف از نوع کاربردی (توسعه‌ای) و به لحاظ روش پیمایشی بود که به بررسی اعتبار و پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان ایرانی پرداخته است.

#### آزمودنی

الف. **جامعه آماری:** جامعه آماری پژوهش حاضر در برگزیده دو گروه است: الف) جمعیت غیربالیینی: کلیه زنان متأهل ساکن شهر شیراز و ب) جمعیت بالینی: زنان مبتلا به مشکلات جنسی که به یکی از مراکز روان‌شناسی، روان پزشکی و یا پزشکی شهر شیراز مراجعه کرده بودند و باتوجه به مصاحبه بالینی انتخاب شدند. نمونه غیربالیینی این پژوهش را ۳۶۰ نفر از زنان متأهل ساکن شهر شیراز تشکیل داده‌اند. نمونه بالینی این پژوهش را ۶۰ زن متأهل دچار مشکلات جنسی تشکیل داده‌اند که در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۶ برای درمان به کلینیک روان‌شناسی و روانپزشکی یا مطلب متخصصین زنان و زایمان مراجعه کرده بودند. نمونه جداگانه‌ای متشکل از ۶۰ نفر از زنان غیربالیینی (عادی) انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد پرسش‌نامه

2. Sexual Satisfaction Scale for Women.

3. Communication.

4. Compatibility.

5. Concern- Relational.

6. Concern- Personal.

1. Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning.

شده، ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۸۲ و برای ابعاد بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ به دست آمد.

#### ۴. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS):

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویبوند و لاویبوند<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵م) مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸م) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنان حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و استرس، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و استرس و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین افسردگی و اضطراب بود. روایی و اعتبار پرسش‌نامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز آزمایشی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های مذکور به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۱ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. در بررسی روایی این مقیاس در تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده توام با ریماکس بروی گویه‌های پرسش‌نامه و با ملاک قرار دادن مقادیر ویژه و شیب نمودار مقیاس فرعی استخراج شد که عبارتند از افسردگی، اضطراب و استرس که در مقیاس‌های آزمون اصلی است.

#### شیوه انجام پژوهش

اجرا و گردآوری اطلاعات پژوهش حاضر طی مراحل به شرح ذیل انجام شده است:

#### الف. ترجمه و باز ترجمه پرسش‌نامه خودکارآمدی

**جنسی زنان:** فرایند آماده‌سازی پرسش‌نامه‌ای که در فرهنگ دیگری به وجود آمده است مستلزم ترجمه و بازترجمه‌های متعددی است که به‌منظور کسب اطمینان از معادل بودن مفاهیم پرسش‌نامه اصلی با پرسش‌نامه ترجمه شده باید صورت گیرد. در فرایند ترجمه و آماده‌سازی این پرسش‌نامه گام‌های زیر برداشته شد:

جنسی (r=۰/۷۹-۰/۶۲) و زنان گروه کنترل (r=۰/۷۹-۰/۵۸) بالا و معنادار به دست آمد. همبستگی بین مقیاس‌های رضایت جنسی با ابعاد بدکارکردی جنسی زنان<sup>۱</sup> برای زنان سالم (r=۰/۷۰-۰/۲۹) و زنان دارای بدکارکردی جنسی (r=۰/۴۶-۰/۲۲) بالا و معنی دار بدست آمد. نهایتاً بررسی اعتبار افتراقی<sup>۲</sup> نشان داد که ابعاد مقیاس رضایت جنسی زنان همبستگی بالاتری با مقیاس رضایت زناشویی در زنان سالم نسبت به زنان دارای بدکارکردی جنسی دارد (مستون<sup>۳</sup> و ترانپل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). روشن چلسی، میرزایی و نیک آذین (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی اعتبار و پایایی مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان در زنان ایرانی پرداخته‌اند. همبستگی ابعاد پنجگانه پرسش‌نامه رضایت جنسی زنان با ابعاد مشابه در پرسش‌نامه‌های دیگر متوسط تا قوی و معنادار بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کل پرسش‌نامه ۰/۹۶ و برای ابعاد آن ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ بدست آمد که قابل قبول بودند. همچنین ضرایب باز آزمایشی برای نمره رضایت جنسی و ابعاد آن ۰/۷۳ تا ۰/۹۷ بدست آمد.

#### ۳. پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان: برای سنجش

عملکرد جنسی زنان از پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان روزن، براون، هیمن، لیلیوم و مستون<sup>۵</sup> (۲۰۰۰) استفاده شد. این پرسش‌نامه ۱۹ سوالی به بررسی دانش و آگاهی جنسی زنان در ۶ بعد میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده سازی یا رطوبت ارگاسم، رضایت جنسی و درد می‌پردازد. نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است. مطالعه روزن و همکاران، روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه روزن و همکاران پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. بر اساس نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷) تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی و بدون اختلال وجود دارد که نشانگر اعتبار (روایی) تمیزی این ابزار است. در پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۸۷) برای تعیین پایایی آزمون از آلفای کرونباخ استفاده

1. Female Sexual Function Index (FSFI).
2. Discriminate Validity.
3. Meston.
4. Teranpel.
5. Rozen & Brown & Himan & Libliuom & Meston.

6. Depression- Anxiety- Stress Scale.

7. Lovibond & Lovibond.

نمره‌های خرده مقیاس رضایت جنسی زنان و مقیاس عملکرد جنسی زنان (اعتبار همگرا) به‌منظور بررسی اعتبار سازه‌ای محاسبه شد. اعتبار افتراقی مقیاس در نمونه‌ای بالینی و غیربالینی با استفاده از محاسبه همبستگی داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان همراه با پرسش‌نامه DASS انجام شد. برای سنجش اعتبار تشخیصی مقیاس خودکارآمدی جنسی زنان، میانگین نمرات آزمودنی‌های بالینی و غیربالینی در این مقیاس با استفاده از آزمون مقایسه میانگین‌های مستقل با یکدیگر مقایسه گردید.

در این مطالعه برای تحلیل توصیفی داده‌ها از جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی (انحراف معیار) استفاده گردید. همچنین برای تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل، ضرایب همبستگی پیرسون، ضریب آلفای کرونباخ و روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است. از نرم‌افزار SPSS22 برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

### نتایج

#### نتایج مربوط به نمونه غیربالینی

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه غیربالینی نشان داد، میانگین سنی این گروه ۲۷/۴ سال با انحراف معیار ۳/۱ بود. از این تعداد ۸۳ نفر بدون فرزند (۲۳/۰۵ درصد) و بقیه دارای حداقل یک فرزند بودند. میانگین سال‌های ازدواج نیز ۷/۱۱ سال بود و از نظر تحصیلات نیز در سطح دیپلم (۲۳/۵۷ درصد) تا لیسانس (۷۶/۴۳ درصد) بودند. در جدول شماره ۱ نتایج میانگین و انحراف معیار مربوط به پرسش‌نامه‌های پژوهش که از نمونه غیربالینی به‌دست‌آمده است؛ ارائه شده است:

**الف-۱.** دو نفر که دارای مدرک کارشناسی ارشد زبان انگلیسی بودند، به طور جداگانه پرسش‌نامه اصلی را از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه کردند. دو ترجمه پرسش‌نامه با یکدیگر مقایسه شدند و پس از رفع نوسانات، به یک متن تبدیل گردید.

**الف-۲)** دو نفر دیگر نیز که دارای مدرک کارشناسی ارشد زبان انگلیسی به طور جداگانه متن پرسش‌نامه را از زبان فارسی به انگلیسی ترجمه کردند. این دو ترجمه با یکدیگر مقایسه شدند و با حذف موارد اختلاف، هرکدام به یک متن تبدیل گردیدند. این متن‌ها با متن اصلی پرسش‌نامه مقایسه شد. سرانجام نسخه فارسی این مقیاس که در بخش پیوست مشاهده می‌شود، به وجود آمد.

**ب. اجرای اصلی:** پس از آماده‌شدن پرسش‌نامه و رفع اشکالات، اجرای اصلی درمورد نمونه‌های بالینی و غیربالینی انجام گرفت. هریک از این افراد، علاوه بر مقیاس فوق، مقیاس‌های عملکرد جنسی زنان، مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان و مقیاس اضطراب و استرس نیز تکمیل کردند. علاوه بر این، نمونه جداگانه متشکل از ۶۰ نفر زنان انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان را دو بار و به فاصله یک ماه تکمیل کنند.

#### شیوه تحلیل داده‌ها

برای بررسی پایایی مقیاس‌ها از روش‌های مرسوم ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، بازآزمایی و دونیمه‌کردن استفاده شد. اعتبار این دو مقیاس نیز به چند طریق مورد ارزیابی قرار گرفت: ماتریس همبستگی مربوط به آیتم‌های مقیاس در نمونه غیربالینی محاسبه و مشاهده گردید که این ماتریس دربرگیرنده ضرایب همبستگی متعددی است همبستگی بین نمره مقیاس خودکارآمدی جنسی زنان با

جدول ۱. اطلاعات توصیفی پرسش‌نامه‌های پژوهش در نمونه غیربالینی

| پرسش‌نامه‌ها                         | میانگین  | انحراف معیار |
|--------------------------------------|----------|--------------|
| پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان       | ۷۴/۴۶    | ۲۴/۴۲        |
| ابعاد پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان | ارگاسم   | ۳۲/۸۹        |
|                                      | انگیختگی | ۲۵/۴۸        |
|                                      | جذابیت   | ۲۰/۳۷        |
|                                      | میل      | ۹/۷۶         |

۱. ادامه جدول ۱. اطلاعات توصیفی پرسش‌نامه‌های پژوهش در نمونه غیربالینی

| انحراف معیار | میانگین | پرسش‌نامه‌ها               |
|--------------|---------|----------------------------|
| ۲۲/۶۸        | ۱۴۹/۵۵  | پرسش‌نامه رضایت جنسی زنان  |
| ۸/۲۵         | ۳۱/۳۱   | رضایت                      |
| ۴/۴۵         | ۲۵/۸۹   | ارتباط                     |
| ۵/۱۲         | ۳۴/۴۵   | سازگاری                    |
| ۶/۵۵         | ۳۱/۱۲   | اضطراب رابطه‌ای            |
| ۷/۱۴         | ۲۹/۲۵   | اضطراب شخصی                |
| ۱۳/۴۵        | ۲۹/۶۶   | پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان |
| ۲/۰۸         | ۵/۴۴    | میل جنسی                   |
| ۲/۶۵         | ۴/۸۹    | برانگیختگی                 |
| ۳/۱۱         | ۵/۹۴    | لیز شدگی                   |
| ۲/۵۵         | ۴/۸۸    | ارگاسم                     |
| ۲/۴۵         | ۵/۷۱    | رضگوبه‌بندی                |
| ۱/۱۲         | ۴/۱۲    | درد                        |
| ۳/۱۸         | ۴/۱۲    | افسردگی                    |
| ۲/۲۵         | ۵/۲۱    | اضطراب                     |
| ۴/۱۸         | ۴/۳۶    | استرس                      |

جدول ۲. اندازه شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت بر روی داده‌های مربوط به پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان

| شاخص کفایت نمونه‌برداری KMO | آزمون کرویت بارتلت |
|-----------------------------|--------------------|
| ۰/۹۵۴                       | ۷۳۴۵/۲۴            |
|                             | ۳۷۸                |
|                             | ۰/۰۰۰۰۱            |

در جدول شماره ۲ آورده شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ نیز مشاهده می‌شود ضریب به‌دست‌آمده در آزمون کفایت نمونه‌برداری، مناسب بودن داده‌ها را جهت انجام تحلیل عامل تأیید می‌کند، به‌عبارت‌دیگر مقدار این ضریب جهت انجام تحلیل عاملی داده‌ها در سطح رضایت‌بخشی قابل‌قبول (بالای ۰/۶۰) است. همچنین آزمون کفایت کرویت بارتلت در سطح کمتر از ۰/۰۰۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد ماتریس همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست.

نتایج مربوط به بررسی اعتبار پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی در نمونه‌های غیربالینی

ماتریس همبستگی مربوط به گویه‌های پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان در نمونه غیربالینی محاسبه شد. نتایج بیانگر مقادیر همبستگی متعدد گویه‌های پرسش‌نامه بود که در مجموع این مقادیر مساوی یا بالاتر از ۰/۳۰ بودند که بیانگر همبستگی مطلوب گویه‌های پرسش‌نامه است. در ادامه به‌منظور بررسی قابلیت اعتماد داده‌ها جهت انجام تحلیل عامل اکتشافی، آزمون کفایت نمونه‌برداری (KMO<sup>1</sup>) انجام گرفت. در کنار این آزمون یکی دیگر از روش‌های آماری نسبتاً متداول که برای بررسی و تشخیص مناسب بودن داده‌ها برای انجام تحلیل عامل به کار می‌رود، آزمون کرویت بارتلت است که بر روی داده‌های نمونه مطالعه حاضر نیز انجام گرفت. نتایج حاصل از انجام این آزمون‌ها

1. Kaiser-Meyer-Olkin.



### تحلیل عامل اکتشافی

سپس به منظور بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان از آزمون تحلیل عامل اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، بر پایه ملاک کیسر استفاده شد. مطابق با ملاک کیسر، عواملی که ارزش ویژه یک یا بیشتر دارند به عنوان عامل قابل استخراج تعیین می‌شوند. نتایج تحلیل عاملی چهار عامل اساسی را با

ارزش ویژه بالاتر از یک استخراج کرد که در مجموع حدود ۴۳/۸۸ از واریانس را تبیین می‌کردند. نتایج مربوط به ارزش ویژه هر عامل و درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل در جدول زیر و نتایج مربوط به انجام تحلیل عاملی (پس از انجام چرخش واریماکس) و بارهای عاملی هر یک از آیتم‌ها بر روی عامل مربوطه در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. مشخصه‌های آماری حاصل از تحلیل عامل پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان بر پایه عامل‌های با ارزش ویژه بالاتر از یک

| عامل | ارزش ویژه اولیه |              |             | مقادیر استخراج شده بعد از چرخش |              |             |
|------|-----------------|--------------|-------------|--------------------------------|--------------|-------------|
|      | کل              | درصد واریانس | درصد تراکمی | کل                             | درصد واریانس | درصد تراکمی |
| ۱    | ۷/۵۵            | ۲۲/۲۱        | ۲۲/۲۱       | ۶/۰۶                           | ۱۷/۸۴        | ۱۷/۸۴       |
| ۲    | ۵/۳۵            | ۱۵/۷۴        | ۳۷/۹۵       | ۲/۱۳                           | ۹/۲۲         | ۲۷/۰۶       |
| ۳    | ۱/۸۶            | ۵/۴۹         | ۴۳/۴۴       | ۲/۸۷                           | ۸/۴۵         | ۳۵/۵۱       |
| ۴    | ۱/۱۲            | ۵/۳۴         | ۴۸/۷۹       | ۲/۶۶                           | ۷/۸۳         | ۴۳/۳۵       |

جدول ۴. ماتریس عاملی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی پس از چرخش واریماکس

| عامل چهارم (میل) | عامل سوم (جذائیت) | عامل دوم (انگیختگی) |    | عامل اول (ارگاسم) |                  |
|------------------|-------------------|---------------------|----|-------------------|------------------|
|                  |                   | ۱۶                  | ۱۷ | ۱                 | ۲                |
| ۰/۶۴۱            | ۳۱                | ۰/۷۱۰               | ۱۶ | گویه‌ها بارعاملی  | گویه‌ها بارعاملی |
| ۰/۴۹۱            | ۳۲                | ۰/۸۴۱               | ۲۶ | ۰/۸۲۴             | ۱۷               |
| ۰/۷۶۲            | ۳۳                | ۰/۷۳۶               | ۲۷ | ۰/۷۳۶             | ۱۸               |
| ۰/۴۵۹            | ۳۴                | ۰/۶۵۴               | ۲۸ | ۰/۸۱۱             | ۱۹               |
| ۰/۵۶۹            | ۳۵                | ۰/۷۶۳               | ۲۹ | ۰/۷۶۸             | ۲۰               |
| ۰/۴۳۱            | ۳۶                | ۰/۵۴۱               | ۳۰ | ۰/۶۵۱             | ۲۱               |
| ۰/۳۹۵            | ۳۷                |                     |    | ۰/۸۰۵             | ۲۲               |
|                  |                   |                     |    | ۰/۷۸۲             | ۲۳               |
|                  |                   |                     |    | ۰/۷۴۱             | ۲۴               |
|                  |                   |                     |    | ۰/۶۹۲             | ۲۵               |
|                  |                   |                     |    | ۰/۸۰۵             | ۲۶               |
|                  |                   |                     |    | ۰/۸۳۷             | ۲۷               |
|                  |                   |                     |    | ۰/۶۳۲             | ۲۸               |
|                  |                   |                     |    | ۰/۷۵۴             | ۲۹               |
|                  |                   |                     |    | ۰/۷۲۳             | ۳۰               |
|                  |                   |                     |    | ۰/۶۵۴             | ۳۱               |

همان‌طور که از نتایج جدول شماره ۳ برمی‌آید، چهار عامل اصلی از تحلیل عامل انجام شده به دست آمد که ارزش ویژه بزرگ‌تر از ۱ دارند و در مجموع حدود ۴۳/۳۵ درصد از واریانس نمرات مقیاس را تبیین می‌کنند. بدین ترتیب عامل اول (ارگاسم) با ارزش ویژه ۷/۵۵ بیشترین درصد واریانس (۲۲/۲۱)، عامل آخر (میل) با ارزش ویژه ۱/۱۲ کمترین درصد از واریانس (۵/۳۴) کل را تبیین می‌کند. پس از انتخاب تعداد عوامل، چرخش آن‌ها برای رسیدن به یک ساختار عاملی ساده ضرورت دارد. به همین دلیل بر روی ۴ عامل اصلی چرخش واریماکس اعمال شد. نمرات هر کدام از سؤالات پرسش‌نامه بر اساس بالاترین بار عاملی در عامل‌ها جایگزین شدند. در این تحلیل پرسش‌هایی نیز بر روی عامل‌ها بارگذاری شد (عامل‌ها بار عاملی بالای ۰/۳۰ داشتند) که بیانگر آن است که این پرسش‌ها به بیش از دو عامل تعلق دارند. در این مطالعه پرسش‌هایی که بار عاملی مشترک داشتند در عاملی قرار گرفتند که بیشترین بار را بر روی آن داشتند. عامل‌های شناسایی شده به تفکیک پرسش‌های مربوط به هر عامل در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جنسی، ضریب آلفای کرونباخ داده‌های به‌دست‌آمده از نمونه مورد مطالعه در کل مقیاس پرسش‌نامه محاسبه گردید. ضریب به‌دست‌آمده برای کل نمونه در جدول شماره ۶ به تفکیک ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود شاخص همگنی آیتم‌ها یا همان ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۸ است. در کنار ضریب همسانی مربوط به کل پرسش‌نامه؛ ضرایب آلفای مربوط به دونیمه آزمون نیز در جدول ۶ ارائه شده است که حکایت از همسانی درونی مطلوب نیمه‌های آزمون دارد.

جدول ۵. همبستگی بین متغیرهای مورد پژوهش و خودکارآمدی جنسی در نمونه غیربالینی

| همبستگی با خودکارآمدی جنسی | مقیاس‌ها              |                       |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| ۰/۶۵**                     | رضایت جنسی (نمره کل)  | رضایت جنسی زنان       |
| ۰/۶۴**                     | رضایت                 |                       |
| ۰/۳۹**                     | ارتباط                |                       |
| ۰/۴۵**                     | سازگاری               |                       |
| ۰/۷۱**                     | اضطراب رابطه‌ای       |                       |
| ۰/۴۵**                     | اضطراب شخصی           |                       |
| ۰/۴۱**                     | عملکرد جنسی (نمره کل) | عملکرد جنسی (نمره کل) |
| ۰/۵۵**                     | میل جنسی              |                       |
| ۰/۴۷**                     | برانگیختگی            |                       |
| ۰/۶۲**                     | لیبزدگی               |                       |
| ۰/۳۵**                     | ارگاسم                |                       |
| ۰/۴۵**                     | رضایت‌مندی جنسی       |                       |
| ۰/۳۹**                     | درد                   | خرده مقیاس‌های DASS   |
| -۰/۴۷**                    | افسردگی               |                       |
| -۰/۵۴**                    | اضطراب                |                       |
| -۰/۵۱**                    | استرس                 |                       |

جدول ۶. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی) پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی

| بخش دوم | ضریب آلفا    |          | تعداد پرسش‌ها | کل           |
|---------|--------------|----------|---------------|--------------|
|         | دو نیمه‌سازی |          |               |              |
|         | بخش اول      | کل نمونه |               |              |
| ۰/۸۹    | ۰/۸۶         | ۰/۸۸     | ۳۷            | کل پرسش‌نامه |

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، عامل اول (ارگاسم) با ۱۵ پرسش (پرسش ۱ تا ۱۵)، عامل دوم (انگیختگی) با ۹ پرسش (پرسش ۱۷-۲۵)، عامل سوم (جذابیت) با ۶ پرسش (پرسش ۱۶ و پرسش ۲۶ تا ۳۰) و عامل چهارم (میل) با ۷ پرسش (پرسش ۳۱ تا ۳۷). در مجموع پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی در پژوهش حاضر با ۳۷ پرسش مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت و هیچکدام از عبارات پرسش‌نامه حذف نشد. لازم به ذکر است که تعداد اندکی از گویه (گویه ۲۵ و ۳۴) در عامل دیگری قرار می‌گرفتند (دارای بار عاملی بالاتری در آن عامل بودند).

در ادامه مطالعه ضرایب همبستگی پیرسون بین پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان مورد مطالعه با پرسش‌نامه‌های مشابه و متفاوت محاسبه گردید و نتایج به‌دست‌آمده در ارزیابی اعتبار سازه و افتراقی مقیاس به کار رفت.

**اعتبار سازه:** همبستگی بین نمره مقیاس خودکارآمدی جنسی زنان با نمره‌های خرده مقیاس رضایت جنسی زنان و مقیاس عملکرد جنسی زنان (اعتبار همگرا) به‌منظور بررسی اعتبار سازه‌ای پرسش‌نامه محاسبه شد. همچنین اعتبار افتراقی مقیاس نیز با استفاده از محاسبه همبستگی داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی همراه با پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و افسردگی (DASS) انجام شد. انتظار می‌رود همبستگی‌های پایین یا منفی بین این مقیاس‌ها به دست آید. نتایج در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

نتایج مربوط به بررسی پایایی مقیاس خودکارآمدی جنسی در نمونه غیربالینی

به‌منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی همبستگی گشتاوری پیرسون بین ارزیابی زمان اول و دوم برای کل مقیاس محاسبه شد که ضریب به‌دست‌آمده در سطح معناداری به دست آمد ( $p < 0.02$ ;  $r = 0.63$ ). همچنین برای تعیین پایایی دونیمه آزمون، کل پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی بر مبنای روش دونیمه‌سازی به دو قسمت تقسیم گردید و سپس به‌منظور برآورد پایایی، ضریب همبستگی بین نمرات دونیمه پرسش‌نامه محاسبه گردید که ضریب به‌دست‌آمده معنادار بود ( $p < 0.01$ ;  $r = 0.76$ ). برای ارزیابی همسانی درونی پرسش‌نامه خودکارآمدی

### نتایج مربوط به نمونه بالینی

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه بالینی نشان داد، میانگین سنی این گروه ۲۹/۲۳ سال با انحراف معیار ۵/۰۶ بود. از این تعداد ۱۲۵ نفر بدون فرزند (۳۴/۷۲ درصد) و بقیه دارای حداقل یک فرزند بودند. میانگین سال‌های ازدواج نیز ۵/۰۴ سال بود و از نظر تحصیلات نیز در سطح دیپلم (۲۹/۱۲ درصد) تا کارشناسی (۷۰/۸۸ درصد) بودند. در جدول شماره ۷ نتایج میانگین و انحراف معیار مربوط به پرسش‌نامه‌های پژوهش که از نمونه بالینی به‌دست‌آمده است؛ ارائه شده است:

جدول ۷. اطلاعات توصیفی پرسش‌نامه‌های پژوهش در نمونه بالینی

| میانگین | انحراف معیار |                                |                                 |
|---------|--------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ۶۷/۲۵   | ۱۷/۳۵        | پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان |                                 |
| ۲۷/۷    | ۶/۰۳         | ارگاسم                         | خرده مقیاس خودکارآمدی جنسی زنان |
| ۱۷/۸۳   | ۶/۱۱         | انگیختگی                       |                                 |
| ۱۴/۷۷   | ۳/۱۲         | جذابیت                         |                                 |
| ۶/۹۵    | ۲/۱۰         | میل                            |                                 |
| ۱۱/۵۴   | ۴/۲۸         | افسردگی                        | خرده مقیاس‌های DASS             |
| ۱۰/۲۵   | ۳/۴۹         | اضطراب                         |                                 |
| ۱۲/۶۶   | ۵/۱۱         | استرس                          |                                 |

### نتایج مربوط به بررسی اعتبار مقیاس خودکارآمدی جنسی در نمونه بالینی

ماتریس همبستگی مربوط به آیتم‌های مقیاس خودکارآمدی جنسی در نمونه بالینی محاسبه و مشاهده گردید که این ماتریس دربرگیرنده ضرایب همبستگی متعددی است که مقدار آن‌ها مساوی و یا بالای ۰/۳۰ بود.

### اعتباریابی افتراقی

اعتبار افتراقی مقیاس نیز بر مبنای محاسبه همبستگی داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی در نمونه بالینی با داده‌های پرسش‌نامه DASS انجام شد. انتظار می‌رود همبستگی‌های پایین یا منفی بین این دو مقیاس به دست آید (جدول شماره ۸).

جدول ۸. همبستگی بین نمره خرده مقیاس DASS و خودکارآمدی جنسی در نمونه بالینی

| مقیاس‌ها | همبستگی با خودکارآمدی جنسی |
|----------|----------------------------|
| افسردگی  | -۰/۲۱**                    |
| اضطراب   | -۰/۱۹**                    |
| استرس    | -۰/۱۷**                    |

جدول ۹. آزمون مقایسه میانگین‌های مستقل (T-test) بین دو گروه بالینی و غیربالینی در پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی

| ابعاد   | میانگین |           | انحراف معیار |           | اختلاف میانگین | T      | سطح معناداری |
|---------|---------|-----------|--------------|-----------|----------------|--------|--------------|
|         | بالینی  | غیربالینی | بالینی       | غیربالینی |                |        |              |
| نمره کل | ۶۷/۲۵   | ۷۴/۴۶     | ۱۷/۳۵        | ۲۴/۴۲     | -۱۲/۲۱         | -۱۱/۳۵ | ۰/۰۰۱        |

**اعتبار تشخیصی:** برای سنجش اعتبار تشخیصی مقیاس خودکارآمدی جنسی، میانگین نمرات آزمودنی‌های بالینی و غیربالینی در این مقیاس با استفاده از آزمون مقایسه میانگین‌های مستقل با یکدیگر مقایسه گردید. نتایج این آزمون که در جدول شماره ۹ ارائه شده نشان می‌دهد که دو گروه بالینی و غیربالینی در این مقیاس تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. به‌عبارت‌دیگر میانگین نمرات افراد گروه بالینی به طور معناداری کمتر از گروه غیربالینی است و این تفاوت از لحاظ آماری در سطح معنادار قرار دارد. این یافته بدین معناست که افراد گروه غیربالینی نسبت به گروه بالینی دارای کیفیت زندگی جنسی بالاتری هستند.

### نتایج مربوط به بررسی پایایی مقیاس در نمونه بالینی

برای تعیین پایایی دونیمه آزمون، عبارات پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی بر مبنای روش دونیمه‌سازی به دو قسمت مساوی پرسشی تقسیم گردید و سپس به‌منظور برآورد پایایی، ضریب همبستگی بین نمرات دو نیمه پرسش‌نامه محاسبه گردید که ضریب به‌دست‌آمده در سطح معناداری به دست آمد ( $p < 0/03$ ؛  $r = 0/64$ ). برای ارزیابی همسانی درونی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی ضریب آلفای کرونباخ داده‌های به‌دست‌آمده از نمونه مورد مطالعه در کل پرسش‌نامه محاسبه گردید. ضریب به‌دست‌آمده برای کل نمونه در جدول شماره ۱۰ به تفکیک ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول شماره ۱۰ مشاهده می‌شود شاخص همگنی آیت‌ها یا همان ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۴ است. در کنار ضریب همسانی مربوط به کل پرسش‌نامه، ضرایب آلفای مربوط به دونیمه آزمون نیز در جدول شماره ۱۰ ارائه شده است که حکایت از همسانی درونی مطلوب نیمه‌های آزمون دارد.

جدول ۱۰. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی) پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی

| ضریب آلفا   |         | تعداد سوالات | کل نمونه | کل پرسش‌نامه |
|-------------|---------|--------------|----------|--------------|
| دونیمه‌سازی |         |              |          |              |
| بخش دوم     | بخش اول |              |          |              |
| ۰/۹۱        | ۰/۹۵    | ۳۷           | ۰/۹۴     |              |

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اعتبار و پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان ایرانی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی انجام شد. در پژوهش حاضر برای سنجش اعتبار مقیاس خودکارآمدی جنسی زنان ایرانی از روش‌های مختلفی استفاده شد که به شرح زیر است:

**تحلیل عامل:** در این مطالعه برای بررسی اعتبار سازه مقیاس از آزمون تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی استفاده شد. در ادامه به‌منظور بررسی قابلیت اعتماد داده‌ها جهت انجام تحلیل عامل اکتشافی، آزمون کفایت نمونه‌برداری

انجام گرفت. در کنار این آزمون یکی دیگر از روش‌های آماری نسبتاً متداول که برای بررسی و تشخیص مناسب‌بودن داده‌ها برای انجام تحلیل عامل به کار می‌رود، آزمون کروییت بارتلت است که بر روی داده‌های نمونه مطالعه حاضر نیز انجام گرفت. به‌منظور بررسی اعتبار پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی زنان ایرانی از پرسش‌نامه‌های عملکرد و رضایت جنسی برای بررسی اعتبار همگرا و از پرسش‌نامه DASS-21 برای بررسی اعتبار واگرا استفاده شد. نتایج نشان داد، پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی با مؤلفه‌های پرسش‌نامه‌های عملکرد و رضایت جنسی همبستگی مثبت و معنادار و با پرسش‌نامه اضطراب، افسردگی و استرس همبستگی منفی و معنادار دارد. این نتایج با مطالعه سازندگان پرسش‌نامه همسو است [۱۵]؛ لذا به نظر می‌رسد این پرسش‌نامه به‌خوبی می‌تواند ملاک‌های مربوط به اعتبار را برآورده سازد [۳]. هر چند در مطالعات مختلف این ملاک (اعتبار همگرا و واگرا) به‌عنوان عامل مهمی در سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی مدنظر بوده است، اما به نظر می‌رسد نتایج تحلیل عاملی به نحو بهتری بتواند زیرمقیاس‌ها را نشان دهد که متأثر از عوامل فرهنگی است [۱۶]. به‌عبارت‌دیگر نتایج تحلیل عاملی به نحو بهتری می‌دهد حساسیت‌های فرهنگی مربوط به متغیرها را بازنمایی کند و درک بهتری از عوامل مرتبط با سازه موردنظر به دست دهد؛ لذا بررسی مربوط به تحلیل عاملی پرسش‌نامه به همین منظور صورت گرفت.

در نمونه بالینی همبستگی پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی با ابعاد پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس محاسبه شد و نتایج نشان داد، بین خودکارآمدی جنسی با مؤلفه‌های ذکر شده همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. اعتبار تشخیصی دو گروه بالینی و غیربالینی در این مقیاس تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. به‌عبارت‌دیگر میانگین نمرات افراد گروه بالینی به طور معناداری کمتر از گروه غیربالینی بود و این تفاوت از لحاظ آماری در سطح معنادار قرار بود. این یافته بدین‌معناست که افراد گروه غیربالینی نسبت به گروه بالینی دارای خودکارآمدی جنسی بالاتری هستند. در این مطالعه اعتبار پرسش‌نامه خودکارآمدی جنسی از طریق روش‌های تحلیل عامل، اعتبار سازه و همگرا و واگرا محاسبه شد. روش تحلیل عامل اکتشافی که برای بررسی ساختار عاملی مقیاس استفاده شد

می‌کند که این پرسش‌نامه، از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای استفاده در زمینه‌های مختلف پژوهشی و بالینی برخوردار است. بر مبنای ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس می‌توان پیشنهاد نمود، این ابزار را به‌عنوان یک ابزار پژوهشی و مطالعاتی و هم به‌عنوان یک ابزار بالینی برای شناسایی افرادی که نارضایتی جنسی دارند و از خودکارآمدی جنسی خود راضی نیستند، به کار برد. با توجه به اعتبار و پایایی مناسب این پرسش‌نامه به کارگیری این پرسش‌نامه در گروه‌های گسترده‌تر بالینی و غیربالینی و همچنین استفاده از آن در مطالعات مربوط به روابط زناشویی زوجین می‌تواند به بهبود اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در فرهنگ ایرانی کمک کند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت گروه نمونه، مقطعی بودن پژوهش و پرسش‌نامه محور بودن پژوهش اشاره کرد که می‌تواند تعمیم نتایج را دشوار سازد.

#### منابع

- 1- Afyanti Y. Sexual self-efficacy: Affection, sexual communication, and self-acceptance as significant factors related to sexual function on menopausal women in Indonesia. *Enfermeria clinica*. 2019 Sep 1; 29: 551-5. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.085>
- 2- Guerra C, Farkas C, Moncada L. Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: Association with self-efficacy, coping and family support. *Child abuse & neglect*. 2018 Feb 1; 76: 310-20. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.013>
- 3- Lolowang NL, Afyanti Y, Ungsianik T. Kegel's exercise to improve sexual self-efficacy in primiparous women. *Enfermeria clinica*. 2019 Sep 1; 29: 535-40. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.082>

نشان‌دهنده ۴ عامل اساسی این مقیاس در نمونه غیربالینی مورد مطالعه و ۳ عامل اساسی در نمونه بالینی مورد مطالعه است. در نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی ۳ عامل اساسی را با ارزش ویژه بالاتر از یک استخراج کرد در مجموع حدود ۴۱/۱۳ درصد از واریانس نمرات مقیاس را تبیین می‌کنند. بدین ترتیب عامل نخست با ارزش ویژه ۷/۶۴ بیشترین درصد واریانس (۲۰/۷۸) و عامل سوم به ارزش ویژه ۱/۹۸ کمترین در صد واریانس (۸/۳۶) کل را تبیین می‌کند. در نمونه غیربالینی ۴ عامل‌های اصلی از تحلیل عامل انجام شده به دست آمد که ارزش ویژه بزرگ‌تر از ۱ دارند و در مجموع حدود ۴۳/۳۵ درصد از واریانس نمرات مقیاس را تبیین می‌کنند. بدین ترتیب عامل نخست با ارزش ویژه ۷/۵۵ بیشترین درصد واریانس (۲۲/۲۱)، عامل آخر با ارزش ویژه ۱/۱۲ کمترین درصد واریانس (۵/۳۴) کل را تبیین می‌کند. پس از انتخاب تعداد عوامل، چرخش آن‌ها برای رسیدن به یک ساختار عاملی ساده ضرورت دارد. به همین دلیل بر روی ۴ عامل اصلی چرخش واریماکس اعمال شد. نمرات هرکدام از سؤالات پرسش‌نامه بر اساس بالاترین بار عاملی در عامل‌ها جایگزین شدند. گرچه تفاوت‌ها بسیار ناچیز بود و تنها در دو گویه این تفاوت مشاهده شد. تفاوت در مؤلفه‌های به‌دست‌آمده را می‌توان در سطح فرهنگی و بالینی مورد توجه قرار داد. به این معنا که به نظر می‌رسد اصولاً تمایزگذاری عاطفی و هیجانی در فرهنگ‌های شرقی کمتر است و این امر می‌تواند در ابزارهایی که با سنجش عواطف و هیجانات مرتبط هستند، خود را نشان دهد [۱۷]. به‌گونه‌ای که در همین مطالعه تقریباً هیچ‌کدام از گویه‌ها نتوانست در حد مطلوبی ظاهر شود. به این معنا که بتواند به طور کاملاً قابل توجهی خود را بر روی عاملی خاص نشان دهد و در عاملی دیگر ضریب پایینی به دست آورد. از سوی دیگر شرایط گروه بالینی می‌تواند نوعی در هم ریختگی و ناگویی هیجانی را ایجاد کند که فرد توانایی توصیف و تشخیص عواطف خود به‌طور کلی و هیجانات جنسی را از دست می‌دهد یا در آن‌ها کاهش پیدا می‌کند [۱۸-۲۰]. ضرایب پایایی به روش آلفای برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های آن ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ متغیر بود (دو نیمه‌کردن آزمون). پایایی در مجموع اعتبار و پایایی این مقیاس به‌منظور کاربرد در جمعیت زنان متأهل ایرانی توسط شواهد به‌دست‌آمده مورد تأیید و حمایت قرار گرفت. این امر بیان

- 9- Tozdan S, Briken P. 'I believed I could, so I did'—A theoretical approach on self-efficacy beliefs to positively influence men with a risk to sexually abuse children. *Aggression and violent behavior*. 2015 Nov 1; 25: 104-12.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.07.015>
- 10-Luk JW, Parker EO, Richardson LP, McCarty CA. Sexual attraction and experiences in the primary care setting: examining disparities in satisfaction with provider and health self-efficacy. *Journal of Adolescence*. 2020 Jun 1; 81: 96-100.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.009>
- 11-Jayasundara CC. Sexual health information seeking behaviour of adolescents and their satisfaction with the information outcome: An application of the theory of motivated information management. *The Journal of Academic Librarianship*. 2021 Sep 1; 47(5): 102383.  
<https://doi.org/10.1016/j.acalib.2021.102383>
- 12-Velten J, Hirschfeld G, Meyers M, Margraf J. Psychometric Properties of a Self-Report Version of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI-F-SR). *The Journal of Sexual Medicine*. 2021 May 1; 18(5): 990-5.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.001>
- 13-Szucs LE, Rasberry CN, Jayne PE, Rose ID, Boyce L, Murray CC, Lesesne CA, Parker JT, Roberts G. School district-provided supports to enhance sexual health education among middle and high school health education teachers. *Teaching and Teacher Education*. 2020 Jun 1; 92: 103045.  
<https://doi.org/10.1016/j.tate.2020.103045>
- 14-Alkai S, Afiyanti Y, Wiweko B. Sensuality, communication, and self-acceptance as significant factors related to sexual function in infertile women in Jakarta, Indonesia. *Enfermería Clínica*. 2019 Sep 1; 29: 760-4.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.114>
- 4- Shekar A, Gross A, Luebbers E, Honsky J. Effects of an interprofessional student-led sexual education program on self-efficacy and attitudes about sexual violence in youths in juvenile detention. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2020 Jun 1; 33(3): 302-6.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.12.005>
- 5- Meidayanti I, Abdullah T, Bustan N. The relationship between self efficacy and premarital sexual behavior among high school student in Makassar city. *Enfermería Clínica*. 2020 Jun 1; 30: 303-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.089>
- 6- Alimohammadi L, Mirghafourvand M, Zarei F, Pirzeh R. The effectiveness of group counseling based on Bandura's self-efficacy theory on sexual function and sexual satisfaction in Iranian newlywed women: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*. 2018 Aug 1; 42: 62-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.011>
- 7- Guerra-Ordoñez JA, Benavides-Torres RA, Onofre-Rodríguez DJ, Márquez-Vega MA, Guerra-Rodríguez GM, Wall KM. Self-efficacy and coping as correlates of migrant safe sexual behavior to prevent HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2017 Sep 1; 28(5): 761-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.05.008>
- 8- Alavi-Arjas F, Farnam F, Granmayeh M, Haghani H. The effect of sexual and reproductive health education on knowledge and self-efficacy of school counselors. *Journal of Adolescent Health*. 2018 Nov 1; 63(5): 615-20.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.05.031>

- 21-Afiyanti Y. Sexual self-efficacy: Affection, sexual communication, and self-acceptance as significant factors related to sexual function on menopausal women in Indonesia. *Enfermeria clinica*. 2019 Sep 1; 29: 551-5.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.085>
- 22-Ip KI, Miller AL, Karasawa M, Hirabayashi H, Kazama M, Wang L, Olson SL, Kessler D, Tardif T. Emotion expression and regulation in three cultures: Chinese, Japanese, and American preschoolers' reactions to disappointment. *Journal of experimental child psychology*. 2021 Jan 1; 201: 104972.  
<https://doi.org/10.1016/j.jecp.2020.104972>
- 23-Testoni I, Bonelli B, Biancalani G, Zuliani L, Nava FA. Psychodrama in attenuated custody prison-based treatment of substance dependence: The promotion of changes in wellbeing, spontaneity, perceived self-efficacy, and alexithymia. *The Arts in Psychotherapy*. 2020 Mar 1; 68: 101650.  
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101650>
- 24-Ghaedi, G. Psychiatric disorders and sexual dysfunctions. *Clinical Psychology and Personality*, 2020 Jan 14; 1: 157-178.  
<https://doi.org/10.22070/14.1.157> [In Persian]
- 25-Aliakbari Dehkordi, M., Shokrkon, H. The Relationship between Gender Role and Mental Health & its Components in Employed Women. *Clinical Psychology and Personality*, 2011 May 9; 2: 37-48. The Relationship between Gender Role and Mental Health & its Components in Employed Women [In Persian]
- 15-Cha H. Past, present, and future dimensions of socioeconomic status and sexual self-efficacy of young women during the transition into adulthood. *Social Science & Medicine*. 2022 Aug 1; 306: 115128.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115128>
- 16-Erfanifar E, Latifi SM, Abbaspoor Z. The effectiveness of cognitive-behavioural consultation on sexual function and sexual self-efficacy of women after childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X. 2022 Aug 1; 15: 100157.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurox.2022.100157>
- 17-Afiyanti Y. Sexual self-efficacy: Affection, sexual communication, and self-acceptance as significant factors related to sexual function on menopausal women in Indonesia. *Enfermeria clinica*. 2019 Sep 1; 29: 551-5.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.085>
- 18-Edison B, Coulter RW, Miller E, Stokes LR, Hill AV. Sexual communication and sexual consent self-efficacy among college students: implications for sexually transmitted infection prevention. *Journal of Adolescent Health*. 2022 Feb 1; 70(2): 282-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.08.012>
- 19-De Guzman S, Dee V. Socio-demographic factors, sexual attitudes, sexual self-efficacy, and sexual satisfaction on sexual health-seeking behaviors: A structural equation model. *The Journal of Sexual Medicine*. 2022 May 1; 19(5): S152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.351>
- 20-Bailes S, Creti L, Fichten CS, Libman E, Brender W, Amsel R. Sexual self-efficacy scale for female functioning. *In Handbook of sexuality-related measures* 2013 Sep 13 (pp. 573-582). Routledge.

## Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning

The attached form lists sexual activities that women engage in.

### For women respondents only:

Under **column I** (Can Do), check (□) the activities **you think you could do** if you were asked to do them today. For **only** those

activities you checked in column I, rate your **degree of confidence** that you could do them by selecting a number from 10 to 100 using

the scale given below. Write this number in **column II** (Confidence).

### For partners only:

Under **column I** (Can Do), check (□) the activities you think **your female partner could do** if she were asked to do them today. For

only those activities you checked in column I, rate your **degree of confidence** that your female partner could do them by selecting a

number from 10 to 100 using the scale given below.

Write this number in **column II** (Confidence).

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Quite Moderately Quite

Uncertain Certain Certain

If you think your partner is **not** able to do a particular activity, leave columns I **and** II **blank** for that activity.

## I II

10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Check if Rate

Quite Moderately Quite Female **Confidence**

Uncertain Certain Certain **Can Do** 10-100

1. Anticipate (think about) having intercourse without fear or anxiety.
2. Feel comfortable being nude with the partner.
3. Feel comfortable with your body.
4. In general, feel good about your ability to respond sexually.
5. Be interested in sex.
6. Feel sexual desire for the partner.
7. Feel sexually desirable to the partner.
8. Initiate an exchange of affection without feeling obliged to have sexual relations.
9. Initiate sexual activities.
10. Refuse a sexual advance by the partner.
11. Cope with the partner's refusal of your sexual advance.
12. Ask the partner to provide the type and amount of sexual stimulation needed.
13. Provide the partner with the type and amount of sexual stimulation requested.
14. Deal with discrepancies in sexual preference between you and your partner.

15. Enjoy an exchange of affection without having sexual relations.
16. Enjoy a sexual encounter with a partner without having intercourse.
17. Enjoy having your body caressed by the partner (excluding genitals and breasts).
18. Enjoy having your genitals caressed by the partner.
19. Enjoy having your breasts caressed by the partner.
20. Enjoy caressing the partner's body (excluding genitals).
21. Enjoy caressing the partner's genitals.
22. Enjoy intercourse.
23. Enjoy a lovemaking encounter in which you do not reach orgasm.
24. Feel sexually aroused in response to erotica (pictures, books, films, etc.).
25. Become sexually aroused by masturbating when alone.
26. Become sexually aroused during foreplay when both partners are clothed
27. Become sexually aroused during foreplay when both partners are nude.
28. Maintain sexual arousal throughout a sexual encounter.
29. Become sufficiently lubricated to engage in intercourse.
30. Engage in intercourse without pain or discomfort.
31. Have an orgasm while masturbating when alone.
32. Have an orgasm while the partner stimulates you by means other than intercourse.
33. Have an orgasm during intercourse with concurrent stimulation of the clitoris.
34. Have an orgasm during intercourse without concurrent stimulation of the clitoris.
35. Stimulate a partner to orgasm by means other than intercourse.
36. Stimulate a partner to orgasm by means of intercourse.
37. Reach orgasm within a reasonable period of time.



## تحلیل مدل رش از ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت روانی مثبت در دانشجویان

نویسندگان

نورالله یوسفی<sup>۱\*</sup>، علیرضا پیرخانی<sup>۲</sup>

۱. دکتری روانشناسی تربیتی، مدرس دانشگاه فرهنگیان، پردیس ورامین، ورامین، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. apirkhaefi@gmail.com

چکیده

**مقدمه:** سلامت روانی صرفاً به معنای نبود وجود نشانه‌های آسیب‌شناسی و بیماری نیست، بلکه به معنای نداشتن نشانه‌های مثبت سلامت روانی نیز هست. هدف مطالعه حاضر تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت روانی مثبت بر اساس مدل رش بود.

**روش:** این یک پژوهش کمی و از نوع توصیفی بود که داده‌های کمی را براساس تجزیه و تحلیل‌های به دست آمده از پاسخ‌های دانشجویان به مقیاس سلامت روانی مثبت براساس مدل رش مورد بررسی قرار داد، بنابراین مطالعه از نوع روان‌سنجی بود. نمونه شامل ۶۰۹ نفر از دانشجویان دانشگاه فرهنگیان در شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مقیاس سلامت‌روانی مثبت را تکمیل کردند.

**نتایج:** نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل موازی وجود یک عامل غالب را نشان داد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی را تأیید کرد. هیچ یک از گویه‌ها وابستگی محلی نشان ندادند؛ بنابراین فرضیه تک عاملی بودن مقیاس احراز شد. براساس مدل مقیاس اعتبار جزئی (PCM)، مقادیر دو شاخص Infit و Outfit بین ۰/۵ و ۱/۵ قرار داشت و بیانگر برازش گویه‌های مقیاس با مدل رش بود. شاخص دشواری گویه‌ها در سطح متوسطی به دست آمد (۰/۲۰۸ تا ۰/۱۴۸۶). نتایج منحنی‌های گویه‌ها نشان داد همه گویه‌ها از مطلوبیت خوبی برخوردار هستند. مقیاس دارای ثبات اندازه‌گیری بر اساس جنسیت بود. هیچ کنش افتراقی گویه (DIF) بر اساس جنسیت یافت نشد. ضریب پایایی شخص-گویه ۰/۸۸، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب امگا مک دونالد ۰/۸۴ به دست آمد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد مقیاس سلامت روانی مثبت، ابزاری تک بعدی با ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب برای سنجش سلامت روانی مثبت در دانشجویان است و می‌توان از آن برای ارزیابی مداخلات در این زمینه استفاده کرد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۴/۰۳



کلیدواژه‌ها

بهبودی، تحلیل رش، سلامت روانی مثبت، ویژگی‌های روان‌سنجی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

n.y3562@gmail.com

## مقدمه

نبود نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی مربوط نیست، بلکه به ترکیبی از حالات روانی فرد<sup>۷</sup>، عملکرد در بافت اجتماعی<sup>۸</sup> و عملکرد روانشناختی<sup>۹</sup> فرد مربوط است [۱۱]. در مدل دو پیوستار سلامت روانی و بیماری روانی، دیگر نبود نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی شرط کافی برای اندازه‌گیری بهزیستی نیست، بلکه باید آن‌را به عنوان ملاحظات برای سنجش وضعیت سلامت روانی در نظر گرفت [۱]؛ از این رو، تأکید سازمان بهداشت جهانی بر اندازه‌گیری نشانه‌های مثبت سلامت روانی است [۱۰].

تلاش‌ها برای مفهوم‌سازی سلامت روانی مثبت<sup>۱۰</sup>، متأثر از دو رویکرد بهزیستی لذت‌گرا<sup>۱۱</sup> و بهزیستی سعادت‌گرا<sup>۱۲</sup> است [۱۲]. در ابتدا سنت لذت‌گرایی که شامل رضایت از زندگی، حضور خلق مثبت و فقدان خلق منفی می‌باشد، مفهوم‌سازی شد [۱۳]. در این دیدگاه سلامت روانی مثبت به معنای کسب حداکثر لذت و اجتناب از درد است [۱۴]. فردریکسون<sup>۱۳</sup> این اندیشه را که هیجان‌های مثبت نه تنها به سلامت روانی مثبت بلکه به رشد و تکامل شخصی نیز کمک می‌کنند، گسترش داد. مطابق این دیدگاه، عملکرد هیجان‌های مثبت، صرفاً نفی وجود مشکل نیست، بلکه، وجود آنها برای بقا و شکوفایی در زندگی به همان میزان وجود هیجان‌های منفی دارای اهمیت است [۱۵]. فردریکسون بر این باور بود که تجربه هیجان‌های مثبت دامن‌تفکر - عمل لحظه‌ای را گسترش می‌دهند که نتیجه آن دامن‌های وسیع از افکار و اعمالی است که با گذشت زمان منابع تقویتی و شخصیتی گوناگونی می‌شوند. این منابع شامل منابع جسمی (هماهنگی و سلامتی قلبی - عروقی)، منابع اجتماعی (دوستی‌ها، مهارت‌ها و حمایت‌های اجتماعی)، منابع فکری و ذهنی (دانش و توانایی حل مسئله)، و منابع روانشناسی (خلاقیت و خوش‌بینی) می‌شود. خزانه تفکر - عمل نمی‌تواند در یک لحظه هم محدود شود و هم گسترش یابد. در نتیجه، تولید هیجان‌های مثبت به دنبال هیجان‌های منفی مداوم ممکن است شدت هیجان‌های منفی را کم کند.

به طور سنتی، سلامت روانی<sup>۱</sup> به عنوان فقدان نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی مفهوم‌سازی شده است [۱، ۲]. با این حال در سال‌های اخیر این تعریف مورد بازنگری قرار گرفته است. مدل دو پیوستار سلامت روانی و بیماری روانی<sup>۲</sup> بیان می‌کند که سلامت روانی با بیماری روانی متفاوت، اما مرتبط می‌باشند. در حالی که یک پیوستار وضعیت سلامتی روانی را نشان می‌دهد، پیوستار دیگر، بیانگر وجود یا نبود بیماری روانی در فرد است [۳]. که پس<sup>۳</sup> رابطه بین سلامت روانی و بیماری روانی را با استفاده از اطلاعات جمع‌آوری شده از ۳۰۳۲ نفر از بزرگسالان آمریکایی بین ۲۵ تا ۷۴ سالگی که در نظرسنجی رشد میان‌سال شرکت کرده بودند، به دست آورد [۴]. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد، معیارهایی که سلامت روانی و به طور کلی نشانه‌های مثبت سلامت روانی را اندازه‌گیری می‌کنند، بر روی یک عامل و معیارهایی که نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی را می‌سنجند، بر روی عامل دیگر بار می‌گیرند [۵]؛ بنابراین سلامت روانی و بیماری روانی در حالی که متمایز هستند، به شدت با هم مرتبط می‌باشند. به عبارت دیگر، وضعیت سلامت روانی، پیش‌بینی‌کننده بیماری روانی شخص است [۵، ۶]. در این زمینه، ذری، آلوزلین، سابیستون و فرنیر<sup>۴</sup> در پژوهش خویش به این نتیجه رسیدند که همبستگی منفی متوسط تا زیاد بین نشانه‌های مثبت سلامت روانی با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی از مدل دو پیوستار سلامت روانی و بیماری روانی حمایت می‌کند و بیانگر واگرایی بین این دو سازه است [۷]. این مدل، در نمونه‌های مختلفی مانند نوجوانان آمریکایی [۷]، بزرگسالان هلندی [۸] و بزرگسالان آفریقای جنوبی [۹] تکرار شده است. همچنین سلامت روانی توسط سازمان بهداشت جهانی<sup>۵</sup> به عنوان وضعیتی از بهزیستی<sup>۶</sup> و به طور خاص، به عنوان «حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانایی‌های خود را درک می‌کند، با استرس‌های عادی زندگی مقابله می‌کند، برای اجتماع فردی مثمرتر و مولد است» [۱۰] تعریف کرده است؛ بنابراین سلامت روانی دیگر به وجود یا

7. Individual's Mental State.

8. Functioning Within The Social Context Functioning.

9. Psychological Functioning.

10. Positive Mental Health.

11. Hedonic Well-Being.

12. Rudaimonic Well-Being.

13. Fredrickson BL.

1. Mental Health.

2. Mental Illness.

3. Keyes.

4. Doré, O'Loughlin, Sabiston, Fournier.

5. World Health Organisation.

6. World Health Organisation.

و همکاران [۲۱]. این ابزارها هر کدام بر اساس رویکردهای نظری متفاوتی از سازه سلامت روانی مثبت ساخته شده‌اند و در مطالعات بسیاری نیز از این ابزارها استفاده شده است. یکی از جدیدترین این نوع ابزارها، مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات، مارگراف، لوتز، ون‌درولد و بکر<sup>۱۱</sup> است [۲۲].

لوکات و همکاران برای ساخت این مقیاس، پس از بررسی مبانی نظری بر اساس رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر<sup>۱۲</sup>، بانکی از گویه‌های مرتبط با عوامل درونی (مانند: عوامل هیجانی<sup>۱۳</sup> و روانشناختی<sup>۱۴</sup>) و عوامل بیرونی (مانند: حمایت اجتماعی<sup>۱۵</sup>) سلامت روانی مثبت را تدوین کردند. بدین منظور، گویه‌هایی از مقیاس شخصیت تریر<sup>۱۶</sup>، مقیاس شخصیت فرایبورگ<sup>۱۷</sup>، مقیاس سلامت روانی<sup>۱۸</sup> و مقیاس بهزیستی برنز<sup>۱۹</sup> انتخاب شد [۲۲]. جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، مطالعه بر روی سه نمونه دانشجویان (۵۴۰۶ نفر)، جمعیت عمومی (۳۲۰۴) و نمونه بالینی (۱۵۴۷ نفر) انجام شد. تحلیل عاملی تأییدی بر روی هر سه نمونه نشان داد که مقیاس سلامت روانی مثبت با استفاده از ۹ گویه، عامل کلی سلامت روانی مثبت را اندازه‌گیری می‌کند. شاخص‌های برازش مدل نیز در سه گروه مناسب بود (برای مثال، شاخص‌های نکویی برازش در گروه دانشجویان، ریشه خطای میانگین تغییرات مجذورات (RMSEA)<sup>۲۰</sup> برابر با ۰/۷۸ و شاخص برازش غیرهنجار (NNFI)<sup>۲۱</sup> برابر با ۰/۹۸ به دست آمد). پایایی کلی ابزار در هر سه گروه با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و با روش بازآمایی به فاصله یک هفته در گروه دانشجویان ۰/۸۱ و در گروه بالینی ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین روایی ملاک محور این مقیاس با ابزارهای مشابه مناسب بود. برای مثال<sup>۲۲</sup> همبستگی نمره کل مقیاس سلامت روانی مثبت با مقیاس رضایت از زندگی<sup>۲۲</sup>،

همان‌گونه که گسترش دادن هیجان‌های مثبت، افق نگاه به جهان را وسعت می‌بخشد، اثر خنثی‌سازی هیجان‌های منفی نه تنها در سطح شناختی، بلکه در سطح جسمانی هم رخ می‌دهد. از این رو، هیجان‌های مثبت از راه اثر گسترش‌دهنده‌شان، باعث ایجاد حلقه‌های رو به بالای بهزیستی می‌شوند. این حلقه‌های رو به بالا به ایجاد مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای کمک می‌کنند. به این ترتیب، هیجان‌های مثبت سبب بهبود مقابله و افزایش تاب‌آوری در برابر مشکلات و سختی‌های زندگی می‌گردند [۱۴، ۱۵]. سنت سعادت‌گرایی، متأثر از آراء و عقاید ارسطو<sup>۱</sup> است. ارسطو در کتاب اخلاق نیکوماخ<sup>۲</sup> بر این باور بود که اگر فرد ظرفیت‌ها، مزایا و توانمندی‌های عالی خویش را به درستی تشخیص دهد و آنها را شکوفا سازد، زندگی سعادت‌مند و کاملی خواهد داشت [۱۶]. واترمن<sup>۳</sup> معتقد بود؛ سعادت هنگامی رخ می‌دهد که فعالیت‌های زندگی بیشترین سازگاری را با ارزش‌های کلی فرد داشته باشند [۱۷]. ریف<sup>۴</sup>، الگویی شش وجهی از سلامت روان مثبت ارائه داد که شامل: ۱. خودمختاری؛ ۲. رشد شخصی؛ ۳. پذیرش خود؛ ۴. هدف‌مندی در زندگی؛ ۵. تسلط؛ و ۶. روابط مثبت است [۱۸]. که پس با توجه به الگوی بهزیستی روانشناسی ریف و بر پایه سنت فلسفی لذت‌گرایی و جامعه‌شناسان کلاسیک و روانشناسان اجتماعی (مانند؛ دورکیم، مارکس، مرتون، سیمن، لفسورت، سرول و اریکسون) الگویی از سلامت روانی مثبت ارائه داد که شامل سه مؤلفه بهزیستی هیجانی<sup>۵</sup>، بهزیستی روانشناسی<sup>۶</sup> و بهزیستی اجتماعی<sup>۷</sup> بود [۳].

باتوجه به مبانی نظری که ارائه شد، چندین ابزار برای ارزیابی سلامت روانی مثبت وجود دارد، از جمله: مقیاس سلامت روانی مثبت که یس [۱۹]، مقیاس سلامت روانی کامل فرم کوتاه<sup>۸</sup> [۱، ۳]، مقیاس بهزیستی ذهنی وارویک-ادینبورگ<sup>۹</sup> [۲۰] و مقیاس سلامت روانی مثبت وینگانکار<sup>۱۰</sup>

11 . Lukat, Margraf, Lutz, Van Der Veld, Becker.

12 . Positive Psychology.

13 . Emotional.

14 . Psychological.

15 . Social Support.

16 . Trier Personality Inventory.

17 . Freiburg Personality Inventory.

18 . Mental Health Scale.

19 . Bernese Questionnaire of Subjective Well-Being.

20 . Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA).

21 . Non-Normed Fit Index (NNFI).

22 . Life Satisfaction Scale .

1 . Aristotle.

2 . Nichomachean Ethics.

3 . Waterman, A.S.

4 . Ryff CD.

5 . Emotional Well-Being.

6 . Psychological Well-Being.

7 . Social Well-Being.

8 . The Mental Health Continuum-Short Form.

9 . Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS).

10 . Vainganckar JA.

نظریه کلاسیک آزمون (CTT) <sup>۸</sup> انجام شد. در تحلیل‌های مبتنی بر نظریه کلاسیک آزمون، نمرات از طریق جمع کردن پاسخ‌های گویه‌های مقیاس به دست می‌آیند و این نمرات آزمون در سطح مقیاس فاصله‌ای <sup>۹</sup> فرض می‌شوند که معمولاً این‌طور نیست [۲۶].

در نظریه جدید روان‌سنجی یعنی نظریه پرسش پاسخ (IRT) <sup>۱۰</sup> رابطه بین پاسخ به گویه و مکان شخص <sup>۱۱</sup> در یک صفت پنهان <sup>۱۲</sup> تبیین می‌شود [۲۷]. یکی از رویکردهای مدرن براساس نظریه پرسش پاسخ، مدل رش <sup>۱۳</sup> است. مدل رش یک مدل ریاضی است که رابطه بین «صفات پنهان» و چگونگی پاسخ دادن افراد به گویه‌های یک مقیاس را توصیف می‌کند و هدف آن به حداکثر رساندن همگنی صفت پنهان و اجازه‌دادن به افزونگی بیشتر بدون کاهش اطلاعات اندازه‌گیری شده بر اساس گویه‌ای برای فراهم ساختن ابزار معتبرتر و ساده‌تر است [۲۸]. در صورتی که پاسخ‌های شخص به گویه‌های مقیاس با مدل رش برآزش داشته باشند، می‌توان نمره ترتیبی <sup>۱۴</sup> را به پارامتر شخص در سطح فاصله‌ای تبدیل کرد [۲۹]. تمرکز بر روی گویه‌ها و چگونگی پاسخ دادن شخص به این گویه‌ها امکان تحلیل‌های پیچیده‌تری را فراهم می‌سازد [۲۷]. بررسی تک بعدی <sup>۱۵</sup> بودن مقیاس و بررسی استقلال موضعی <sup>۱۶</sup> از جمله مزایای این رویکرد است [۲۸].

در مطالعه کارازینو، کریستینسن، مانسوئتو، بریلوسوکایا، مارگراف <sup>۱۷</sup> و همکاران، برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] از مدل چند ارزشی <sup>۱۸</sup> رش استفاده شد. نمونه شامل دانشجویان ایتالیایی بود. نتایج با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی <sup>۱۹</sup> در تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، مقیاس تک

در گروه دانشجویان (۰/۷۵)، با مؤلفه افسردگی (۰/۷۴-)، اضطراب (۰/۵۱-) و استرس (۰/۵۶-) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس <sup>۱</sup> لوپبند <sup>۲</sup> و لوپبند، و با مقیاس افسردگی یک <sup>۳</sup> در نمونه بالینی ۰/۵۸- به دست آمد [۲۲].

در پژوهش‌های مختلفی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال، بیدا، هیرسفلد، شونفلد، بریلویسکیا، ژانگ <sup>۴</sup> و همکاران، مطالعه‌ای بین فرهنگی جهت بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] بین سه نمونه آلمانی، روسی و چینی انجام دادند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی در هر سه نمونه، از مدل تک عاملی حمایت کرد و شاخص نکویی برازش RMSEA در نمونه آلمانی، روسی و چینی به ترتیب ۰/۰۴۵، ۰/۰۶۲ و ۰/۰۸۶ و شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) <sup>۵</sup> به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۸ و ۰/۹۸ به دست آمد [۲۳]. بیبی، مارگراف و سلیتوجنیک <sup>۶</sup>، در مطالعه خویش که جهت بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] بر روی دانشجویان پاکستانی و آلمانی انجام دادند با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی بر روی هر دو نمونه نشان دادند که این مقیاس از یک عامل تشکیل شده است. شاخص نکویی برازش RMSEA در نمونه پاکستانی و آلمانی به ترتیب ۰/۰۵۹ و ۰/۰۷۸ و شاخص CFA به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۶ به دست آمد [۲۴]. در مطالعه لوکات، بکر، لوالی، وندرولد و مارگراف <sup>۷</sup> علاوه بر تأیید ساختار تک عاملی مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲]، پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد [۲۵].

به‌طورکلی مطالعاتی که مرور شد چند ویژگی مشترک داشتند: نخست اینکه، ساختار تک عاملی مقیاس بر روی نمونه‌های مختلف رد نشد؛ ۲. مقیاس سلامت روانی مثبت پایایی مناسبی داشت، و ۳. همه این مطالعات بر اساس

8 . Classic Test Theory (CTT).

9 . Interval.

10 . Item Response Theory (IRT).

11 . Person location.

12 . latent Trait.

13 . The Rasch Model.

14 . Ordinal Score.

15 . Unidimensional .

16 . Local Independent Assumptions.

17 . Carozzino D, Christensen KS, Mansueto G, Brailovskaia J, Margraf J.

18 . Polytomous.

19 . Principal Component Analysis (PCA).

1 . The Depression Anxiety Stress Scales (DASS).

2 . Lovibond, P.F.

3 . Beck Depression Scale.

4 . Bieda A, Hirschfeld G, Schönfeld P, Brailovskaia J, Zhang XC, Margraf J.

5 . Comparative Fit Index (CFI).

6 . Bibi A, Lin M, Margraf J.

7 . Becker ES, Lavalley KL, Van Der Veld WM, Margraf J.

دانشجویان به مقیاس سلامت روانی مثبت بر اساس مدل چند ارزشی<sup>۲</sup> رش [۳۴] مورد بررسی قرار داد؛ بنابراین مطالعه از نوع روان‌سنجی بود.

### آزمودنی

#### الف. جامعه آماری

جامعه آماری شامل همه دانشجویان دانشگاه فرهنگیان شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود.

#### ب. نمونه پژوهش

در مطالعه حاضر، نمونه پژوهش به روش در دسترس از پردیس شهید چمران، پردیس نسیمیه و پردیس شهید مفتاح شهر ری در شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ انتخاب شد. برای انتخاب افراد نمونه، ابتدا با مسئولان پردیس‌ها در مورد اهداف پژوهش صحبت شد و هماهنگی‌ها و مجوزهای لازم گرفته شد. سپس به صورت تصادفی وارد کلاس‌های درسی دانشجویان شده و پس از توضیح اهداف پژوهش، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است. در نهایت تعدادی از این افراد موافقت خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام داشتند؛ بنابراین ابزار پژوهش بین آنها توزیع شد.

برخی از روان‌سنج‌ها معتقدند، در مطالعاتی که مبتنی بر مدل رش هستند، حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفری مورد نیاز است [۳۵]. برخی نیز معتقدند، در مدل‌های چند ارزشی رش هر چند حجم نمونه‌های کم می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار پژوهشگران قرار دهد، اما بهتر است حجم نمونه حداقل ۵۰۰ نفر باشد [۲۹، ۳۶]. در این پژوهش، در نهایت تعداد ۶۰۹ پرسشنامه قابل استفاده جمع‌آوری شد و تعداد ۴۱ پرسش‌نامه به علت اینکه شرکت‌کنندگان به تعدادی از گویه‌ها پاسخ نداده بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

#### ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس سلامت روانی مثبت: این مقیاس یک ابزار خود - گزارش‌دهی است که توسط لوکات و همکاران [۲۲] جهت اندازه‌گیری سلامت روانی مثبت ساخته شده است. این مقیاس شامل ۹ گویه و مبتنی بر نظریه روانشناسی مثبت‌نگر است. نمره‌گذاری مقیاس به صورت طیف لیکرت

بعدی است. پس از حذف گویه ۹ که وابستگی موضعی بالایی را نشان می‌داد، داده‌ها با مدل رش برازش مناسبی نشان دادند. پایایی شخص - گویه پس از حذف گویه ۹؛ مقدار ضریب عالی ۰/۹۰ به دست آمد [۳۰]. وگانیان و همکاران [۳۱] با استفاده از مدل رش مطالعه‌ای جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] انجام دادند. افراد نمونه، شامل ۳۶۰ نفر بیمار مبتلا به سرطان بود. برای بررسی تک‌بعدی بودن مقیاس از روش اسمیت<sup>۱</sup> [۲۶] استفاده شد. در این روش، ماتریس باقیمانده‌ها با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی در تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار می‌گیرد. نتایج از تک‌بعدی بودن مقیاس حمایت کرد. پس از حذف یک گویه نامناسب (گویه ۹) و محاسبه وابستگی محلی، یک برازش کلی رضایت‌بخش با مدل رش ایجاد شد و مشخص شد که مقیاس سلامت روانی مثبت با استفاده از ۸ گویه، یک بعد را اندازه‌گیری می‌کند [۳۱].

مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] یکی از ابزارهایی است که کاربرد آن در مطالعاتی با اهداف گوناگون مانند؛ پژوهش‌های مرتبط با پیش‌بینی پاسخ‌های سازگار و ناسازگار به کرونا است [۳۳]. پژوهش‌های مرتبط با تفاوت‌های بین‌فرهنگی [۲۳] و افکار خودکشی [۳۳] به طور مداوم در حال افزایش است. این مقیاس به بیش از ۱۲ زبان مانند: انگلیسی، چینی، روسی و آلمانی ترجمه شده است [۳۱]، اما در داخل کشور تاکنون پژوهشی جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس انجام نشده است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] در دانشجویان با استفاده از تحلیل مدل چند ارزشی رش بود؛ بنابراین پرسش اصلی پژوهش این بود، آیا مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] بر اساس مدل چند ارزشی رش ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی دارد؟

### روش

#### نوع پژوهش

این پژوهش کمی و از نوع توصیفی بود که داده‌های کمی را بر اساس تحلیل‌های به‌دست‌آمده از پاسخ‌های

2 . Polytomous.

1 . Smith Jr EV.

این منظور، پژوهش حاضر در دو مرحله طراحی شد: الف. بررسی تک بعدی بودن مقیاس سلامت روانی مثبت؛ و ب. آزمون برازش مدل.

در مرحله نخست، برای بررسی تک‌بعدی بودن مقیاس از تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل موازی<sup>۱</sup>، تحلیل عاملی تأییدی و شاخص Q3<sup>۲</sup>ین<sup>۳</sup> استفاده شد. هدف از بررسی تک بعدی بودن مقیاس این است که هر گویه یک ابزار، یک متغیر یا توانایی<sup>۴</sup> را اندازه‌گیری کند. بررسی تک بعدی بودن همان بررسی ساختار عاملی است [۲۸]. در تحلیل عاملی اکتشافی از روش بیشینه درست‌نمایی و چرخش پرومکس برای رسیدن به بهترین ساختار استفاده شد. در تحلیل عاملی تأییدی نیز از روش بیشینه درست‌نمایی و برای بررسی استقلال موضعی گویه‌های مقیاس از شاخص ین استفاده شد.

گویه‌های یک ابزار باید مستقل از یکدیگر باشند، زیرا وابستگی پاسخ موضعی<sup>۴</sup> (LD) باعث سوگیری در برآورد پارامترها می‌شود. وابستگی پاسخ موضعی به این موضوع اشاره دارد که آیا پاسخ به هر گویه تأثیر مستقیمی بر پاسخ به گویه‌های دیگر دارد یا خیر؟ وابستگی پاسخ موضعی یکی از الزامات مدل‌های رش است و برای بررسی آن از شاخص Q3<sup>۵</sup>ین<sup>۶</sup> استفاده می‌شود. در به کارگیری Q3 برای غربال‌گری وابستگی موضعی، استفاده از مقدار یکنواخت ۰/۲ رواج دارد. در صورتی که در ماتریس همبستگی باقیمانده<sup>۷</sup> (Q3)، مقدار Q3 کمتر از ۰/۲ باشد، فرضیه استقلال موضعی تأیید می‌شود. در صورتی که مقدار Q3 بیشتر از ۰/۲ باشد، یک وابستگی موضعی پیدا شده است [۳۱].

در مرحله دوم پژوهش، برازش مدل، ابتدا از آزمون نسبت درست‌نمایی<sup>۷</sup> برای بررسی این‌که کدام یک از دو مدل اعتبار جزئی (PCM)<sup>۸</sup> و مدل مقیاس درجه‌بندی (RSM)<sup>۹</sup> برای برآورد احتمال شرطی مناسب‌تر است، استفاده شد. در مقیاس اعتبار جزئی (PCM)، فرضیه اصلی

پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۰) تا کاملاً موافقم (نمره ۴) بود. در پژوهش لوکات و همکاران [۲۲]، ساختار تک عاملی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی احراز شد. روایی ملاک محور این مقیاس با ابزارهای مشابه مناسب بود. برای مثال، این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی در بین دانشجویان همبستگی مثبت (۰/۷۵ = ضریب همبستگی) و با مقیاس افسردگی بک در گروه بالینی همبستگی منفی (۰/۸۵ = ضریب همبستگی) داشت. پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ از ۰/۸۳ (در نمونه بالینی) تا ۰/۹۳ (در نمونه دانشجویی) متغیر بود. بازآزمایی به مدت یک هفته در نمونه بالینی ۰/۸۱ به دست آمد [۲۲].

### شیوه انجام پژوهش

به منظور ترجمه و آماده‌سازی مقیاس سلامت روانی مثبت، این مقیاس در اختیار یک نفر دانشجوی دکتری مترجمی زبان انگلیسی و استاد روانشناسی مسلط به زبان انگلیسی و روانشناسی مثبت‌نگر جهت ترجمه به فارسی قرار گرفت. این دو ترجمه توسط پژوهشگران با هم مقایسه و بهترین ترجمه گویه‌ها انتخاب شدند. سپس این ترجمه فارسی توسط یک دانشجوی دوره دکتری مترجمی زبان انگلیسی دوباره به انگلیسی ترجمه شد. سپس با نسخه اصلی مقایسه شد. در این مرحله مشکلی در ترجمه مشاهده نشد. مقیاس ترجمه شده در اختیار ۳۰ نفر از اعضای گروه جامعه هدف قرار گرفت. در این مرحله، پرسش‌هایی از قبیل اینکه آیا گویه‌ها واضح، روان و قابل فهم هستند، پرسیده شد. همچنین حالات چهره و مکث‌های احتمالی افراد بر روی گویه‌ها نیز مد نظر قرار گرفت. پس از اطمینان از ترجمه صحیح و روان بودن ترجمه گویه‌ها، ابزار مطالعه در اختیار افراد نمونه قرار گرفت.

### شیوه تحلیل داده‌ها

از مدل‌های نظریه پرسش پاسخ (IRT) از جمله مدل رش، می‌توان برای تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی یک ابزار استفاده کرد. این مدل‌ها بر گویه‌های فردی و نحوه پاسخ‌دهی به این گویه‌ها تمرکز دارند. در مدل رش، احتمال پاسخ به یک گویه، تابعی از تفاوت بین پارامترهای شخص (توانایی) و پارامترهای دشواری گویه در صفت پنهان است [۳۴]. در این پژوهش، از مدل چند ارزشی رش برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت روانی مثبت استفاده شد. برای

1. Parallel Analysis.
2. Yen's Q3.
3. Ability.
4. Local Response Dependency (LD).
5. Yen's Q3.
6. Residual Correlation Matrix.
7. Likelihood-Ratio Test.
8. Partial Credit Model (PCM).
9. Rating Scale Model (RSM).

[۳۷]. همچنین آستانه طبقه‌ای بر اساس طیف پاسخ، منحنی اطلاعات گویه‌ها (ICC)<sup>۷</sup>، منحنی مقوله‌ای گویه‌ها (CCC)<sup>۸</sup>، منحنی خصیصه آزمون (TCC)<sup>۹</sup> و منحنی اطلاعات عملکرد آزمون (TIF)<sup>۱۰</sup> که از الزامات نظریه IRT می‌باشند، بررسی شد. همچنین از پایایی شخص - گویه<sup>۱۱</sup>، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب مک‌دونالد برای بررسی پایایی مقیاس استفاده شد.

در مدل رش، پایایی به معنای تکرارپذیری مکان اندازه‌گیری نسبی است، به طوری که شخص و پایایی گویه، تکرارپذیری مکان‌های شخص و گویه را در امتداد پیوستار صفت نشان می‌دهد. پایایی شخص - گویه مقادیری بین ۰ تا ۱ است که مقادیر بیشتر بیانگر پایایی بیشتر است. برای پایایی شخص - گویه، ضریب ۰/۸۰ و بیشتر، مقادیر قابل قبول و مقادیر ۰/۹۰ و بیشتر، مقادیر بسیار خوب در نظر گرفته شده است [۳۶].

برای بررسی سوگیری مقیاس سلامت روانی مثبت بر اساس جنسیت شرکت‌کنندگان پژوهش، از دو روش استفاده شد: ابتدا بر اساس رویکرد نظریه کلاسیک آزمون (CTT)، برای بررسی ثبات اندازه‌گیری<sup>۱۲</sup> مقیاس، از روش تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی (MG-CFA)<sup>۱۳</sup> استفاده و سپس بر اساس نظریه جدید روان‌سنجی یعنی، نظریه پرسش پاسخ (IRT)، کنش افتراقی گویه (DIF)<sup>۱۴</sup> بررسی شد.

در تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی (MG-CFA) پژوهشگر می‌خواهد با استفاده از یک مدل واحد به بررسی این موضوع بپردازد که آیا یک مدل نظری به طور همزمان با چند گروه مختلف (مثلاً جنسیت) برازش دارد یا خیر. به گفته دیگر، آیا مدل نظری ارائه شده به خوبی با داده‌ها در گروه‌های مختلف برازش دارد یا خیر؟ [۳۸]. تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی (MG-CFA) لزوماً متشکل از چهار مدل آشیانه‌ای است و بسته به اینکه چه پارامترهایی را برای

متفاوت بودن مقیاس درجه‌بندی برای هر گویه است، در حالی که در مدل مقیاس درجه‌بندی (RSM)، فرضیه اصلی برابر بودن آستانه درجه‌بندی برای هر گویه است.

برای تعیین برازش گویه<sup>۱</sup> با مدل پژوهش از دو شاخص آمار میانگین «مربع وزنی - اطلاعات<sup>۲</sup>» (Infit) و «داده‌های پرت - حساس به آمار کای اسکوتر<sup>۳</sup>» (Outfit)، استفاده شد. هنگامی، گویه‌ها به خوبی با یک مدل رش برازش دارند که مقادیر این دو شاخص بین ۰/۵ و ۱/۵ قرار گیرند [۲۸]. مقادیر کمتر از ۰/۵ این دو شاخص بیانگر افزونگی احتمالی<sup>۴</sup> مقیاس است و مقادیر بیشتر از ۱/۵ این دو شاخص نشان می‌دهد، احتمالاً ابزار چیزی متفاوت از مقیاس کلی را نشان می‌دهد [۲۸].

شاخص دشواری<sup>۵</sup> نیز از دیگر ملزومات مدل رش است. مدل رش فرض می‌کند، گویه‌ها از نظر سطوح دشواری متفاوت هستند. دشواری گویه‌ها به سطح دشواری هر گویه نسبت به گویه‌های دیگر اشاره دارد به طوری که مقادیر منفی، بیانگر سطح دشواری کمتر و مقادیر مثبت بیانگر سطوح دشواری بالاتر است [۲۷]. در این مطالعه، گویه‌های آسان، گویه‌هایی هستند که افراد با میزان پایین سلامت روانی مثبت، نمرات بالایی در آن گویه کسب می‌کنند؛ در حالی که گویه‌های دشوار مواردی هستند که فقط شرکت‌کنندگان با میزان بالای سلامت روان مثبت در آن نمره بالایی به دست می‌آورند. اگر شاخص دشواری گویه بیشتر از ۱ باشد ( $d > 1$ ) بیانگر آن است که گویه بسیار مشکل است؛ اگر شاخص بین ۰/۵ تا ۱ باشد ( $0.5 < d < 1$ )، گویه سخت، اگر شاخص دشواری بین ۰/۵ تا -۰/۵ باشد ( $-0.5 < d < 0.5$ )، گویه متوسط، بین -۰/۵ تا -۱ باشد ( $-1 < d < -0.5$ )، گویه آسان و اگر -۱ و کمتر باشد ( $d < -1$ )، پرسش بسیار آسان است [۲۸].

از نقشه رایت<sup>۶</sup> برای بررسی توزیع دشواری گویه‌ها بر اساس توانایی افراد در سطح صفت پنهان استفاده می‌شود. در نقشه رایت در سمت راست، توزیع دشواری گویه‌ها قرار دارد که از بیشترین در بالا تا کمترین در پایین توزیع شده‌اند. در سمت راست نیز صفت پنهان پاسخ‌دهندگان قرار دارد

7. Item Information Curves.
8. Category Characteristic Curves.
9. Test Characteristic Curve (TCC).
10. Test Information Function (TIF).
- 11 . Person-Object Reliability.
- 12 . Measurement Invariance.
13. Multi-Group Confirmatory Factor Analysis (MG-CFA).
- 14 . Differential Item Functioning (DIF).

1. Item Fitness.
- 2 . Information-Weighted Mean Square Statistic (Infit).
- 3 . Outlier-Sensitive Means Square Statistic (Outfit).
- 4 . Redundancy.
- 5 . Difficulty.
- 6 . Eright Map.

شده میانگین مربع باقی‌مانده (SRMR)<sup>۷</sup> کمتر از ۰/۰۸۰ و شاخص CFA بیشتر از ۰/۹۵ (SRMR, RMSEA < ۰/۰۸۰) و شاخص CFA > ۰/۹۵) در مدل ثبات پیکربندی باشد، مدل ثبات پیکربندی رد نمی‌شود. هنگام مقایسه مدل‌های مختلف ثبات اندازه‌گیری با هم، باید تغییرات در شاخص‌های نکویی برازش اندک باشد. برای مثال، تغییرات در شاخص CFA (CFIA) باید کمتر و مساوی با ۰/۰۱ باشد. RMSEA Δ کمتر، مساوی ۰/۰۱۵ و SRMR Δ کمتر، مساوی با ۰/۰۳۰ باشد [۴۱، ۳۸].

کنش افتراقی گوئی (DIF)، زمانی ایجاد می‌شود که احتمال پاسخ صحیح میان افرادی با مقدار برابر از صفت زیربنایی در زیر گروه‌ها متفاوت است. خصوصیات یک گوئی در یک گروه (برای مثال گروه مردان)، متفاوت با خصوصیات همان گوئی در گروه دیگر (برای مثال گروه زنان) استو DIF پیش‌شرطی برای ایجاد سوگیری در اندازه‌گیری است. DIF به دو گروه عمده<sup>۸</sup> یکنواخت<sup>۹</sup> و گروه غیریکنواخت<sup>۹</sup> تقسیم می‌شود و با مقایسه پاسخ‌های داده شده به گوئی‌ها توسط شرکت‌کنندگان مطالعه با توانایی‌های مشابه اما متعلق به گروه‌های متفاوت (که گروه‌های مرجع<sup>۱۰</sup> نامیده می‌شوند)، بررسی می‌شود. DIF یکنواخت زمانی است که یک گروه علی‌رغم داشتن موقعیت مکانی مشابه در گروه دیگر، همواره احتمال متفاوتی برای پاسخ همسو/پاسخ صحیح دادن دارند [۴۲]؛ در حالی که DIF غیر یکنواخت اشاره به حالتی دارد که یک گوئی برای افراد با سطح توانایی متفاوت در یک گروه عملکرد متفاوتی را نشان می‌دهد [۴۳]. در این مطالعه، برای بررسی DIF، از دو روش DIF یکنواخت و DIF غیر یکنواخت، با استفاده از پکیج آماری difNLR در نرم افزار R استفاده شد [۴۴]. علاوه بر این، برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزارهای اس.پی.اس.اس<sup>۱۱</sup> نسخه ۲۴؛ لیزرل<sup>۱۲</sup> نسخه ۸/۸؛ استاتا<sup>۱۳</sup> نسخه ۱۷، جی‌موی<sup>۱۴</sup> نسخه ۲۶، ۳، ۲ و ج‌سپ<sup>۱۵</sup> نسخه ۰.۱۷.۲۰ استفاده شد.

برابری بین گروهی محدود کنیم، یکی از سطوح ثبات اندازه‌گیری را آزمون می‌کنیم [۳۹]. نخستین مدل، مدل ثبات پیکربندی<sup>۱</sup> است که یک مدل بدون محدودیت<sup>۲</sup> است. چنانچه، در یک مدل CFA، به مجموعه‌ای از گوئی‌ها اجازه داده شود تا آزادانه در هر گروه (در این مطالعه مرد و زن) یک عامل که برازش مدلی مناسبی دارند، تشکیل دهند، مدل ثبات پیکربندی ایجاد شده است [۴۰]. مدل دوم، مدل ثبات ضعیف/متریک<sup>۳</sup> است. این مدل به بررسی این نکته می‌پردازد که آیا بارهای عاملی بین زیرگروه‌ها برابر است یا خیر. بارهای عاملی بیانگر نیرومندی رابطه<sup>۴</sup> خطی بین هر عامل و گوئی<sup>۵</sup> مربوط به آن است [۳۹]. مدل سوم، ثبات مستحکم/اسکیلر<sup>۶</sup> است. هنگامی که گوئی‌ها در بین گروه‌ها شبیه هم باشند، ثبات نیرومند وجود دارد. این نوع ثبات در پی پاسخ به این پرسش است که آیا سوگیری پاسخ افزایشی - افتراقی<sup>۵</sup> وجود دارد یا خیر؟ [۳۸]. عوامل بیرونی غیرمرتبط با عامل مشترک تمایل به ایجاد چنین سوگیری‌هایی دارند که خود را از طریق پاسخ‌های گوئی‌هایی با ارزش خیلی بالا یا خیلی پایین، هنگامی که زیرگروه‌های یک جامعه با هم مقایسه می‌شوند، خود را نشان می‌دهند [۳۹]. مدل چهارم، ثبات تأکیدی (اندازه‌گیری باقیمانده)<sup>۶</sup> است. در این نوع ثبات، واریانس‌های خطای خاص هر گوئی، در بین گروه‌های مختلف آزمون و مقایسه می‌شوند؛ بنابراین در ثبات تأکیدی، امکان مقایسه واریانس یا کوواریانس مشاهده شده در بین زیرگروه‌ها (مثلاً جنسیت در مطالعه حاضر) فراهم می‌شود. برای بررسی ثبات تأکیدی، باقیمانده‌های متغیر آشکار باید محدود شوند تا در بین گروه‌های فرعی برابر شوند [۳۸]. به طور کلی، در هر گام از بررسی ثبات اندازه‌گیری که در بالا به صورت خلاصه ارائه شد، محدودیت‌های اضافی باید برای مدل اندازه‌گیری چندگروهی اعمال شود. از مقایسه مدل‌های تودرتو با یکدیگر می‌توان برای تعیین اینکه آیا محدودیت‌های اضافه شده منجر به ضعیف شدن برازش مدل می‌شود یا خیر استفاده کرد [۳۹]. برای تأیید فرضیه پژوهشگر (ثبات اندازه‌گیری)، اگر دو شاخص RMSEA و ریشه استاندارد

7 . Standardized Root Mean Square Residual (SRMR).  
8 . Uniform.  
9 . Non- Uniform.  
10 . Reference Group.  
11 . Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).  
12 . Lisrel.  
13 . Stata.  
14 . Jamovi.  
15 . JASP.

1 . Configural Invariance.  
2 . Unconstrained Model.  
3 . Metric/Weak Invariance.  
4 . Scalar/Strong Invariance.  
5 . Differential Additive Response Bias.  
6 . Strict Invariance (Measurement Residuals).



## نتایج

کای‌اسکوئر<sup>۲</sup> استفاده شد. آزمون KMO برابر ۰/۸۴۵ و در سطح مناسب به دست آمد و نتیجه آزمون کرویت بارتلت - تقریب کای‌اسکوئر از نظر آماری معنادار بود ( $df=36$ ;  $X^2=1278/684$ ;  $p.value \leq 0.00$ ). برای به دست آوردن تعداد عامل‌های مقیاس علاوه بر معیار کایزر و منحنی اسکری کتل، از تحلیل موازی نیز استفاده شد (جدول ۱).

جدول ۱. ارزش‌های ویژه داده‌های واقعی، میانگین ارزش‌های ویژه داده‌های تصادفی و صدک ۹۵ ارزش‌های تصادفی جهت مقایسه و تعیین تعداد عامل‌های مقیاس

| ارزش‌های<br>ویژه داده‌های<br>واقعی | میانگین ارزش‌های<br>ویژه داده‌های<br>تصادفی | صدک ۹۵ ارزش‌های<br>ویژه داده‌های<br>تصادفی | عامل |
|------------------------------------|---|--|------|
| ۶/۱۱۶                              | ۱/۳۳۰                                       | ۱/۴۱۳                                      | ۱    |
| ۰/۴۹۵                              | ۱/۲۱۸                                       | ۱/۲۸۵                                      | ۲    |
| ۰/۴۳۹                              | ۱/۱۳۴                                       | ۱/۱۸۷                                      | ۳    |
| ۰/۴۰۴                              | ۱/۰۵۹                                       | ۱/۱۰۳                                      | ۴    |
| ۰/۳۷۲                              | ۰/۹۹۰                                       | ۱/۰۳۹                                      | ۵    |
| ۰/۳۳۸                              | ۰/۹۲۶                                       | ۰/۹۶۱                                      | ۶    |
| ۰/۳۲۲                              | ۰/۸۶۱                                       | ۰/۹۰۹                                      | ۷    |
| ۰/۲۷۹                              | ۰/۷۸۵                                       | ۰/۸۳۹                                      | ۸    |
| ۰/۲۳۵                              | ۰/۶۹۵                                       | ۰/۷۶۲                                      | ۹    |

اگر نسبت مقادیر ویژه داده‌های واقعی عامل نخست، نسبت به مقادیر ویژه داده‌های واقعی عامل دوم، نسبت ۳ به ۱ باشد، مفروضه تک بعدی بودن رد نمی‌شود [۴۷] که با مشاهده این مقادیر در جدول ۱، این نسبت رعایت شده است. همچنین اگر ابزار از یک عامل غالب تشکیل شده باشد می‌توان گفت، ابزار تک بعدی است [۴۸]. با مشاهده جدول ۱، فقط در یک عامل یعنی در عامل نخست، ارزش‌های ویژه داده‌های واقعی (۶/۱۱۶) بیشتر از ارزش‌های ویژه داده‌های تصادفی آن عامل (۱/۳۳۰) بود؛ بنابراین می‌توان گفت، این مقیاس از یک عامل تشکیل شده است. این نتایج در نمودار اسکری به خوبی مشخص است و غالب بودن یک عامل را به خوبی نشان می‌دهد (نمودار ۱).

نمونه پژوهش شامل ۶۰۹ نفر از دانشجوی معلمان شهر تهران در مقطع کارشناسی بودند. از این تعداد ۳۱۲ نفر (۵۱/۲۳ درصد) زن و ۲۹۷ نفر (۴۸/۷۷ درصد) مرد بودند.

## الف. بررسی تک‌بعدی بودن مقیاس

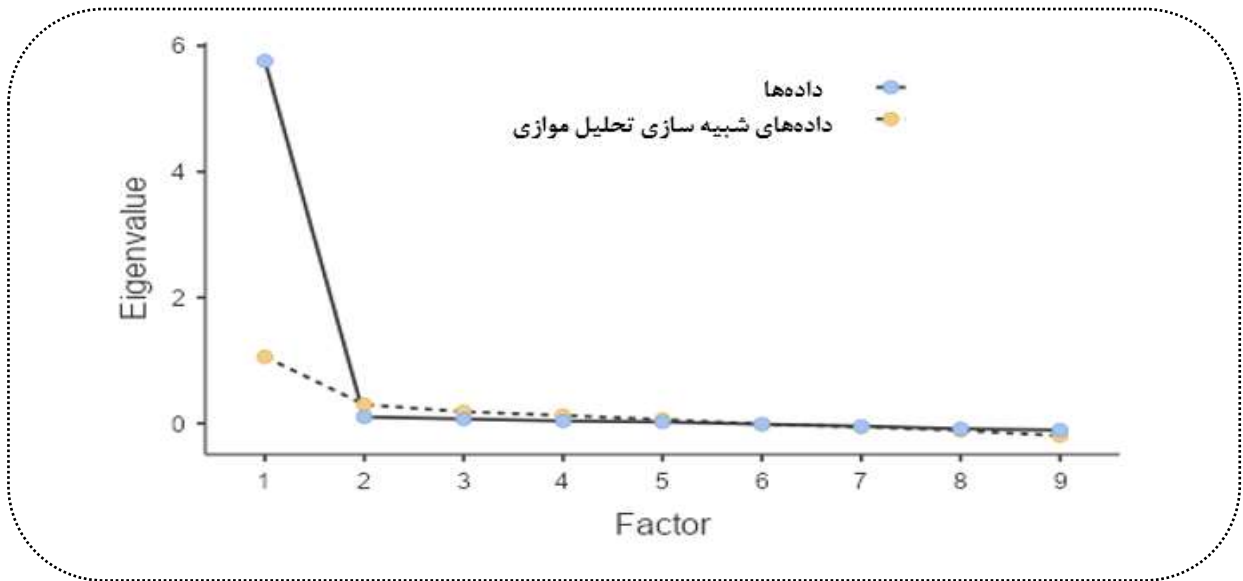
در این مطالعه برای بررسی تک‌بعدی بودن مقیاس، از تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل موازی، تحلیل عاملی تأییدی و شاخص Q3 ین [۳۱]، استفاده شد.

برای بررسی فرضیه تک‌بعدی بودن مقیاس، ابتدا تحلیل عاملی اکتشافی به کار گرفته شد. در تحلیل عاملی اکتشافی از روش بیشینه درست‌نمایی و چرخش پرومکس برای رسیدن به بهترین ساختار مقیاس استفاده شد. روش بیشینه درست‌نمایی محبوب‌ترین روش برآوردگر در تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی است و پیش‌فرض آن توزیع نرمال داده‌ها می‌باشد. این روش برآوردگر، فرض می‌کند که نمونه به حد کفایت است و مشاهدات مستقل و به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. این روش بیشتر از سایر روش‌های برآوردگر توصیه شده است، زیرا احتمالاً نسبت به سایر روش‌ها سوگیری کمتری دارد [۴۵]. از آنجایی که در روان‌شناسی بیشتر عوامل با هم همبسته هستند، بهتر است چرخش متمایل به کار گرفته شود، زیرا در روان‌شناسی مدل‌ها را درست‌تر بازنمایی می‌کند. چرخش پرومکس با راه حل متعامد آغاز و سپس به یک راه حل متمایل تبدیل شده و پایان می‌یابد [۴۶].

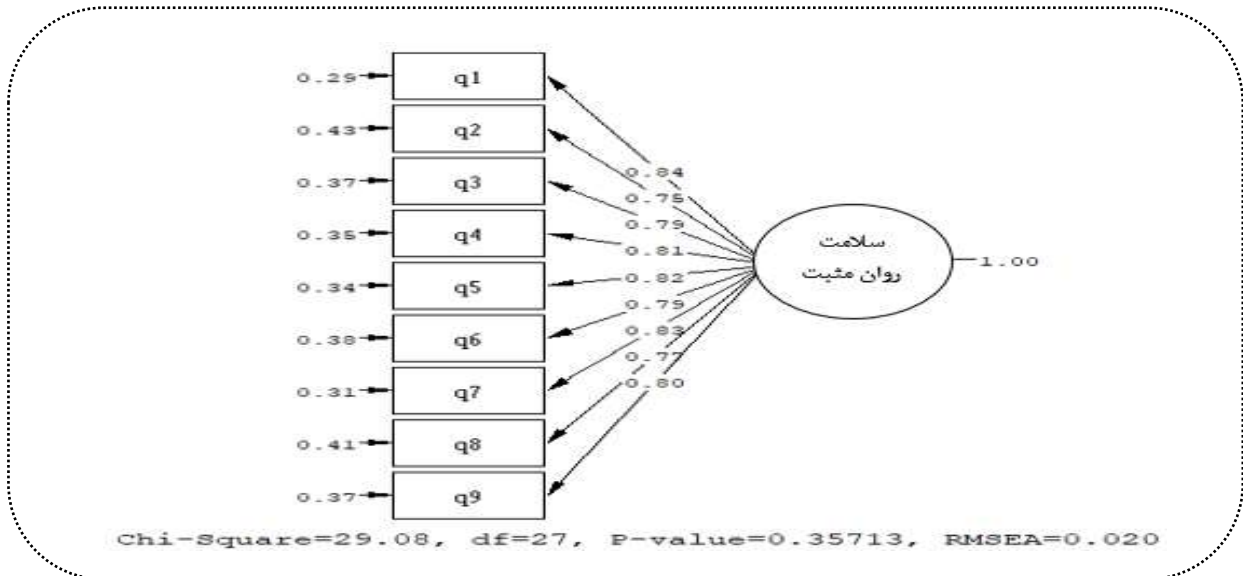
قبل از تحلیل نتایج با روش تحلیل عاملی اکتشافی، ابتدا نرمال بودن داده‌ها با استفاده از میزان کجی و کشیدگی بررسی شد. میزان کجی و کشیدگی همه گویه‌های مقیاس بین -۰/۳۰۳ و ۱/۰۰۳ بود. این میزان کجی و کشیدگی بین -۲ و ۲ بود؛ بنابراین داده‌های پژوهش از توزیع نرمال برخوردار بودند. با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش، می‌توان از روش بیشینه درست‌نمایی و چرخش پرومکس برای تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کرد. برای به دست آوردن کفایت نمونه و توانمندی مقیاس جهت تشکیل عامل‌ها از آزمون کفایت نمونه‌گیری کایزر - مایر-اوکلین<sup>۱</sup> (KMO) و آزمون کرویت بارتلت - تقریب

1 . Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO).

2 . Bartlett's Test of Sphericity- Approx. Chi-Square.



نمودار ۱. نمودار اسکری به همراه تحلیل موازی مقیاس سلامت روانی مثبت



شکل ۱. مدل یک عاملی مقیاس سلامت روانی مثبت

به RMSEA<sup>۱</sup>، GFI<sup>۲</sup>، NFI<sup>۳</sup>، NNFI<sup>۴</sup>، CFA، PNFI<sup>۵</sup> و IFI<sup>۶</sup> به ترتیب ۰/۰۸، ۰/۰۲۰، ۰/۹۷، ۰/۹۹، ۱، ۱، ۰/۷۴ و ۱ به دست آمدند که بیانگر برازش مناسب مدل بود. به طور کلی در جدول ۲، خلاصه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و سایر مشخصات آماری حاصل از نتایج تحلیل عاملی تأییدی ارائه شد.

از تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی دقیق‌تر ساختار عاملی و تک بعدی بودن مقیاس سلامت روانی مثبت و رد نشدن مدل به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد (شکل ۱).  
 شکل ۱، نشان دهنده تک عاملی و در نتیجه تک بعدی بودن مقیاس است. شاخص‌های نکویی برازش مدل،  $\chi^2/df$

1 . Goodness of Fit Index (GFI).  
 2 . Normed Fit Index (NFI).  
 3 . Parsimonious Normed Fit Index (PNFI).  
 4 . Incremental Fit Index (IFI).

جدول ۲، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی

| p.value | مقدار t | تحلیل عاملی تأییدی |                 |                     | گویه      |
|---------|---------|--------------------|-----------------|---------------------|-----------|
|         |         | ضرایب تعیین        | ضرایب استاندارد | تحلیل عاملی اکتشافی |           |
| <۰/۰۰۱  | ۱۴/۵۴   | ۰/۷۱               | ۰/۸۴            | ۰/۸۴                | ۱         |
| <۰/۰۰۱  | ۱۲/۳۳   | ۰/۵۶               | ۰/۷۵            | ۰/۷۶                | ۲         |
| <۰/۰۰۱  | ۱۳/۲۲   | ۰/۶۲               | ۰/۷۹            | ۰/۷۹                | ۳         |
| <۰/۰۰۱  | ۱۳/۶۴   | ۰/۶۶               | ۰/۸۱            | ۰/۸۱                | ۴         |
| <۰/۰۰۱  | ۱۳/۸۱   | ۰/۶۷               | ۰/۸۲            | ۰/۸۱                | ۵         |
| <۰/۰۰۱  | ۱۳/۰۶   | ۰/۶۲               | ۰/۷۹            | ۰/۷۹                | ۶         |
| <۰/۰۰۱  | ۱۴/۲۲   | ۰/۵۹               | ۰/۷۷            | ۰/۸۳                | ۷         |
| <۰/۰۰۱  | ۱۲/۷۱   | ۰/۶۲               | ۰/۷۹            | ۰/۷۷                | ۸         |
| <۰/۰۰۱  | ۱۳/۳۱   | ۰/۶۴               | ۰/۸۰            | ۰/۷۹                | ۹         |
| -       | -       | -                  | -               | ۶/۱۱۶               | ارزش ویژه |
| -       | -       | -                  | -               | ۶۴/۰۱               | واریانس   |

جدول ۳، ماتریس همبستگی باقیمانده (Q3)، جهت بررسی فرضیه استقلال موضعی

| گویه | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵      | ۶      | ۷      | ۸      | ۹ |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| ۱    | —      |        |        |        |        |        |        |        |   |
| ۲    | -۰/۱۰۴ | —      |        |        |        |        |        |        |   |
| ۳    | -۰/۱۲۴ | -۰/۰۴۶ | —      |        |        |        |        |        |   |
| ۴    | -۰/۱۹۶ | -۰/۱۹۳ | -۰/۰۹۰ | —      |        |        |        |        |   |
| ۵    | -۰/۱۹۸ | -۰/۰۵۹ | -۰/۲۸۲ | -۰/۱۵۴ | —      |        |        |        |   |
| ۶    | -۰/۱۸۴ | -۰/۰۷۰ | -۰/۱۰۹ | -۰/۱۴۳ | ۰/۰۰۳  | —      |        |        |   |
| ۷    | -۰/۰۴۸ | -۰/۱۰۲ | -۰/۰۵۱ | -۰/۱۱۰ | -۰/۰۲۱ | -۰/۱۸۲ | —      |        |   |
| ۸    | -۰/۰۱۲ | -۰/۱۸۴ | -۰/۱۰۳ | -۰/۰۴۵ | -۰/۰۸۷ | -۰/۰۲۸ | -۰/۱۳۵ | —      |   |
| ۹    | -۰/۰۲۰ | -۰/۰۸۴ | -۰/۰۷۴ | -۰/۰۵۴ | -۰/۰۸۳ | -۰/۰۸۴ | -۰/۱۶۳ | -۰/۰۹۰ | — |

کمتر از ۰/۲ است؛ بنابراین فرضیه استقلال موضعی مقیاس رد نشد. بنابراین، با توجه به نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل موازی و بررسی مقادیر شاخص Q3 می‌توان استدلال کرد که این مقیاس تک بعدی است.

#### ب. آزمون برازش مدل رش

برای تعیین اینکه کدام یک از دو مدل چند ارزشی رش یعنی مدل اعتبار جزئی (PCM) یا مقیاس درجه‌بندی (RSM) برای برآورد احتمال شرطی مناسب‌تر است، از آزمون نسبت درست‌نمایی کای اسکور استفاده شد (جدول ۴).

باتوجه به نتایج جدول ۲، مقادیر بارهای عاملی در تحلیل عاملی اکتشافی و ضرایب استاندارد در تحلیل عاملی تأییدی قابل مقایسه هستند.

روش دیگر برای بررسی فرضیه تک‌بعدی بودن این ابزار، استفاده از شاخص بین [۳۱] است که استقلال موضعی را از طریق ماتریس همبستگی باقیمانده (Q3) بررسی می‌کند (جدول ۳).

باتوجه به جدول ۳ و مقادیر شاخص Q3 مشخص شد که مقدار Q3 به دست آمده در ماتریس همبستگی باقیمانده

در جدول ۴. شاخص‌های برازش دو مدل اعتبار جزئی (PCM) و مقیاس درجه‌بندی (RSM) ارائه شد. نتایج آزمون نسبت درست‌نمایی کای‌اسکوئر نشان داد که داده‌ها با هر دو مدل چند ارزشی رش برازش دارند و بین دو مدل تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P < 0/471, df = 24, X^2 = 23/8$ )؛ بنابراین احتمالاً هر دو مدل اعتبار جزئی (PCM) و مقیاس درجه‌بندی (RSM) با داده‌های به دست آمده از نمونه برازش مناسبی خواهند داشت. در این مطالعه از مدل اعتبار جزئی (PCM) استفاده شد.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل اعتبار جزئی (PCM) و مقیاس درجه‌بندی (RSM) جهت مقایسه و انتخاب مدل پژوهشی

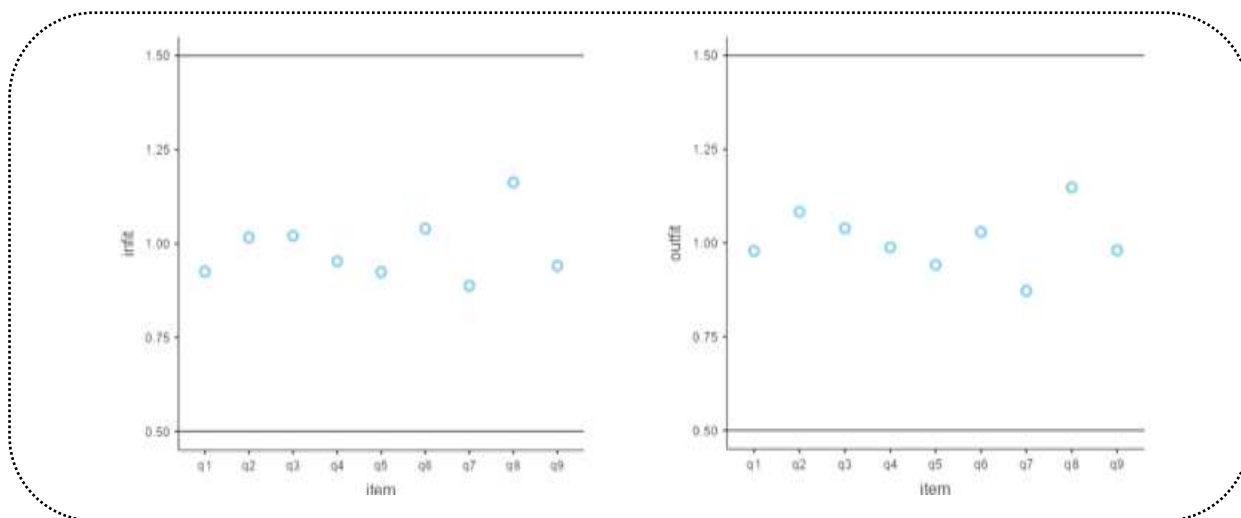
| مدل | AIC  | BIC  | آزمون نسبت درست‌نمایی کای اسکوئر |    |         |
|-----|------|------|----------------------------------|----|---------|
|     |      |      | X <sup>2</sup>                   | Df | P.value |
| PCM | ۴۱۶۳ | ۴۲۸۶ | ۲۳/۸                             | ۲۴ | ۰/۴۷۱   |
| RSM | ۴۱۱۳ | ۴۱۸۲ |                                  |    |         |

جدول ۵. پارامترهای برآورد شده برای مدل چندارزشی رش سلامت روانی مثبت

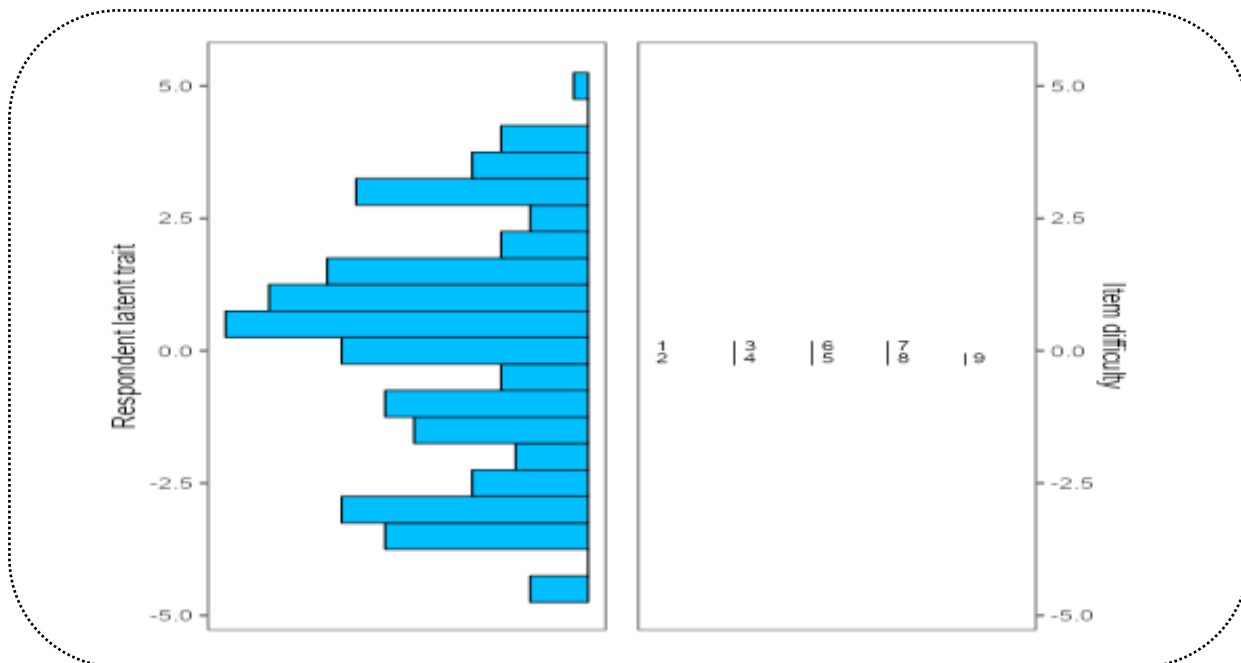
| گویه | شاخص‌های برازش گویه |        | دشواری   |             | آستانه‌های بین طبقه‌ای بر اساس طیف پاسخ |                |                |                |
|------|---------------------|--------|----------|-------------|---|----------------|----------------|----------------|
|      | Infitt              | Outfit | دشواری   | خطای دشواری | b <sub>4</sub>                          | b <sub>3</sub> | b <sub>2</sub> | b <sub>1</sub> |
| ۱    | ۰/۹۰۵               | ۰/۹۸۸  | ۰/۰۱۳۳   | ۰/۱۰۶       | ۳/۱۴                                    | ۰/۷۹۴          | -۱/۲۳          | -۲/۷۱          |
| ۲    | ۱/۰۱۳               | ۱/۰۸۵  | -۰/۰۵۴۲  | ۰/۱۰۶       | ۳/۳۶                                    | ۰/۸۳۱          | -۱/۳۶          | -۳/۱۷          |
| ۳    | ۱/۰۱۱               | ۱/۰۳۷  | ۰/۱۴۸۶   | ۰/۱۰۶       | ۳/۵۱                                    | ۰/۹۶۱          | -۱/۲۰          | -۲/۶۵          |
| ۴    | ۰/۹۵۱               | ۰/۹۹۵  | -۰/۰۵۴۳  | ۰/۱۰۶       | ۳/۱۳                                    | ۰/۸۶۷          | -۱/۲۷          | -۳/۱۸          |
| ۵    | ۰/۹۲۰               | ۰/۹۶۰  | -۰/۰۲۰۰۸ | ۰/۱۰۶       | ۳/۰۶                                    | ۰/۴۱۸          | -۱/۳۳          | -۲/۸۹          |
| ۶    | ۱/۰۴۵               | ۱/۰۳۸  | -۰/۰۲۰۰۴ | ۰/۱۰۶       | ۳/۰۸                                    | ۰/۷۲۱          | -۱/۱۳          | -۲/۸۴          |
| ۷    | ۰/۸۸۴               | ۰/۸۷۷  | ۰/۱۴۸۴   | ۰/۱۰۶       | ۳/۳۶                                    | ۰/۸۵۸          | -۱/۲۳          | -۲/۲۹          |
| ۸    | ۱/۱۶۴               | ۱/۱۴۵  | -۰/۱۷۸۲  | ۰/۱۰۶       | ۲/۷۳                                    | ۰/۵۳۶          | -۱/۴۷          | -۲/۴۴          |
| ۹    | ۰/۹۳۹               | ۰/۹۷۸  | ۰/۱۴۴۴   | ۰/۱۰۶       | ۳/۲۰                                    | ۰/۳۷۶          | -۱/۳۳          | -۲/۶۳          |

هنگامی که مقادیر این دو شاخص بین ۰/۵ و ۱/۵ باشد، نشان می‌دهد، گویه‌ها همسو با مدل است؛ بنابراین با توجه به مقادیر این دو شاخص در این پژوهش، می‌توان گفت، گویه‌های مقیاس همان سازه کلی یعنی سلامت روانی مثبت را اندازه‌گیری می‌کنند. برازش گویه‌ها در مدل پژوهشی در نمودار ۲، به خوبی قابل مشاهده است.

در جدول ۵، دو شاخص Infitt و Outfit برای تعیین برازش مدل - گویه، ضریب دشواری، خطای ضریب دشواری و آستانه‌های بین طبقه‌ای بر اساس طیف پاسخ بر اساس مدل اعتبار جزئی (PCM) ارائه شد. باتوجه به نتایج جدول ۵، مقادیر دو شاخص Infitt و Outfit بین ۰/۵ و ۱/۵ قرار داشت [۳۲]. به طور کلی،



نمودار ۲. مقادیر دو شاخص Infit و Outfit و فاصله آنها با مقادیر بحرانی ۰/۵ تا ۱/۵



شکل ۲. نقشه رایت سلامت روانی مثبت

بر روی پیوستار صفت پنهان مشخص می‌شوند که در آن، نقاط پاسخ‌دهنده به احتمال ۵۰ درصد به آن طبقه خاص و یا طبقات بالاتر و به احتمال ۵۰ درصد به طبقه پایین‌تر پاسخ می‌دهد. تعداد پارامترهای آستانه برای یک گویه برابر با تعداد طبقات، منهای یک است ( $K-1$ ). آستانه‌ها با (b) ارائه می‌شوند. مقیاس پارامترهای دشواری (b) دقیقاً با مقیاس صفت زیربنایی ( $\theta$ ) یکسان هستند و به منظور شناسایی مدل فرض می‌شود که توزیعی نرمال با میانگین

در نقشه رایت (شکل ۲)، در سمت راست، توزیع دشواری گویه‌ها قرار دارد که از بیشترین در بالا تا کمترین در پایین توزیع شده‌اند. در سمت چپ نیز مقدار صفت پنهان پاسخ‌دهندگان قرار دارد. نقشه رایت نشان می‌دهد، توزیع نمرات گویه‌ها تقریباً اطراف میانگین قرار دارند. همچنین هر گویه متشکل از تعدادی پارامتر آستانه یا پارامترهای مکانی<sup>۱</sup> است. پارامترهای آستانه به عنوان نقاطی

1 . local Parameter.

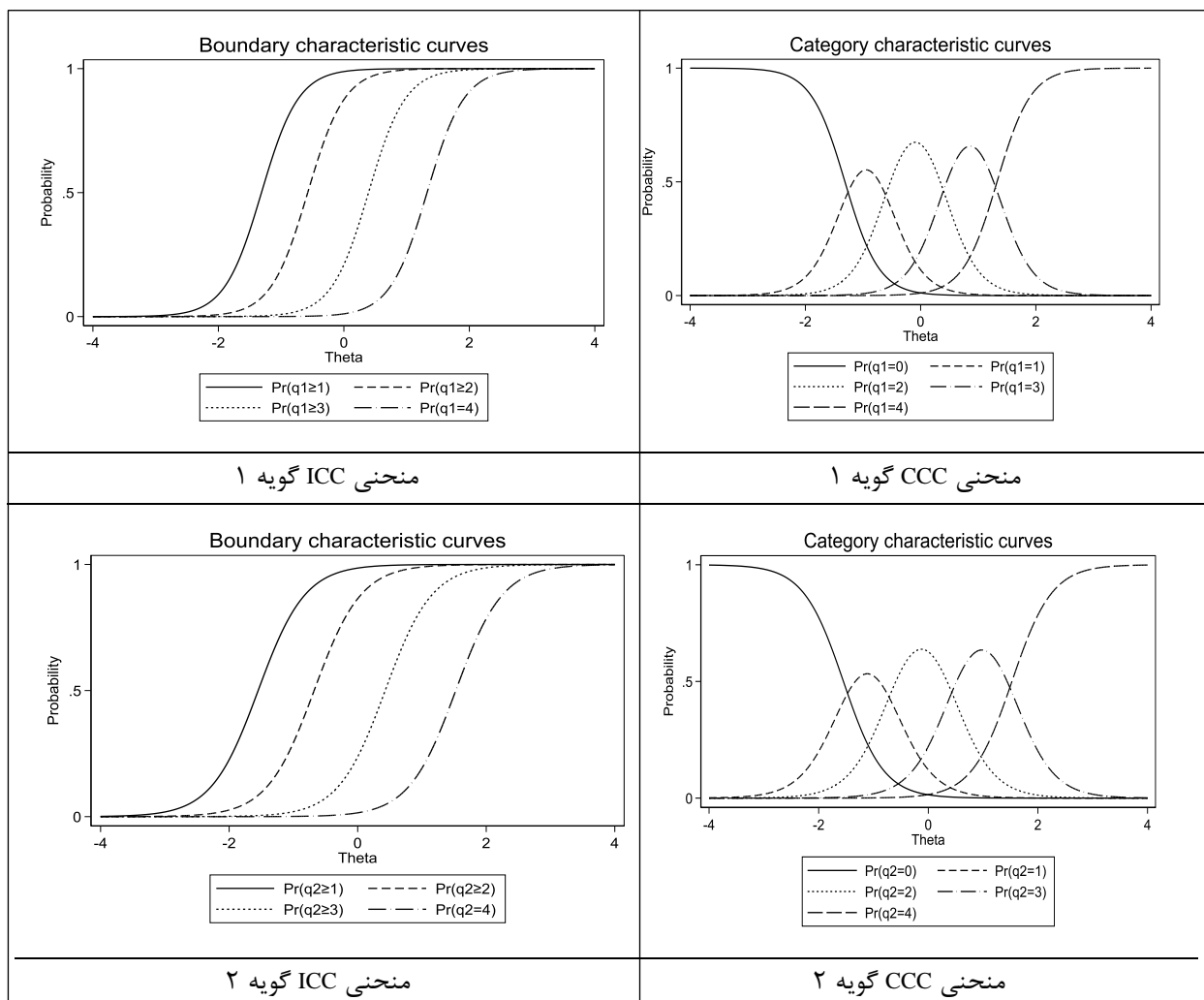
شخصی با سطح صفت  $1/33-$ ، ۵۰ درصد احتمال دارد به طبقه ۲ یعنی مخالفم در برابر طبقه ۳ یعنی نه مخالفم و نه موافقم پاسخ دهد و الی آخر.

پارامترهای دشواری و آستانه، برای ترسیم نمودارهایی که به منحنی‌های پاسخ طبقات (CRC) معروف هستند، استفاده می‌شوند. این نمودارها به صورت دیداری، احتمال پاسخ دهنده‌ها به یک گویه را در هر طبقه به عنوان تابعی از نگرش آن‌ها نمایش می‌دهند [۳۸].

به‌طورکلی، پارامترهای دشواری بالاتر هر گویه، منجر به منحنی‌های پاسخ طبقات (CRC) باریک‌تر و شیب‌دارتر و در نتیجه تابع آگاهی با برجستگی بیشتر می‌شود. منحنی اطلاعات گویه‌ها (ICC) و منحنی مقوله ای گویه‌ها (CCC) مقیاس سلامت روانی مثبت در جدول ۶، قابل مشاهده است.

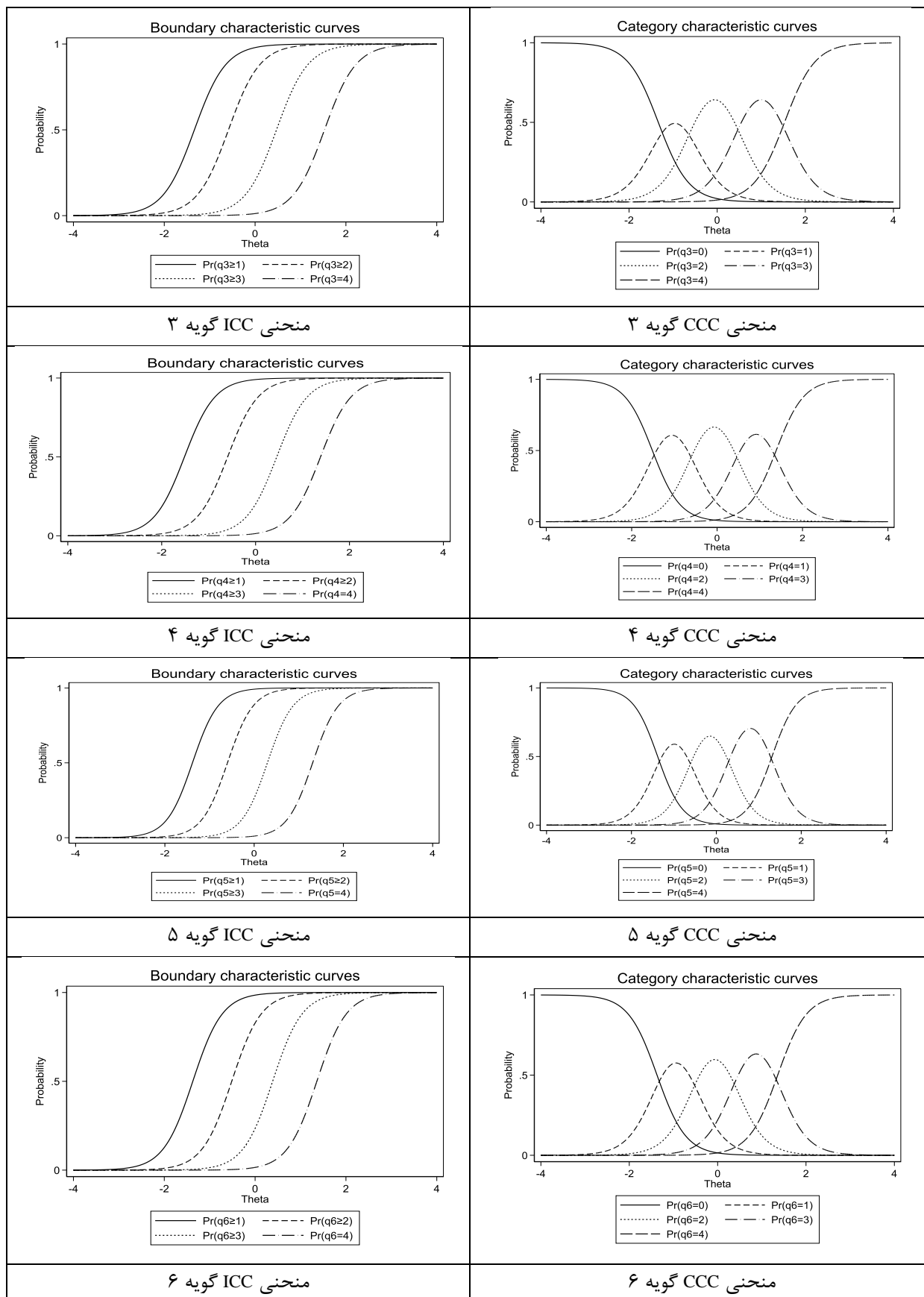
صفر و انحراف معیار یک دارند. از این رو، پارامترهای  $b_i$  ( $K=1$ )؛ اساساً بر مبنای نمرات استاندارد شده (Z) تفسیرپذیر هستند [۳۹]. در این پژوهش، نمره‌گذاری مقیاس سلامت روانی مثبت به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۰) تا کاملاً موافقم (نمره ۴) بود؛ بنابراین تعداد ۴ پارامتر آستانه دارد که در جدول ۵ ارائه شد. از آنجایی که پارامترهای آستانه معرف سطح صفتی (در این پژوهش، مقدار سطح سلامت روانی مثبت) است که شخص باید داشته باشد تا پاسخ او با احتمال ۵۰٪ در آن طبقه یا بالای آن طبقه قرار گیرد؛ بنابراین در گویه ۹ که آستانه پاسخ بین  $2/63-$  تا  $30/20+$  است، شخصی با سطح صفت  $2/63-$  ( $\theta = -2/63$ )، ۵۰ درصد احتمال دارد به طبقه ۱ یعنی کاملاً مخالفم در برابر طبقه ۲ یعنی مخالفم پاسخ دهد.

جدول ۶. منحنی اطلاعات گویه‌ها (ICC) و منحنی مقوله ای گویه‌ها (CCC) مقیاس سلامت روانی مثبت

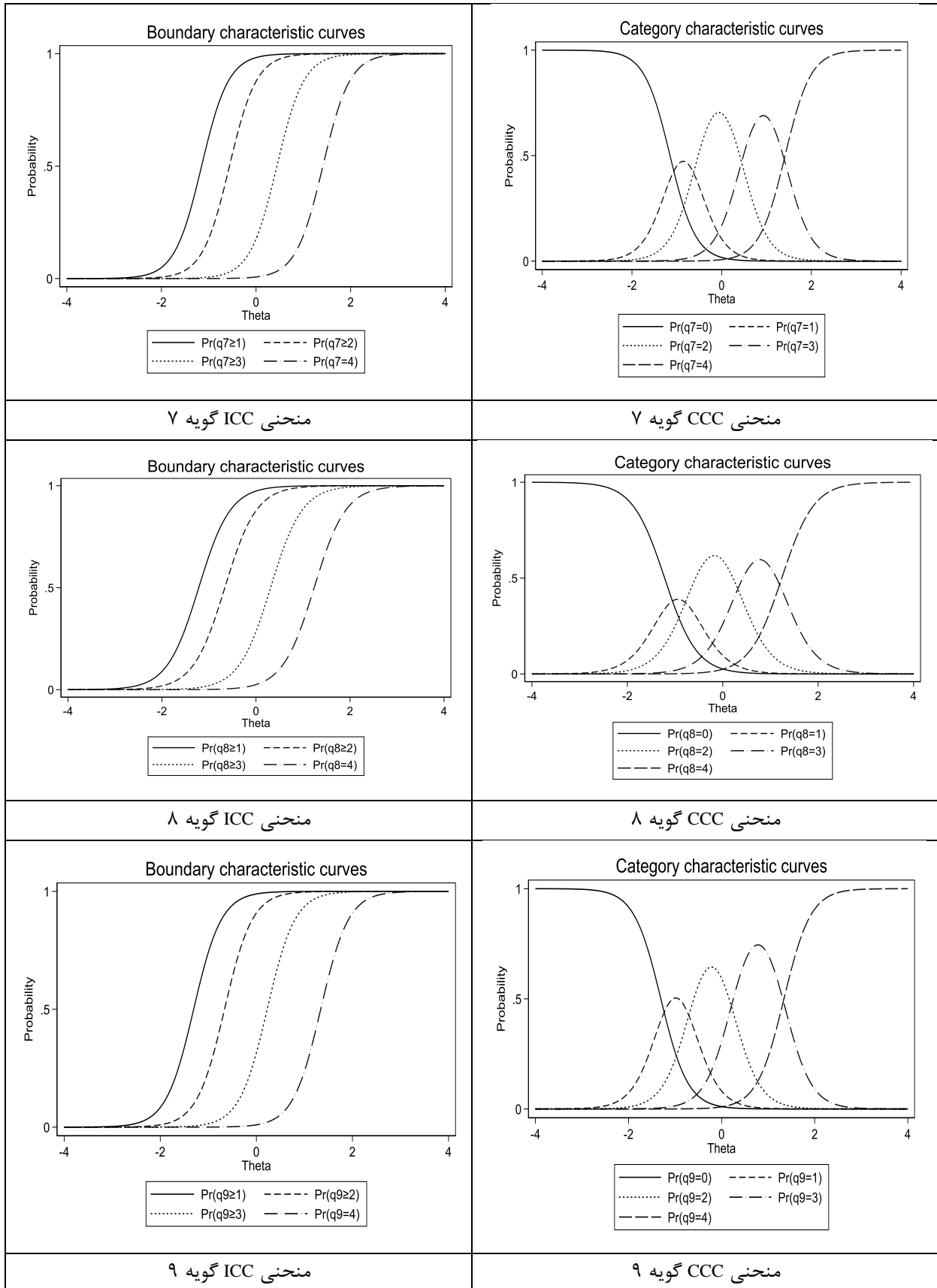


1. Category Response Curves (CRC).

ادامه جدول ۶. منحنی اطلاعات گویه‌ها (ICC) و منحنی مقوله‌ای گویه‌ها (CCC) مقیاس سلامت روانی مثبت



ادامه جدول ۶. منحنی اطلاعات گویه‌ها (ICC) و منحنی مقوله ای گویه‌ها (CCC) مقیاس سلامت روانی مثبت





مورد انتظار در برابر صفت پنهان است. این منحنی همچنین به عنوان منحنی مشخصه کل<sup>۵</sup> نیز مشهور است. منحنی خصیصه آزمون (TCC)، حاصل مجموع ICC ها است. TCC نمره مورد انتظار را در امتداد صفت پنهان رسم می‌کند [۳۷]. با توجه به این نکته که مقیاس سلامت روانی مثبت از ۹ گویه مبتنی بر طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ تشکیل شده است؛ می‌توان انتظار داشت؛ کمترین میزان نمره مورد انتظار صفر و حداکثر نمره مورد انتظار ۳۶ باشد. از آنجایی که، در مدل پرسش - پاسخ، فرض اساسی این است که نمره صفت مورد اندازه‌گیری که در این‌جا سلامت روانی مثبت است، به صورت نرمال توزیع شده است و در یک توزیع نرمال، میانگین منحنی نرمال صفر و انحراف معیار یک می‌باشد؛ بنابراین با استفاده از مقادیر بحرانی ۹۵٪ از توزیع نرمال استاندارد (۱/۹۶- و ۱/۹۶+) و با توجه به منحنی خصیصه آزمون (TCC)، ابزار مورد مطالعه در جدول ۷، می‌توان انتظار داشت که ۹۵٪ نمرات انتخابی افراد بین نمره ۱/۴۹ تا ۳۳/۸ خواهد بود.

در نظریه پرسش - پاسخ آزمون منحنی اطلاعات عملکرد آزمون (TIF)، برای محاسبه خطای استاندارد اندازه‌گیری و پایایی مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ بنابراین منحنی اطلاعات عملکرد آزمون (TIF)، باتوجه به سطح توانایی تغییر می‌کند. خطای استاندارد اندازه‌گیری برابر است با معکوس ریشه دوم اطلاعات؛ بنابراین مقادیر بزرگ اطلاعات، به مقادیر کوچک تر خطای استاندارد و مقادیر بزرگ تر پایایی منجر می‌شود. به عبارتی در مدل پرسش - پاسخ پایایی، به صورت یک تابع پیوسته روی مقادیر صفت پنهان (θ) مورد اندازه‌گیری تعریف می‌شود. این منحنی تابعی از پارامترهای پرسش است و می‌تواند در سطح یک پرسش، چندین پرسش و حتی یک مقیاس تعریف شود [۳۷]. با توجه به منحنی اطلاعات عملکرد آزمون (TIF) مقیاس سلامت روانی مثبت در جدول ۷، بیشترین میزان اطلاعات بین ۲- تا ۲+ است. چرا که در این محدوده با افزایش اطلاعات از میزان خطا کاسته می‌شود. همچنین ضریب پایایی شخص - گویه در مدل رش برای این مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب مک دونالد ۰/۸۴ به دست آمد (شکل ۳).

به‌طور کلی، هر اندازه پارامتر دشواری گویه بیشتر باشد، شیب منحنی اطلاعات گویه‌ها (ICC) تندتر و منحنی مقوله‌ای گویه‌ها (CCC) به هم فشرده‌تر و ارتفاع آنها بیش‌تر می‌شود. با نگاه به منحنی اطلاعات گویه‌ها (ICC) که به آن منحنی مشخصه کرانه‌ای (BCC)<sup>۱</sup> نیز می‌گویند [۳۷] مشخص شد، منحنی گویه‌ها در طبقات مختلف شکل S دارند. یعنی شیب زیادی دارند و این بیانگر میزان دشواری و قدرت تمیز خوب گویه‌ها در طبقات مختلف است. این نکته را نیز باید در نظر داشت که در این گویه‌ها اگرچه شکل کلی هر چهار منحنی برای هر گویه تقریباً یکسان است ولی این منحنی‌ها از نظر مکان متفاوت هستند. مکان هر منحنی با سطح دشواری طبقه منطبق است. به عبارتی، مکان، میزان تفاوت احتمال هر طبقه را در طول سطح صفت توصیف می‌کند. برای مثال؛ سطح صفت مربوط به احتمال ۵۰٪ در طبقه ۱، بسیار پایین‌تر از طبقات ۲، ۳ و ۴ در گویه‌های این مقیاس است؛ بنابراین طبقه ۱، آسان‌ترین و طبقه ۴، مشکل‌ترین طبقه در مقیاس سلامت روانی مثبت است. اگر منحنی اطلاعات گویه (ICC) ضعیف‌ترین گویه این مقیاس بررسی شود که گویه ۶ با ضریب دشواری ۰/۲۰۰۸- و آستانه پاسخ بین ۲/۸۹- تا ۳/۰۶ است، مشخص می‌شود که شیب هر چهار منحنی زیاد است؛ بنابراین گویه ۶ نیز دارای قدرت تمیز خوب در هر چهار طبقه است.

باتوجه به منحنی مقوله‌ای گویه‌ها (CCC)، منحنی‌ها شکل تختی ندارند و در هم تنیده نیستند؛ بنابراین گزینه تمامی گویه‌ها به اندازه‌ای با یکدیگر فاصله دارند که هیچ گزینه‌ای تحت پوشش گزینه دیگر قرار ندارد و گزینه‌ها به طور مستقل در بازه‌هایی از سطح تا دارای احتمال انتخاب از سوی افراد هستند که بیانگر کارآمدی طیف لیکرت نمره‌گذاری مقیاس است. اگر با دقت به منحنی مقوله‌ای گویه‌ها (CCC) نگاه شود مشخص می‌شود که در گویه ۸، منحنی طبقه ۲ دارای ارتفاع نسبتاً پایینی است؛ بنابراین به نظر می‌رسد این طبقه به خوبی از سایر طبقات این گویه، متمایز نشده است. در جدول ۷، منحنی خصیصه آزمون (TCC)<sup>۲</sup> و منحنی اطلاعات عملکرد آزمون (TIF)<sup>۳</sup> ارائه شد.

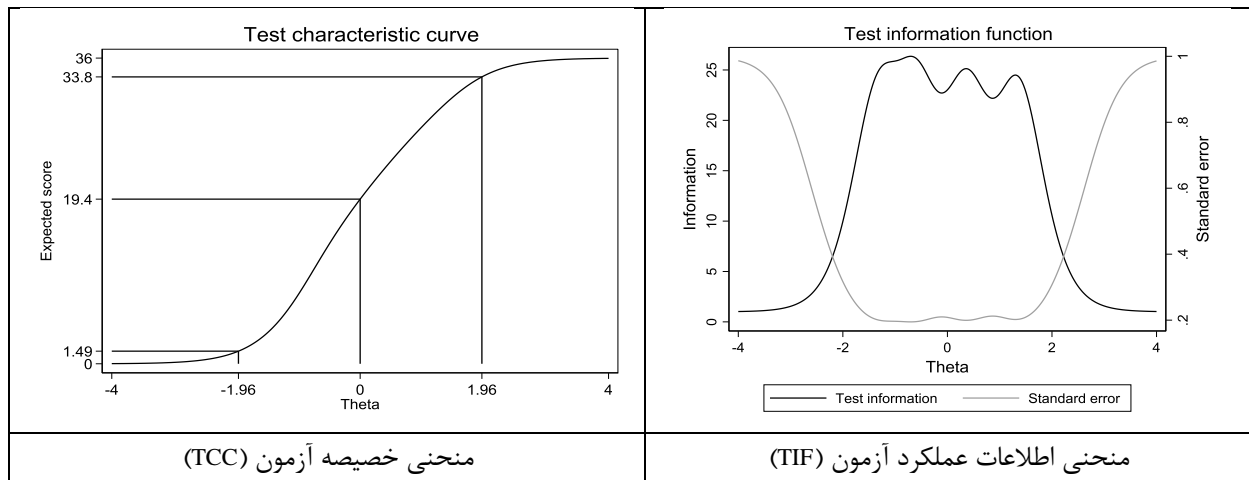
منحنی خصیصه آزمون (TCC)<sup>۴</sup>، مربوط به ترسیم نمره

- 1 . Boundary Characteristic Curves (BCC).
- 2 . Test Characteristic Curve (TCC).
- 3 . Test information Function (TIF).
- 4 . Test Characteristic Curve (TCC)

5 . Total Characteristic Curve

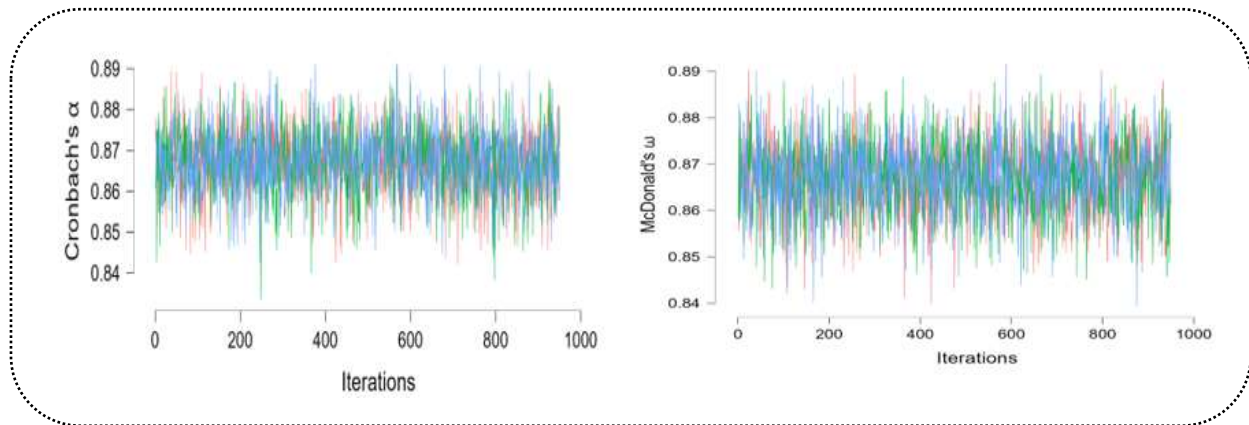
6 . Test Information Function (TIF)

جدول ۷. منحنی خصیصه آزمون (TCC) و منحنی اطلاعات عملکرد آزمون (TIF) مقیاس سلامت روانی مثبت



منحنی خصیصه آزمون (TCC)

منحنی اطلاعات عملکرد آزمون (TIF)



شکل ۳. نمودارهای همگرایی ضریب آلفای کرونباخ و ضریب مک‌دونالد

جدول ۸: ثبات اندازه‌گیری مقیاس سلامت روانی مثبت بر مبنای جنسیت

| مدل           | $X^2$  | $X^2/\Delta$ | Df | df $\Delta$ | CFI   | CFI $\Delta$ | RMSEA | RMSEA $\Delta$ | SRMR  | SRMR $\Delta$ |
|---------------|--------|--------------|----|-------------|-------|--------------|-------|----------------|-------|---------------|
| پیکربندی      | ۵۷/۱۹۷ | -            | ۵۴ | -           | ۰/۹۹۸ | -            | ۰/۰۲۴ | -              | ۰/۰۲۰ | -             |
| ضعیف/متریک    | ۶۵/۱۶۲ | ۷/۹۶۵        | ۶۲ | ۸           | ۰/۹۹۸ | ۰            | ۰/۰۲۲ | -۰/۰۰۲         | ۰/۰۴۵ | ۰/۰۲۵         |
| مستحکم/اسکیلر | ۶۸/۰۵۵ | ۲/۸۹۳        | ۷۰ | ۸           | ۱     | ۰/۰۰۲        | ۰/۰۰۰ | -۰/۰۲۲         | ۰/۰۴۶ | ۰/۰۰۱         |
| تأکیدی        | ۷۹/۲۰۶ | ۱۱/۱۵۱       | ۷۹ | ۹           | ۱     | ۰            | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۵          | ۰/۰۴۵ | -۰/۰۰۱        |

کلاسیک روان‌سنجی استفاده شد. سپس روش کنش افتراقی گویه‌ها (DIF) در مدل رش در نظریه پرسش - پاسخ به کار گرفته شد. در جدول ۸، نتایج ثبات اندازه‌گیری بر اساس روش تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی ارائه شد. اگر مقدار ارزش شاخص‌های نکویی برازش  $CFA > 0/95$ ؛  $RMSEA \leq 0/080$  و  $SRMR \leq 0/080$  باشد، مدل ثبات اندازه‌گیری پیکربندی به‌خوبی با داده‌های تجربی برای گروه‌های مختلف برازش دارد [۳۸، ۴۱]. با توجه به نتایج

باتوجه به شکل ۳، آلفای کرونباخ ۰/۸۶ (کران پایین با احتمال ۹۵ درصد ۰/۸۴ و کران بالا با احتمال ۹۵ درصد ۰/۸۹) و ضریب مک‌دونالد ۰/۸۴ (کران پایین با احتمال ۹۵ درصد ۰/۸۴ و کران بالا با احتمال ۹۵ درصد ۰/۸۵) به دست آمد. نتایج بیانگر پایایی مناسب مقیاس سلامت روانی مثبت بود. برای بررسی سوگیری مقیاس سلامت روانی مثبت بر اساس جنسیت از دو روش استفاده شد: نخست از روش تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی در رویکرد نظریه

اندازه‌گیری مستحکم/اسکیلر  $CFA=1$ ؛  $RMSEA=0/000$  و  $SRMR=0/046$  است و با مقایسه این شاخص‌های نکویی برازش با شاخص‌های نکویی ضعیف/متریک، میزان تغییرات این شاخص‌های برازش به ترتیب  $CFI\Delta=0/002$ ؛  $RMSEA\Delta=-0/022$  و  $SRMR\Delta=0/001$  بود. این مقادیر در محدوده برش بود ( $CFA\leq 0/10$ )؛  $RMSEA\Delta\leq 0/015$  و  $SRMR\Delta\leq 0/010$  [۳۸، ۴۱]. این نتایج، از ثبات اندازه‌گیری مستحکم/اسکیلر حمایت کرد؛ بنابراین می‌توان گفت: گوئی‌های مقیاس سلامت روانی مثبت در بین دو گروه مردان و زنان شبیه به هم هستند و تعریف عملیاتی یکسانی از مفهوم سلامت روانی مثبت بین مردان و زنان وجود دارد.

مقدار ارزش شاخص‌های نکویی برازش مدل ثبات اندازه‌گیری تأکیدی  $CFA=1$ ؛  $RMSEA=0/005$  و  $SRMR=0/045$  است و با مقایسه این شاخص‌های نکویی برازش با شاخص‌های نکویی ضعیف/متریک، میزان تغییرات این شاخص‌های برازش به ترتیب  $CFI\Delta=0$ ؛  $RMSEA\Delta=0/005$  و  $SRMR\Delta=0/001$  بود. این مقادیر در محدوده برش بود ( $CFA\leq 0/10$ )؛  $RMSEA\Delta\leq 0/015$  و  $SRMR\Delta\leq 0/010$  [۳۸، ۴۱]. این نتایج از ثبات اندازه‌گیری تأکیدی حمایت کرد. با توجه به مجموع نتایج به دست آمده، می‌توان گفت، مقیاس سلامت

جدول ۸، اندازه شاخص‌های نکویی برازش برای مدل ثبات پیکربندی برابر با  $CFA=0/998$ ؛  $RMSEA=0/024$  و  $SRMR=0/020$  است که از آستانه تعیین شده بهتر است؛ بنابراین مدل پیکربندی مقیاس سلامت روانی مثبت به خوبی با داده‌های تجربی هر دو گروه شرکت‌کننده مرد و زن برازش دارد و یک عامل مشترک را بین دو گروه مرد و زن نشان می‌دهد و عامل مشترک که در اینجا سلامت روانی مثبت است با مجموعه‌ی گوئی‌های مشترک، ارتباط دارد (۹) گوئی مقیاس سلامت روانی مثبت).

مقدار ارزش شاخص‌های نکویی برازش مدل ثبات اندازه‌گیری ضعیف/متریک،  $CFA=0/998$ ؛  $RMSEA=0/022$  و  $SRMR=0/045$  است. با مقایسه این شاخص‌های نکویی برازش با شاخص‌های نکویی برازش مدل ثبات اندازه‌گیری پیکربندی، میزان تغییرات این شاخص‌های برازش به ترتیب  $CFI\Delta=0$ ؛  $RMSEA\Delta=0/002$  و  $SRMR\Delta=0/025$  بود که کمتر از آستانه تعیین شده برای این شاخص‌های نکویی برازش بود ( $CFI\Delta\leq 0/10$ )؛  $RMSEA\Delta\leq 0/02$  و  $SRMR\Delta\leq 0/030$ ؛ بنابراین نتایج از ثبات اندازه‌گیری ضعیف/متریک حمایت کرد و مشخص شد که پارامترهای بارهای عاملی مقیاس سلامت روانی مثبت بین زنان و مردان تغییر نمی‌کند و توافق نیرومندی بین دو گروه زنان و مردان در آشکارسازی سازه مقیاس سلامت روانی مثبت وجود دارد. مقدار ارزش شاخص‌های نکویی برازش مدل ثبات

جدول ۹. بررسی کنش افتراقی گوئی‌ها (DIF) در مقیاس سلامت روانی مثبت

| گوئی | روش یکنواخت |         |       | روش غیر یکنواخت |         |       |
|------|-------------|---------|-------|-----------------|---------|-------|
|      | AdjP        | P.value | F     | AdjP            | P.value | F     |
| ۱    | ۱/۰۰۰       | ۰/۳۶۵   | ۰/۸۱۹ | ۱/۰۰۰           | ۰/۶۳۰   | ۰/۲۳۱ |
| ۲    | ۱/۰۰۰       | ۰/۶۶۸   | ۰/۱۸۴ | ۱/۰۰۰           | ۰/۴۹۶   | ۰/۴۶۴ |
| ۳    | ۱/۰۰۰       | ۰/۶۵۰   | ۰/۲۰۵ | ۱/۰۰۰           | ۰/۲۲۱   | ۱/۴۹۴ |
| ۴    | ۱/۰۰۰       | ۰/۳۲۷   | ۰/۹۶۲ | ۱/۰۰۰           | ۰/۳۶۰   | ۰/۸۳۶ |
| ۵    | ۱/۰۰۰       | ۰/۱۳۵   | ۲/۲۳۹ | ۱/۰۰۰           | ۰/۴۹۱   | ۰/۴۷۴ |
| ۶    | ۱/۰۰۰       | ۰/۵۶۳   | ۰/۳۳۴ | ۱/۰۰۰           | ۰/۴۰۶   | ۰/۶۹۱ |
| ۷    | ۰/۷۱۳       | ۰/۰۷۹   | ۳/۰۸۰ | ۱/۰۰۰           | ۰/۵۲۸   | ۰/۳۹۸ |
| ۸    | ۱/۰۰۰       | ۰/۵۵۸   | ۰/۳۴۴ | ۱/۰۰۰           | ۰/۹۷۳   | ۰/۰۰۱ |
| ۹    | ۱/۰۰۰       | ۰/۹۰۶   | ۰/۰۱۴ | ۱/۰۰۰           | ۰/۶۲۸   | ۰/۲۳۴ |

AdjP: مقادیر P.Value تعدیل شده برای مقایسه چندگانه توسط آزمون بونفرونی<sup>۱</sup> است.

1 . Bonfroni.

DIF در دو گروه مردان و زنان وجود ندارد. در جدول ۱۰، آمار توصیفی مقیاس سلامت روانی مثبت آورده شد. باتوجه به نتایج جدول ۱۰، میانگین و انحراف معیار مقیاس سلامت روانی مثبت به ترتیب ۱۸/۶۰ و ۹/۵۲ به دست آمد. میزان کجی و کشیدگی نمرات بین +۲ و -۲ است؛ بنابراین احتمالاً توزیع نمرات مقیاس نرمال است. با توجه به مقدار کمیته و بیشینه نمرات که ۱ و ۳۵ است، جدول هنجار مقیاس سلامت روانی مثبت تدوین شد (جدول ۱۱).

روانی مثبت دارای ثبات اندازه‌گیری در مردان و زنان است و در زمینه جنسیت افراد دارای سوگیری نیست.

برای بررسی دقیق‌تر سوگیری جنسیتی مقیاس سلامت روانی مثبت، در مدل IRT، از کنش افتراقی گویه‌ها (DIF) در دو گروه مردان و زنان از دو روش یکنواخت و غیر یکنواخت استفاده شد (جدول ۹).

باتوجه به نتایج جدول ۹ و مقادیر معناداری تعدیل شده (AdjP)، در هر دو نوع کنش افتراقی گویه مشخص شد هیچ

جدول ۱۰. میانگین، انحراف معیار، کمیته و بیشینه، کجی و کشیدگی نمره کل مقیاس سلامت روانی مثبت

| متغیر           | میانگین | انحراف معیار | کمیته | بیشینه | کجی    | کشیدگی |
|-----------------|---------|--------------|-------|--------|--------|--------|
| سلامت روان مثبت | ۱۸/۶۰   | ۹/۵۲         | ۱     | ۳۵     | -۰/۳۵۳ | ۱/۹۷   |

جدول ۱۱. نمرات هنجار مقیاس سلامت روانی مثبت

| نمره | صدک    | Z       | T     | نمره | صدک    | Z      | T     |
|------|--------|---------|-------|------|--------|--------|-------|
| ۱    | ۰/۰۱۹۷ | -۱/۸۴۳۹ | ۳۱/۶۰ | ۱۹   | ۰/۴۱۸۷ | ۰/۰۴۶۶ | ۵۰/۵۰ |
| ۲    | ۰/۰۴۹۳ | -۱/۷۳۸۹ | ۳۲/۶۰ | ۲۰   | ۰/۴۷۷۸ | ۰/۱۵۱۶ | ۵۱/۵۰ |
| ۳    | ۰/۰۸۸۷ | -۱/۶۳۳۹ | ۳۳/۷۰ | ۲۱   | ۰/۵۳۶۹ | ۰/۲۵۶۶ | ۵۲/۰  |
| ۴    | ۰/۱۳۳۰ | -۱/۵۲۸۹ | ۳۴/۷۰ | ۲۲   | ۰/۶۰۱۰ | ۰/۳۶۱۶ | ۵۳/۶۰ |
| ۵    | ۰/۱۷۲۴ | -۱/۴۲۳۸ | ۳۵/۸۰ | ۲۳   | ۰/۶۶۵۰ | ۰/۴۶۶۷ | ۵۴/۷۰ |
| ۶    | ۰/۱۹۲۱ | -۱/۳۱۸۸ | ۳۶/۸۰ | ۲۴   | ۰/۷۰۹۴ | ۰/۵۷۱۷ | ۵۵/۷۰ |
| ۷    | ۰/۲۱۱۸ | -۱/۲۱۳۸ | ۳۷/۹۰ | ۲۵   | ۰/۷۷۳۴ | ۰/۶۷۶۷ | ۵۶/۸۰ |
| ۸    | ۰/۲۲۱۷ | -۱/۱۰۸۷ | ۳۸/۹۰ | ۲۶   | ۰/۷۹۸۰ | ۰/۷۸۱۸ | ۵۷/۸۰ |
| ۱۰   | ۰/۲۳۶۵ | -۰/۸۹۸۷ | ۴۱    | ۲۷   | ۰/۸۱۷۷ | ۰/۸۸۶۸ | ۵۸/۹۰ |
| ۱۱   | ۰/۲۵۱۲ | -۰/۷۹۳۷ | ۴۲/۱۰ | ۲۸   | ۰/۸۲۷۶ | ۰/۹۹۱۸ | ۵۹/۹۰ |
| ۱۲   | ۰/۲۶۶۰ | -۰/۶۸۸۶ | ۴۳/۱۰ | ۲۹   | ۰/۸۴۷۳ | ۱/۰۹۶۸ | ۶۱    |
| ۱۳   | ۰/۲۹۵۶ | -۰/۵۸۳۶ | ۴۴/۲۰ | ۳۰   | ۰/۸۸۱۸ | ۱/۲۰۱۹ | ۶۲    |
| ۱۴   | ۰/۳۳۵۰ | -۰/۴۷۸۶ | ۴۵/۲۰ | ۳۱   | ۰/۹۲۶۱ | ۱/۳۰۶۹ | ۶۳/۱۰ |
| ۱۵   | ۰/۳۶۴۵ | -۰/۳۷۳۵ | ۴۶/۳۰ | ۳۲   | ۰/۹۶۵۵ | ۱/۴۱۱۹ | ۶۴/۱۰ |
| ۱۶   | ۰/۳۷۴۴ | -۰/۲۶۸۵ | ۴۷/۳۰ | ۳۳   | ۰/۹۹۵۱ | ۱/۵۱۷۰ | ۶۵/۲۰ |
| ۱۷   | ۰/۳۷۹۳ | -۰/۱۶۳۵ | ۴۸/۴۰ | ۳۵   | ۱      | ۱/۷۲۷۰ | ۶۷/۳۰ |
| ۱۸   | ۰/۳۹۴۱ | -۰/۰۵۸۵ | ۴۹/۴۰ | -    | -      | -      | -     |

## بحث و نتیجه‌گیری

مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] که بر اساس رویکرد کلاسیک آزمون (CTT) ساخته شده است، یکی از ابزارهایی است که به علت کوتاه‌بودن و روایی و پایایی بالا، کاربرد آن در مطالعات مربوط به سلامت روانی مثبت پیوسته رو به گسترش است. در این مطالعه، تلاش شد تا ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار با یکی از جدیدترین رویکردهای روان‌سنجی، یعنی رویکرد چند ارزشی رش بررسی شود. برای این منظور، مقیاس با روش ترجمه و بازترجمه به فارسی بازگردانده شد. به منظور اطمینان از گویایی و روان بودن ترجمه، مقیاس در اختیار ۳۰ نفر از اعضای گروه جامعه هدف قرار گرفت. در این مرحله علاوه بر حالات چهره، مکث‌های احتمالی افراد بر روی گویه‌ها نیز مد نظر قرار گرفت. پس از اطمینان از ترجمه صحیح و روان بودن ترجمه گویه‌ها، ابزار مطالعه در اختیار افراد نمونه قرار گرفت.

نخست تک‌بعدی بودن مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل موازی، تحلیل عاملی تأییدی و ماتریس همبستگی باقیمانده (Q3) بررسی شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، این مقیاس از یک عامل تشکیل شده است. در تحلیل عاملی اکتشافی، اگر نسبت مقادیر ویژه داده‌های واقعی عامل نخست، نسبت به مقادیر ویژه داده‌های واقعی عامل دوم، نسبت ۳ به ۱ باشد، فرضیه تک بعدی بودن رد نمی‌شود [۴۷] که این نسبت در این پژوهش رعایت شد. هم‌چنین در تحلیل موازی با مقایسه ارزش‌های ویژه داده‌های واقعی عامل‌ها با ارزش‌های ویژه داده‌های تصادفی، مشخص شد که فقط در عامل نخست، داده‌های واقعی عامل از ارزش‌های ویژه داده‌های تصادفی این عامل بیشتر است؛ بنابراین می‌توان گفت: این مقیاس از یک عامل غالب تشکیل شده است. این نتایج در نمودار اسکری به خوبی مشخص بود و غالب بودن یک عامل را به خوبی نشان می‌داد؛ بنابراین مجموع این نتایج از تک عاملی و در نتیجه تک بعدی بودن مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] حمایت کردند. در زمینه تک عاملی بودن مقیاس، این نتایج، همسو با مطالعات پیشین بود. برای مثال، در مطالعه لوکات و همکاران [۲۲]، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، بر روی سه نمونه دانشجویان، جمعیت عمومی و نمونه بالینی بررسی شد. نتایج از مدل

تک عاملی در هر سه نمونه حمایت کرد. شاخص‌های برازش مدل نیز در هر سه گروه مناسب بود. برای مثال در گروه دانشجویان شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۷۸ و شاخص NNFI برابر با ۰/۹۸ به دست آمدند. پیدا و همکاران در مطالعه‌ای بین فرهنگی بین سه نمونه آلمانی، روسی و چینی با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند، مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] در هر سه گروه از یک عامل تشکیل شده است. شاخص نکویی برازش RMSEA در نمونه آلمانی، روسی و چینی به ترتیب ۰/۰۴۵، ۰/۰۶۲ و ۰/۰۸۶ و شاخص CFI به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۸ و ۰/۹۸ بود [۲۳]. نتایج مطالعه بیبی و همکاران نیز با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی در دو نمونه پاکستانی و آلمانی از مدل تک عاملی در هر دو گروه حمایت کرد. شاخص نکویی برازش RMSEA در نمونه پاکستانی و آلمانی به ترتیب ۰/۰۵۹ و ۰/۰۷۸ و شاخص CFA به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۶ به دست آمد [۲۴]. در مطالعه لوکات و همکاران نیز مشخص شد، این مقیاس از یک عامل تشکیل شده است [۲۵]. در مطالعه کارازینو و همکاران، با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی در تحلیل عاملی اکتشافی، از مدل تک بعدی حمایت شد [۳۰]. وگانیان و همکاران، برای بررسی تک بعدی بودن مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲] از روش اسمیت [۳۲] استفاده کردند. نتایج از تک بعدی بودن مقیاس حمایت کرد [۳۱].

برای بررسی استقلال موضعی از ماتریس همبستگی باقیمانده (Q3) استفاده شد. نتایج ماتریس همبستگی باقیمانده (Q3) نشان داد، مقدار Q3 به دست آمده در ماتریس همبستگی باقیمانده، کمتر از ۰/۲ است؛ بنابراین فرضیه استقلال موضعی مقیاس تأیید شد. در مطالعه کارازینو و همکاران پس از بررسی ماتریس همبستگی باقیمانده (Q3)، استقلال موضعی گویه‌ها تأیید شد [۳۰]. در مطالعه وگانیان و همکاران، در تحلیل اولیه، سه گویه ۳، ۸ و ۹ مقدار باقیمانده منفی بسیار بالایی نشان دادند که احتمالاً دارای وابستگی موضعی بودند. از آنجایی که گویه ۹، دارای مقدار باقیمانده بسیار بالایی بود و به نظر می‌رسید، نشانه‌هایی از چندبعدی بودن را نشان می‌دهد از تحلیل نهایی کنار گذاشته شد و نتایج دوباره بررسی شد. پژوهشگران در نهایت برای حل مشکل وابستگی موضعی، گویه‌های ۱ با ۲؛ ۳ با ۴ و ۶ با ۷ را با هم ترکیب کردند و به این ترتیب سه

را نشان می‌داد؛ این تفاوت میزان پراکندگی، احتمالاً به دلیل نمونه بالینی در مطالعه وگانیان و همکاران [۳۱] ایجاد شده است و در مطالعه کارازینو و همکاران نیز میزان [۳۰] دشواری پرسش‌ها ذکر نشده است.

همچنین پارامتر آستانه یا پارامترهای مکانی در دامنه صفت پنهان (سلامت روانی مثبت) و درون هر گویه نظم خوبی داشتند. با بررسی شیب منحنی اطلاعات گویه‌ها (ICC) مشخص شد، منحنی گویه‌ها در طبقات مختلف دارای شیب زیادی هستند و این بیانگر میزان دشواری و قدرت تمیز خوب گویه‌ها در طبقات مختلف است. در منحنی مقوله‌ای گویه‌ها (CCC)، منحنی‌ها شکل تختی ندارند و در هم تنیده نیستند؛ بنابراین تمامی گویه‌ها به اندازه‌ای با یکدیگر فاصله دارند که هیچ طبقه‌ای تحت پوشش طبقه دیگر قرار نگرفت. گویه ۸، منحنی طبقه ۲ دارای ارتفاع منحنی نسبتاً پایین است؛ بنابراین به نظر می‌رسد، این طبقه به خوبی از سایر طبقات این گویه، متمایز نشده است که علت آن، این است که افراد کمی طبقه‌های ابتدایی این گویه را انتخاب کرده‌اند.

با بررسی منحنی خصیصه آزمون (TCC)، می‌توان انتظار داشت، حدود ۹۵٪ نمرات انتخابی افراد بین نمره ۱/۴۹ تا ۳۳/۸ باشد که بیانگر میزان پراکندگی بسیار خوب نمرات افراد است. نتیجه بررسی منحنی اطلاعات عملکرد آزمون (TIF) نشان داد، بیشترین میزان در این مقیاس، بین ۲- تا ۲+ است؛ چرا که در این محدوده با افزایش اطلاعات از میزان خطا کاسته می‌شود.

ضریب پایایی شخص - گویه در مدل رش ۰/۸۸ به دست آمد که قابل‌قیاس با مطالعه کارازینو و همکاران [۲۴] و وگانیان و همکاران [۲۵] بود. همچنین ضریب پایایی با دو روش ضریب آلفای کرونباخ و ضریب امگا مک دونالد نیز نشان داد، این مقیاس از پایایی مناسبی برخوردار است. در مطالعات پیشین نیز ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸۰ به دست آمد [۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹] که قابل‌قیاس با مطالعه حاضر است.

نتایج تحلیل عاملی تأییدی چندگروهی نشان داد، مقیاس سلامت روانی مثبت دارای ثبات اندازه‌گیری در بین دو گروه مرد و زن است و هیچ یک از گویه‌های این مقیاس سوگیری بر مبنای جنسیت افراد ندارند. بررسی کنش افتراقی گویه (DIF) گویه‌ها در مطالعه با دو روش یکنواخت

«بر گویه<sup>۱</sup>» ایجاد شد. پس از به کارگیری این راهبرد، دیگر هیچ نشانه‌ای از وابستگی موضعی مشاهده نشد و فرضیه استقلال موضعی برآورده شد [۳۱].

برای تعیین اینکه کدام یک از دو مدل چند ارزشی رش یعنی مدل اعتبار جزئی (PCM) یا مقیاس درجه‌بندی (RSM) با داده‌های پژوهش برازش مناسب‌تری دارند، از آزمون نسبت درست‌نمایی کای اسکوتر استفاده شد. نتایج آزمون نسبت درست‌نمایی کای اسکوتر نشان داد، داده‌ها با هر دو مدل چند ارزشی رش برازش دارند و بین دو مدل تفاوت معناداری وجود ندارد. در این پژوهش از مدل اعتبار جزئی (PCM) استفاده شد.

برای تعیین برازش گویه با مدل اعتبار جزئی (PCM) از دو شاخص Infit و Outfit استفاده شد. نتایج نشان داد، مقدار این دو شاخص بین مقادیر ۰/۵ تا ۱/۵ است؛ بنابراین داده‌ها به خوبی با مدل اعتبار جزئی (PCM) برازش داشتند. در مطالعه کارازینو و همکاران [۳۰] و وگانیان و همکاران [۳۱]، از آزمون نسبت درست‌نمایی کای اسکوتر برای تعیین برازش گویه‌ها با مدل استفاده شد که در هر دو مطالعه با حذف گویه نامناسب ۹ (من انسانی آرام و متعادل هستم) گویه‌ها به خوبی با مدل رش برازش داشتند. در مطالعاتی که ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بر اساس نظریه کلاسیک آزمون (CTT) انجام داده‌اند، بار عاملی گویه ۹ را بیشتر از ۰/۷۰ برآورد کرده‌اند [۲۴، ۲۵، ۲۶] که قابل‌قیاس با بار عاملی ۰/۷۹ و ۰/۸۰ در تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی در مطالعه حاضر بود. این نتایج بیانگر مناسب بودن گویه ۹ است. با این حال؛ وگانیان و همکاران دلیل حذف گویه ۹ را در مطالعه خویش، ارزیابی دو جنبه متفاوت از شخصیت به وسیله این گویه می‌دانند. یعنی یک فرد می‌تواند آرام و متعادل باشد، شخص دیگر می‌تواند شخصیتی پرجنب و جوش<sup>۲</sup> اما متعادل داشته باشد [۳۱]. به طور کلی باید مطالعات بیشتری بر روی نمونه‌های دیگر جهت برازش این گویه انجام شود.

شاخص دشواری گویه‌ها در مطالعه حاضر، در حد متوسط بود. در مطالعه وگانیان و همکاران شاخص دشواری گویه‌ها بین ۰/۷۹- تا ۰/۷۹+ بود [۳۱] و نسبت به مطالعه حاضر که بین ۰/۲۰۰۸- تا ۰/۱۴۸۶+ بود، پراکندگی بیشتری

1 . Superitems.  
2 . Hectic.

- 4- Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005; 73(3): 539–48. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- 5- Keyes CLM, Dhingra SS, Simoes EJ. *Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness*. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(12): 2366–71. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>
- 6- Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*. 2010; 17(2): 110–9. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- 7- Doré I, O’Loughlin JL, Sabiston CM, Fournier L. Psychometric evaluation of the mental health continuum–short form in French Canadian young adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017 Apr; 62(4): 286–94. <https://doi.org/10.1177/0706743716675855>
- 8- Westerhof GJ, Keyes CL. Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. 2008; 63: 808–20. [https://www.researchgate.net/publication/241878819\\_Geestelijke\\_gezondheid\\_is\\_meer\\_dan\\_de\\_afwezigheid\\_van\\_geestelijke\\_ziekte](https://www.researchgate.net/publication/241878819_Geestelijke_gezondheid_is_meer_dan_de_afwezigheid_van_geestelijke_ziekte)
- 9- Keyes CLM, Wissing M, Potgieter JP, Temane M, Kruger A, Van Rooy S. Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2008; 15(3): 181–92. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- 10- World Health Organisation. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva; 2005. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>
- 11- Yeo ZZ, and Suárez L, Validation of the mental health continuum-short form: The bifactor model of emotional, social, and psychological well-being. *Plos one*, 2022; 17(5): p.e0268232. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268232>
- 12- Khumalo IP, Appiah R, Fadji AW. Measuring Positive Mental Health and Depression in Africa: A Variable-Based and Person-Centred Analysis of the Dual-Continua Model. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.885278>

و غیریکنواخت نشان داد، هیچ‌کدام از گویه‌های مقیاس دارای کنش افتراقی گویه (DIF) با توجه به جنسیت افراد ندارد. در مطالعه کارازینو و همکاران [۲۴]، کنش افتراقی گویه (DIF) بررسی نشده است.

در مطالعه وگانیان و همکاران [۲۵]، کنش افتراقی گویه (DIF) باتوجه‌به نوع سرطان و جنسیت با دو نوع DIF یکنواخت و DIF غیریکنواخت بررسی شد. در بررسی اولیه، پس از مشاهده مقدار سطح معناداری ابرگویه ۱ و ۲ و گویه ۵، به نظر می‌رسید، این گویه‌ها دارای سوگیری بر مبنای جنسیت می‌باشند، اما پس از بررسی سطح معناداری تعدیل شده، مشخص شد که ابرگویه ۱ و ۲ و گویه ۵، دارای DIF نمی‌باشند. از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به محدود بودن افراد نمونه به دانشجویان دانشگاه فرهنگیان شهر تهران اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار بر روی سایر گروه‌ها، به خصوص نمونه‌های بالینی بررسی شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را تعمیم داد. همچنین با توجه به این‌که در برخی از مطالعات مبتنی بر مدل چندارزشی رش، گویه ۹ به دلیل نبود برازش با مدل از مطالعه حذف شده است، اما در مطالعه حاضر این گویه برازش خوبی با مدل داشت، بهتر است در این زمینه مطالعات بیشتری انجام شود. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد، مقیاس سلامت روانی مثبت لوکات و همکاران [۲۲]، از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی جهت ارزیابی سلامت روانی مثبت در دانشجویان برخوردار است.

## منابع

- 1- Yousefi N, Pirkhaefi A, Borjali A.. 'Investigating the Psychometric of the Mental Health Continuum-Short Form Scale', *Clinical Psychology and Personality*. 2020; 18(2): pp. 129-144. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2945> [In Persian]
- 2- Dore´ I, O’Loughlin JL, Sabiston CM, Fournier L. Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form in French Canadian young adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017; 62(4): 286–94. <https://doi.org/10.1177/0706743716675855>
- 3- Keyes CL. The Nature and Importance of Positive Mental Health in America’s Adolescents. In *Handbook of positive psychology in schools* 2009 Mar 4; 27-42. Routledge. [http://www.ldysinger.com/@books1/Snyder\\_Hndbk\\_Positive\\_Psych/Snyder\\_Lopez\\_Handbook\\_of\\_Positive\\_Psychology.pdf](http://www.ldysinger.com/@books1/Snyder_Hndbk_Positive_Psych/Snyder_Lopez_Handbook_of_Positive_Psychology.pdf)

- 23-Bieda A, Hirschfeld G, Schönfeld P, Brailovskaia J, Zhang XC, Margraf J. Universal happiness? Cross-cultural measurement invariance of scales assessing positive mental health. *Psychological assessment*. 2017 Apr; 29 (4): 408. <https://doi.org/10.1037/pas0000353>
- 24-Bibi A, Lin M, Margraf J. Salutogenic constructs across Pakistan and Germany: A cross sectional study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2020 Jan 1; 20 (1): 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.10.001>
- 25-Lukat J, Becker ES, Lavallee KL, van der Veld WM, Margraf J. Predictors of incidence, remission and relapse of Axis I mental disorders in young women: A transdiagnostic approach. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017 Mar; 24 (2):3 22-31. v10.1002/cpp.2026
- 26-Streiner DL. Measure for measure: new developments in measurement and item response theory. *Can J Psychiatry*. 2010; 55(3): 180-6. <https://doi.org/10.1177/070674371005500310>
- 27-Cantó-Cerdán M, Cacho-Martínez P, Lara-Lacárcel F, & García-Muñoz Á. Rasch analysis for development and reduction of Symptom Questionnaire for Visual Dysfunctions (SQVD). *Scientific Reports*, 2021; 11(1): 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94166-9>
- 28-Bond TG, Fox CM. Applying the Rasch Model: Fundamental Measurement in the Human Sciences. 2nd Edition, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Mahwah. New Jersey. London: 2007. <https://doi.org/10.4324/9781315814698>
- 29-Cappelleri JC, Lundy JJ, Hays RD. Overview of classical test theory and item response theory for the quantitative assessment of items in developing patient-reported outcomes measures. *Clinical therapeutics*. 2014 May 1; 36(5): 648-62. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.04.006>
- 30-Carozzino D, Christensen KS, Mansueto G, Brailovskaia J, Margraf J, Cosci F. A clinimetric analysis of the euthymia, resilience, and positive mental health scales. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Nov 1; 294: 71-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.001>
- 31-Vaganian L, Boecker M, Bussmann S, Kusch M, Labouvie H, Margraf J, Gerlach AL, Cwik JC. Psychometric evaluation of the Positive Mental Health (PMH) scale using item response theory. *BMC psychiatry*. 2022 Dec; 22(1): 1-1. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04162-0>
- 13-Diener E. Assessing well-being: The collected works of Ed Diener. New York: Springer; 2009 Jun 4. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4>
- 14-Fredrickson BL. Positive emotions broaden and build. In *Advances in experimental social psychology* 2013 Jan 1 (Vol. 47, pp. 1-53). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2>
- 15-Fredrickson BL. The eudaimonics of positive emotions. In *Handbook of eudaimonic well-being* 2016; 183-190. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3_12)
- 16-Vittersø J. The feeling of excellent functioning: Hedonic and eudaimonic emotions. In *Handbook of eudaimonic well-being* 2016 (pp. 253-276). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3_17)
- 17-Waterman AS. When effort is enjoyed: Two studies of intrinsic motivation for personally salient activities. *Motivation and emotion*. 2005 Sep; 29(3): 165-88. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-9440-4>
- 18-Ryff CD. Beautiful ideas and the scientific enterprise: Sources of intellectual vitality in research on eudaimonic well-being. *Handbook of eudaimonic well-being*. 2016: 95-107. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3_6)
- 19-Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*. 2002 Jun 1: 207-22. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- 20-Trousselard M, Steiler D, Duteil F, Claverie D, Canini F, Fenouillet F, Naughton G, Stewart-Brown S, Franck N. Validation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations. *Psychiatry research*. 2016 Nov 30; 245: 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.050>
- 21-Vaingankar JA, Subramaniam M, Chong SA, Abidin E, Orlando Edelen M, Picco L, et al. The positive mental health instrument: development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic Asian population. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9: 92. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-92>
- 22-Lukat J, Margraf J, Lutz R, van der Veld WM, Becker ES. Psychometric properties of the positive mental health scale (PMH-scale). *BMC psychology*. 2016 Dec; 4(1): 1-4. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>



- 41-Chen FF. Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*. 2007 Jul 31; 14(3): 464-504.  
<https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- 42-Combrinck C. Is this a useful instrument? An introduction to Rasch measurement models. Kramer S, Lahey A Flynn H et al Eds. Online Readings in Research Methods. *Psychological Society of South Africa*. Johannesburg. 2020.  
[https://www.psyssa.com/wp-content/uploads/2020/08/Chapter-6\\_Is-this-a-useful-instrument\\_An-Introduction-to-Rasch-measurement-models.pdf](https://www.psyssa.com/wp-content/uploads/2020/08/Chapter-6_Is-this-a-useful-instrument_An-Introduction-to-Rasch-measurement-models.pdf)
- 43-Karami H, Khodi A. Differential Item Functioning and test performance: a comparison between the Rasch model. Logistic Regression and Mantel-Haenszel. *Journal of Foreign Language Research*. 2021; 10(4): 842-853.  
<https://doi.org/10.22059/jflr.2021.315079.783>  
**[In Persian]**
- 44-Hladká A, Martinková P. difNLR: Generalized Logistic Regression Models for DIF and DDF Detection. *R Journal*. 2020 Jun 1;12(1), 300-323.  
<https://doi.org/10.32614/RJ-2020-014>
- 45-Mindrila D. Maximum likelihood (ML) and diagonally weighted least squares (DWLS) estimation procedures: A comparison of estimation bias with ordinal and multivariate non-normal data. *International Journal of Digital Society*. 2010 Mar 1; 1(1): 60-6.  
<https://doi.org/10.20533/ijds.2040.2570.2010.0010>
- 46-Farahani Hojjatollah, Roshan Chesli Rasoul. Essentials for Developing and Validating Psychological Scales: Guide to Best Practices. *Clinical psychology and personality*. 2019 17(2):197-212.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2917> **[In Persian]**
- 47-Reise SP, Revicki DA. Handbook of item response theory modeling. New York: Taylor & Francis; 2014.  
<https://doi.org/10.4324/9781315736013>
- 48-Saepuzaman D, Istiyono E, Haryanto H. Analysis of HOTS Instrument for Prospective Physics Teacher Using Generalized Partial Credit Model. Ideas: *Jurnal Pendidikan, Sosial, dan Budaya*. 2022 Nov 14; 8(4): 1341-50.  
<https://doi.org/10.32884/ideas.v8i4.976>
- 49-Embretson SE, Reise SP. Item response theory. Psychology Press; 2013 Sep 5.  
[https://www.researchgate.net/publication/285287663\\_Item\\_response\\_theory](https://www.researchgate.net/publication/285287663_Item_response_theory)
- 32-Smith Jr EV. Detecting and evaluating the impact of multidimensionality using item fit statistics and principal component analysis of residuals. *Journal of applied measurement*. 2002 Jan 1; 3(2): 205-31.  
[https://www.researchgate.net/publication/11359111\\_Detecting\\_and\\_evaluating\\_the\\_impact\\_of\\_multidimensionality\\_using\\_item\\_fit\\_statistics\\_and\\_principal\\_component\\_analysis\\_of\\_residuals](https://www.researchgate.net/publication/11359111_Detecting_and_evaluating_the_impact_of_multidimensionality_using_item_fit_statistics_and_principal_component_analysis_of_residuals)
- 33-Brailovskaia J, Teismann T, Margraf J. Positive mental health, stressful life events, and suicide ideation: A 2-year follow-up study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2020; 41(5): 383.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000652>
- 34-Andrich D, Marais I. A course in Rasch measurement theory. D. Andrich y I. Marais (Coords.), Measuring in the Educational, Social and Health Sciences. 2019: 41-53.  
<https://doi.org/10.1007/978-981-13-7496-8>
- 35-Reeve BB, Payers P. Applying item response theory modelling for evaluating. Assessing quality of life in clinical trials: Methods and practice. 2005: 55.  
<https://doi.org/10.1093/oso/9780198527695.003.0005>
- 36-Linacre J. Sample size and item calibration stability. *Rasch Mes Trans*. 1994; 7: 328.  
[https://www.researchgate.net/publication/235361463\\_Sample\\_Size\\_and\\_Item\\_Calibration\\_Stability](https://www.researchgate.net/publication/235361463_Sample_Size_and_Item_Calibration_Stability)
- 37-Wright BD, Stone MH. Measurement Essentials, 2nd ed. Wide Range, Inc., Wilmington, Delaware: Wide Range, Inc. 1999. Retrieved at <http://www.rasch.org/rasch.htm#measess>.
- 38-Hoyle RH, editor. Handbook of structural equation modeling. Guilford press; 2023.  
[https://www.researchgate.net/publication/361861039\\_Handbook\\_of\\_Structural\\_Equation\\_Modeling](https://www.researchgate.net/publication/361861039_Handbook_of_Structural_Equation_Modeling)
- 39-Tshilongamulenzhe MC. Testing measurement invariance of the Learning Programme Management and Evaluation (LPME) scale across gender using Multigroup Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Governance and Regulation*. 2015; 4(1): 124-31.  
[https://doi.org/10.22495/jgr\\_v4\\_i2\\_c1\\_p5](https://doi.org/10.22495/jgr_v4_i2_c1_p5)
- 40-Lim JW, Townsend A. Cross-ethnicity measurement equivalence of family coping for breast cancer survivors. *Research on Social Work Practice*. 2012 Nov; 22(6): 689-703.  
<https://doi.org/10.1177/1049731512448933>

پیوست: مقیاس سلامت روانی مثبت

| شماره | گویه‌های مقیاس   | کاملاً مخالفم | مخالفم | نه مخالف و نه موافقم | موافقم | کاملاً موافقم |
|-------|--|---------------|--------|----------------------|--------|---------------|
| ۱     | من اغلب سرحال و سرزنده هستم.                                 |               |        |                      |        |               |
| ۲     | از زندگی‌ام لذت می‌برم.                                      |               |        |                      |        |               |
| ۳     | در کل از زندگی راضی هستم.                                    |               |        |                      |        |               |
| ۴     | به‌طور کلی، به زندگی دلگرم هستم.                             |               |        |                      |        |               |
| ۵     | من مدیریت خوبی برای برآورده کردن نیازهایم دارم.              |               |        |                      |        |               |
| ۶     | شرایط روحی و احساسی خوبی دارم.                               |               |        |                      |        |               |
| ۷     | احساس می‌کنم که به‌خوبی می‌توانم با مشکلات زندگی مقابله کنم. |               |        |                      |        |               |
| ۸     | بسیاری از کارهایی که انجام می‌دهم برایم لذت‌آور است.         |               |        |                      |        |               |
| ۹     | من انسانی آرام و متعادل هستم.                                |               |        |                      |        |               |

نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه از کاملاً مخالفم (۰ نمره) تا کاملاً موافقم (۴ نمره) است. نمره سلامت روانی مثبت از مجموع نمرات گویه‌های ۱ تا ۹ به دست می‌آید.

# اعتباریابی متقاطع نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی مدت

نویسندگان

رحیم یوسفی<sup>۱\*</sup>، آرمین حق نظری اسفهان<sup>۲</sup>

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

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. hagnazariarmin@yahoo.com

چکیده

**مقدمه:** اختلال سوگ طولانی مدت، مقوله تشخیصی جدیدی است که در متن نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی گنجانده شده است. پژوهش حاضر باهدف معرفی و اعتباریابی روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی مدت انجام شد.

**روش:** پژوهش از نوع توصیفی - پیمایشی است. برای این منظور تعداد ۴۰۰ دانشجوی کارشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به وسیله ابزارهای نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی مدت و پرسشنامه تجربه سوگ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**نتایج:** تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، یک عامل کلی قابل استخراج است و در مجموع ۵۲ درصد از واریانس نمرات را تبیین می‌کند. تحلیل عاملی تأییدی آشکار کرد عامل یگانه استخراج شده از برازش مطلوبی برخوردار است. بررسی ضریب همسانی گویه‌ها از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و از طریق محاسبه ضریب دو نیمه کردن ۰/۸۸ به دست آمد. ضریب همبستگی مثبت و معنادار بین نمرات اختلال سوگ طولانی مدت با تجربه سوگ، نشانگر روایی همگرایی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت بود. همچنین اعتبار تشخیصی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت از طریق مقایسه دو گروه از آزمودنی‌های دارای تشخیص اختلال سوگ طولانی مدت با هم‌تایان عادی و مشاهده تفاوت معنادار مورد تأیید قرار گرفت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نسخه فارسی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت از اعتبار لازم و کافی برای نمونه بومی برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان ابزاری معتبر و سودمند برای اهداف بالینی و پژوهشی به کار گرفته شود.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۰۸/۲۴

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۲/۰۴



کلیدواژه‌ها

سوگ پیچیده، سوگ طولانی مدت، اعتباریابی، روان‌سنجی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

yousefi@azaruniv.ac.ir

## مقدمه

کاهش می‌یابد. علاوه بر این، یک زیر گروه کوچک از افراد (حدوداً ۱۰ درصد افراد) ممکن است بعد از فقدان، دچار غم و اندوهی بشوند که در ابتدا اندک بوده؛ ولی در شش ماه پس از فقدان شدیدتر می‌شود [۵]. تعداد اندکی از افراد (در حدود ۷ تا ۱۰ درصد) دوره‌های طولانی‌تری از غم و اندوه ناشی از فقدان را نشان می‌دهند و این زیرگروه به احتمال زیاد نشان‌دهنده جمعیتی است که علائم غم و اندوه آنها در طول زمان کاهش نمی‌یابد و ممکن است با پریشانی شخصی یا اختلال در عملکرد همراه باشد و نیاز به مداخله را ضروری نماید [۶].

به طور سنتی پدیده سوگ پیچیده<sup>۲</sup>، آسیب‌زا یا حل نشده، واکنش سوگ بی‌وقفه و پایداری است که منجر به اختلال در عملکردهای شخصی، شغلی یا خانوادگی فرد شده و فراتر از هنجارهای فرهنگی است. به عنوان در فرمول‌بندی‌های جدیدتر این وضعیت بالینی با ویژگی، اختلال سوگ طولانی‌مدت<sup>۳</sup> نام گرفته است که با اشتیاق شدید و اشتغال ذهنی پایدار با فرد از دست رفته جلوه‌گر شده و با پریشانی هیجانی پایدار و اختلال در عملکرد مشخص می‌شود [۴]. اخیراً، نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۴</sup>، اختلال سوگ طولانی‌مدت را به عنوان یک مقوله تشخیصی جدید در متن خود و در زیرمجموعه طبقه اختلال‌های مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا<sup>۵</sup> گنجانده است. اختلال سوگ طولانی‌مدت، نشان‌دهنده یک واکنش طولانی‌مدت است که فقط پس از گذشت حداقل ۱۲ ماه (۶ ماه در کودکان و نوجوانان) از مرگ فردی که سوگوار با او رابطه نزدیک داشته است، قابل تشخیص است. نشانه‌های کلیدی دیگر این اختلال عبارتند از: اشتیاق شدید<sup>۶</sup>، اشتغال ذهنی<sup>۷</sup> با افکار و خاطرات فرد از دست رفته که منجر به پریشانی یا اختلال قابل توجه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم در فرد سوگوار می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲م). اختلال سوگ طولانی‌مدت با پریشانی

از دست دادن افراد مهم زندگی یکی از چالش برانگیزترین و در عین حال رایج‌ترین عوامل استرس‌زا در زندگی است که منجر به مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی، شناختی و رفتاری می‌شود که آن را سوگ<sup>۱</sup> می‌نامند [۱]. سوگ پدیده‌ای جهانی، اجتناب‌ناپذیر و دردناک در زندگی است و منشأ آن در قطع رابطه با هر ابژه‌ای مهم و معنادار برای افراد است [۲]. واکنش‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی که به دنبال از دست دادن یکی از عزیزان رخ می‌دهد، در مجموع به عنوان سوگ شناخته می‌شوند. اکثر افراد یک فرایند دردناک، اما طبیعی سوگواری را از سر می‌گذرانند که در آن شدت ناراحتی ناشی از غم معمولاً به تدریج در طول زمان کاهش می‌یابد [۳]؛ بنابراین اگرچه سوگ می‌تواند در زندگی به عنوان یک تجربه بسیار پر استرس و قابل توجه ادراک شود، ولی اکثر افراد از منابع درون‌فردی و حمایت‌های بین‌فردی لازم برای کنار آمدن با سوگ برخوردار هستند و به تدریج و با گذر زمان با زندگی بدون فرد از دست رفته کنار آمده و انطباق می‌یابند [۴]. با این حال، برای برخی افراد که دچار سوگ می‌شوند، این جریان راینده بسیار پیچیده است. در این افراد به جای کاهش شدت ناراحتی ناشی از فرایند سوگ، واکنش‌های غم و اندوه شدیدی تجربه می‌شود که به طور غیرعادی پایدار و در طول زمان به طور فزاینده‌ای ناتوان‌کننده می‌شوند [۳]. در اغلب موارد، غم و اندوه ناشی از فقدان بلافاصله پس از فقدان، شدیدتر است و پس از آن در یک دوره چند ماهه فروکش می‌کند. برای برخی افراد، غم و اندوه شدید ممکن است برای سال‌ها ادامه داشته باشد و به صورت ناسازگارانه جلوه‌گر شده و یا حتی خطرناک شود و افراد مبتلا را در معرض خطر قابل توجه آسیب‌رساندن به خود قرار دهد [۲].

متداول‌ترین واکنش پس از بروز فقدان و تجلی سوگ، نشانه‌های کم‌وبیش پایدار و البته خفیف غم و اندوه است. این واکنش تقریباً در ۲۶ تا ۴۵ درصد از افراد داغدار مشاهده می‌شود. همچنین، بسیاری از افراد بلافاصله پس از فقدان درجات متوسط (۳۰ تا ۳۳ درصد افراد) و نیز نسبتاً بالایی (۱۶ تا ۲۰ درصد افراد) از غم و اندوه ناشی از فقدان را تجربه می‌کنند که در گذر زمان و اغلب بدون مداخله

2. Complicated Grief.
3. Prolonged Grief Disorder (PGD).
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition-Text Revised (DSM-5-TR).
5. Trauma- and Stressor-Related Disorders.
6. Intense Yearning.
7. Preoccupation.

1. Grief.

دوستان، ارتباط مستقیم با اختلال سوگ طولانی مدت و شیوع بیشتری دارد [۱۱،۱۴].

کارگروه نسخه یازدهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها<sup>۲</sup>، در زمینه اختلال های مرتبط با سوگ، شواهد پژوهشی و بالینی موجود برای اختلال سوگ طولانی مدت را به اندازه کافی قانع کننده یافت تا تشخیص آن را به عنوان یک اختلال روانی جدید توصیه کند. نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، اختلال داغ دیدگی پیچیده پایدار<sup>۳</sup> را در بخش سوم یعنی مدل های در حال ظهور گنجانده بود. در واکنش به گنجاندن اختلال سوگ طولانی مدت در ویرایش یازدهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها و شواهد جمع آوری شده، کمیته راهبری راهنمای تشخیصی و آماری اختلال ها روانی در ژوئن ۲۰۱۹ م جلسه ای را با پژوهشگران و متخصصان این حوزه تشکیل داد و پس از جمع بندی پیشنهادهای شرکت کنندگان نتیجه گیری شد که این داده ها از انتقال اختلال سوگ طولانی مدت به بخش دوم نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی پشتیبانی می کنند؛ در نتیجه مجموعه معیارهای موقت برای تشخیص گذاری این اختلال تدوین شد تا متخصصان بالینی از الگوریتم تعیین شده برای تشخیص گذاری اختلال استفاده کنند. گزارش های ارائه شده به کمیته راهبری، اعتبار الگوریتم تشخیصی اختلال سوگ طولانی مدت را تأیید کرد و در نهایت در ماه نوامبر ۲۰۲۰ م، انجمن روان پزشکی آمریکا تصویب کرد که اختلال سوگ طولانی مدت در متن اصلی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال ها روانی قرار گیرد [۲].

سوگ و جنبه های مرضی آن به وسیله ابزارهای مختلفی مانند پرسش نامه سوگ پیچیده [۱۵]، مقیاس شدت سوگ پیش تولد<sup>۴</sup> [۱۶]، پرسشنامه سوگ پیچیده - نسخه تجدیدنظر شده [۱۷]، مقیاس نگرش بزرگسالان به سوگ<sup>۵</sup> [۱۸]، پرسشنامه سوگ آسیب زا<sup>۶</sup> [۱۹] و مقیاس سوگ پاندمی<sup>۷</sup> [۲۰] سنجیده شده است.

روانی بالا و مداوم پس از فقدان فرد نزدیک مشخص می شود. عواملی که ممکن است در واکنش سوگ طولانی مدت نقش داشته باشند؛ شامل افکار ناکارآمد (مانند سرزنش)، رفتارهای اجتنابی، ناتوانی در مدیریت هیجان های دردناک، تفاوت های فردی از لحاظ سلامتی، وضعیت اجتماعی و نیز فقدان حمایت های اجتماعی است که انطباق با فقدان فرد از دست رفته را دشوار می سازد [۷].

پژوهش ها در ۲۰ سال گذشته نشان داده اند، نه تنها بخش کوچک اما قابل توجهی از واکنش های سوگ می تواند شدید، ناتوان کننده و فراتر از انتظارات فرهنگی باشد، بلکه ممکن است تنها از طریق مداخله تخصصی بهبود یابد. مطالعات به طور خاص نشان داده اند، برخی از نشانه های اختلال سوگ، از علائم افسردگی مرتبط با سوگ متفاوت است [۸] و می توانند ماه ها یا حتی سال ها بدون کاهش تداوم یابند و فقط به مداخله تخصصی هدفمند پاسخ دهند؛ بنابراین شواهد بالینی قابل توجه و فزاینده ای در حمایت از سندرم روان پزشکی سوگ طولانی مدت به عنوان یک اختلال تشخیصی مجزا وجود دارد [۹].

شواهد پژوهشی و بالینی حاکی از تأثیرات منفی اختلال سوگ طولانی مدت بر سلامت جسمانی و روان شناختی به ویژه کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به سرطان، فشارخون بالا، بیماری های قلبی، اختلال خواب، سوء مصرف مواد، داروها، همایندی با افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلال های اضطرابی است [۱۰]. همچنین پیامدهای عملکردی اختلال سوگ طولانی مدت با اختلال در عملکردهای اجتماعی، خانوادگی، شغلی و رفتارهای بهداشتی آسیب رسان مانند افزایش مصرف دخانیات و الکل همراه است [۱۱].

یک مطالعه فرا تحلیل<sup>۱</sup>، شیوع اختلال سوگ طولانی مدت را که در پی فقدان های طبیعی اتفاق می افتد را حدود ۱۰ درصد تخمین زده است [۱۲]. پژوهش ها نشان می دهد افرادی که با فقدان های غیرطبیعی مانند خودکشی، قتل یا تصادفات رانندگی عزیزی را از دست می دهند، در ۴۹ درصد موارد نشانه های سوگ را تجربه می کنند [۱۳]. یک متغیر مرتبط با نشانه ها که به خوبی مطالعه شده است، رابطه شخصی با فرد متوفی است. بیشتر یافته ها نشان می دهد که از دست دادن فرزند یا شریک زندگی در مقایسه با از دست دادن سایر بستگان (والدین، خواهر و برادر) یا

## 1. Meta-Analysis

2. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11).
3. Persistent Complex Bereavement Disorder.
4. Perinatal Grief Scale.
5. Adult Attitude to Grief Scale.
6. Traumatic Grief Inventory.
7. Pandemic Grief Scale.

نسخه هلندی [۲۴]، نسخه چینی [۲۵] نیز قابل استخراج بوده است. از آنجا که گویه‌ها مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت برگرفته از پرسشنامه سوگ پیچیده [۱۶] و پرسشنامه سوگ پیچیده - نسخه تجدیدنظر شده [۱۷] بود، با ساختار تک عاملی این پرسش‌نامه نیز همسویی داشت.

با در نظر گرفتن پیشینه نظری و پژوهشی بحث شده و با توجه به این که اختلال سوگ طولانی‌مدت به عنوان یک اختلال جدید در طبقه اختلال‌های مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا در متن اصلی پنجمین نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی گنجانده شده است و نیز با توجه به اینکه اعتباریابی معیارهای تشخیصی اختلال سوگ طولانی‌مدت در نمونه بومی از اهمیت خاصی برخوردار بوده و در نهایت به منظور معرفی ابزاری برای ارزیابی بالینی دقیق اختلال سوگ طولانی‌مدت، پژوهش حاضر با هدف انطباق و اعتباریابی متقاطع نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت بر اساس پنجمین نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجام گرفته است. در این راستا پژوهش در صدد پاسخگویی به پرسش‌های زیر بوده است: ۱. ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت در نمونه بومی چگونه است؟ ۲. آیا ساختار عاملی استخراج شده براساس داده‌های پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد؟ ۳. آیا نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت از روایی همگرا برخوردار است؟ ۳. آیا نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت از اعتبار تشخیصی لازم برخوردار است؟

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - پیمایشی بود و به اعتباریابی یک مقیاس پرداخته است. جامعه آماری پژوهش شامل؛ دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود که برابر با ۶۳۰۰ نفر بودند. از جامعه فوق همسو با جدول تعیین حجم نمونه مورگان تعداد ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند؛ به این صورت که از طریق فراخوان برای شرکت در پژوهش و غربال دانشجویانی که به واسطه فوت یک فرد مهم در زندگی، سوگ را تجربه کرده بودند، اقدام شد. ملاک‌های ورود شامل تحصیل در

نسخه تجدیدنظر شده مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت، در فرایند توسعه معیارهای تشخیصی اختلال سوگ طولانی‌مدت برای گنجاندن در نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و ویرایش یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها توسط پریگرسون، بولن، خو، اسمیت، ماسیجوسکی [۲۱] معرفی شد. این مقیاس شامل ۱۳ گویه است که می‌تواند برای اهداف دوگانه ارزیابی شدت و مدت سوگ مورد استفاده قرار گیرد. گویه‌های مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت ۱۳- نسخه تجدیدنظر شده از پرسشنامه سوگ پیچیده - نسخه تجدیدنظر شده [۱۷] اقتباس شده است [۲۱]. ده گویه این مقیاس نشانه‌های موجود در معیارهای تشخیصی پنجمین نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلال سوگ طولانی‌مدت (شامل اشتیاق، اشتغال ذهنی، اختلال هویت<sup>۱</sup>، ناباوری<sup>۲</sup>، اجتناب<sup>۳</sup>، درد هیجانی شدید<sup>۴</sup>، مشکل در بازگشت مجدد<sup>۵</sup>، بی‌حسی هیجانی<sup>۶</sup>، احساس تنهایی<sup>۷</sup> شدید و بی‌معنایی<sup>۸</sup> زندگی) را ارزیابی می‌کند. این نشانه‌ها، گویه‌های شماره ۳ تا ۱۲ در مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت را در برمی‌گیرد با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «۱ = اصلاً» تا «۵ = بسیار زیاد» درجه‌بندی می‌شود. گویه نخست در این مقیاس مربوط به این است که آیا آزمودنی مرگ یک فرد نزدیک را تجربه کرده است، گویه دوم مربوط به این است که مرگ فرد نزدیک چه زمانی اتفاق افتاده است و در نهایت گویه ۱۳ به پرسش از این موضوع می‌پردازد که آیا این فقدان با اختلال عملکرد در زندگی فرد همراه بوده است [۲۱].

نتایج تحلیل عاملی سازندگان اصلی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت، نشانگر ساختار تک عاملی مقیاس بود [۲۱]. ساختار تک عاملی مقیاس سوگ طولانی‌مدت در نسخه نروژی [۲۲] و نسخه ترکی [۲۳] مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین بررسی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان داد، ساختار تک عاملی مقیاس سوگ طولانی‌مدت در

1. Identity Disruption.
2. Disbelief.
3. Avoidance.
4. Intense Emotional Pain.
5. Reintegrating.
6. Emotional Numbness.
7. Loneliness.
8. Meaningless.

کسب اجازه از سازندگان، مقیاس توسط مؤلفان به فارسی برگردانده شد؛ سپس از یک متخصص زبان انگلیسی خواسته شد تا نسخه فارسی ترجمه شده را مجدد به زبان انگلیسی برگرداند و از این طریق نسخه فارسی اصلاح شد. از سه نفر متخصص روان‌شناسی خواسته شد تا روایی ظاهری پرسش‌نامه را بررسی کنند. پس از تأیید روایی ظاهری، پرسش‌نامه قبل از اجرا بر روی نمونه اصلی، به صورت محدود روی یک نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی که زبان مادری آنها فارسی بود، اجرا و اشکالات موجود در متن از لحاظ روان و گویا بودن رفع شد. نسخه فارسی مقیاس بر روی دو گروه اجرا شد و سپس از تحلیل عاملی اکتشافی و نیز تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی ساختار عاملی آن استفاده شد. همچنین همسانی درونی مقیاس به دو روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و نیز ضریب دو نیمه کردن و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت.

**۲. پرسش‌نامه تجربه سوگ<sup>۳</sup>:** این پرسش‌نامه توسط بارت و اسکات [۲۶] ساخته شده است. در این پرسش‌نامه ۳۴ سؤال از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا پاسخ‌های خود را در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای، گزارش کنند. نسخه اصلی این پرسش‌نامه دارای هشت عامل بود. در بارت و اسکات [۲۶] ضریب همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۷ و برای عامل‌ها در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۹ به دست آمده است. در ایران، مهدی‌پور، شهیدی، روشن و دهقانی [۲۷] نسخه فارسی آن را پس از بررسی ساختار عاملی به صورت هفت مؤلفه‌ای گزارش کردند که شامل مؤلفه‌های احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنار آمدن، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن، قضاوت در مورد دلیل فوت، خجالت/شرمندگی و بدنامی است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط مهدی‌پور و همکاران (۱۳۸۸) مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب باز آزمایی پرسش‌نامه پس از ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۷۵ به دست آمده بود. همسانی درونی پرسش‌نامه از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و از روش دو نیمه کردن ۰/۷۲ گزارش شده بود. همچنین روایی همگرایی پرسش‌نامه تجربه سوگ با استفاده از پرسش‌نامه سلامت

مقطع کارشناسی، تجربه سوگ، سپری شدن حداقل یکسال از فوت فرد مهم زندگی، مبتلا نبودن به اختلال روانی دیگر براساس مصاحبه روان‌شناس بالینی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. فرایند نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها در اردیبهشت و خرداد ماه سال ۱۴۰۱ تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر ادامه یافت. تعداد دختران ۲۱۳ نفر و میانگین و انحراف استاندارد سن آنها  $21/44 \pm 2/95$  بود. تعداد پسران ۱۸۷ نفر و میانگین و انحراف استاندارد سن آنها  $22/07 \pm 2/23$  بود.

داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارهای زیر گردآوری شدند:

### ۱. نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی مدت<sup>۱</sup>:

این مقیاس توسط پریگرسون، بولن، خو، اسمیت، ماسیجوسکی [۲۱] به منظور پوشش ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلال سوگ طولانی مدت ساخته شده است. مقیاس دارای ۱۳ پرسش و یک عامل است؛ پرسش نخست (آیا کسی را از دست داده‌اید که برایتان مهم بوده است؟) به تجربه سوگ و پرسش دوم (از مرگ این شخص مهم چند ماه می‌گذرد؟) به مدت سوگ مربوط است. پرسش‌های ۳ تا ۱۲ به ارزیابی ملاک B و C اختلال سوگ طولانی مدت براساس DSM-5-TR یعنی اشتیاق، اشتغال ذهنی، آشفتگی هویت، ناباوری، اجتناب، درد هیجانی شدید، مشکل در بازگشت مجدد به زندگی، بی‌حسی هیجانی، بی‌معنی بودن زندگی و تنهایی شدید می‌پردازد و در نهایت پرسش ۱۳ (آیا نشانه‌های فوق باعث اختلال قابل توجه در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی‌تان شده است؟) به ارزیابی سطح عملکرد فرد مربوط است. مقیاس پاسخ‌دهی به پرسش ۱ و ۱۳ به صورت بلی یا خیر و پاسخ به پرسش ۲ بر اساس ماه است و پرسش‌های ۳ تا ۱۲ براساس لیکرت ۵ درجه‌ای اصلاً، ۱، اندکی، ۲، تاحدی، ۳، زیاد، ۴ و شدیداً، ۵ درجه‌بندی می‌شوند. پریگرسون و همکاران (۲۰۲۱م) بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی<sup>۲</sup> انجام شده، مقیاس را تک عاملی معرفی کردند. در پژوهش سازندگان اصلی، ضریب همسانی درونی گویه‌های مقیاس به روش محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و به روش دو نیمه کردن ۰/۸۸ به دست آمده بود. برای آماده‌سازی نسخه فارسی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت، ضمن

1 . Prolonged Grief Disorder(PGD-13-R) Scale.

2 . Exploratory Factor Analysis.

3 . Grief Experience Questionnaire (GEQ).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی گویه‌ها، بارهای عاملی و ضریب همسانی درونی مقیاس

| گویه‌ها | میانگین | انحراف استاندارد | کجی  | کشیدگی | همبستگی گویه با نمره کل | بار عاملی | دو نیمه کردن    |            | ضریب همسانی درونی | آلفای کرونباخ | آلفا در صورت حذف گویه |
|---------|---------|------------------|------|--------|-------------------------|-----------|-----------------|------------|-------------------|---------------|-----------------------|
|         |         |                  |      |        |                         |           | اسپیرمن - براون | ضریب گاتمن |                   |               |                       |
| گویه ۳  | ۳/۰۸    | ۱/۴۶             | ۰/۲۴ | ۰/۳۳   | ۰/۶۳                    | ۰/۵۸      | ۰/۸۸            | ۰/۸۸       | ۰/۷۳              | ۰/۸۹          | ۰/۸۹                  |
| گویه ۴  | ۱/۸۸    | ۱/۰۷             | ۰/۷۵ | ۰/۶۵   | ۰/۷۳                    | ۰/۷۴      |                 |            |                   |               |                       |
| گویه ۵  | ۱/۹۹    | ۱/۲۱             | ۰/۳۱ | ۰/۳۶   | ۰/۶۹                    | ۰/۶۸      |                 |            |                   |               |                       |
| گویه ۶  | ۱/۸۱    | ۱/۰۹             | ۰/۶۸ | ۰/۱۹   | ۰/۷۵                    | ۰/۷۷      |                 |            |                   |               |                       |
| گویه ۷  | ۱/۸۶    | ۱/۱۶             | ۰/۵۴ | ۰/۵۱   | ۰/۷۰                    | ۰/۷۱      |                 |            |                   |               |                       |
| گویه ۸  | ۲/۳۲    | ۱/۱۹             | ۰/۷۷ | ۰/۳۷   | ۰/۷۴                    | ۰/۷۲      |                 |            |                   |               |                       |
| گویه ۹  | ۱/۵۸    | ۰/۹۵             | ۰/۲۷ | ۰/۴۶   | ۰/۷۲                    | ۰/۷۳      |                 |            |                   |               |                       |
| گویه ۱۰ | ۱/۷۲    | ۰/۹۹             | ۰/۸۲ | ۰/۵۵   | ۰/۶۳                    | ۰/۶۴      |                 |            |                   |               |                       |
| گویه ۱۱ | ۱/۶۳    | ۰/۹۸             | ۰/۴۳ | ۰/۷۴   | ۰/۷۷                    | ۰/۷۸      |                 |            |                   |               |                       |
| گویه ۱۲ | ۱/۸۷    | ۱/۱۳             | ۰/۲۳ | ۰/۳۹   | ۰/۷۶                    | ۰/۷۶      |                 |            |                   |               |                       |

اختلال سوگ طولانی مدت

کفایت و بسندگی مطلوب نمونه پژوهش بود. هم‌چنین، آزمون کرویت بارتلت<sup>۵</sup> نیز از لحاظ آماری معنی‌دار بود (۰/۰۰۱/۰۰۱،  $p=$  ۷۵۹۷/۸۳) که از قابلیت اجرای تحلیل عاملی بر روی داده‌ها پشتیبانی کرد. در جریان تحلیل عاملی از روش چرخش متعامد واریماکس استفاده شد و گویه‌هایی در زیرمجموعه عامل‌ها حفظ شدند که وزن عاملی آنها بالاتر از ۰/۵ بود. در مجموع یک مؤلفه ارزش ویژه بالاتر از یک داشت که ۵۱/۲۳ درصد از واریانس کل را تبیین کرد.

در جدول شماره ۱ عامل استخراج شده و گویه‌های مربوط به آن ارائه شده است. از آنجا که گویه‌های شماره «۱. آیا کسی را از دست داده‌اید که برایتان مهم بوده است؟»، «۲. چند ماه از مرگ این شخص مهم می‌گذرد؟» و «۱۳. آیا نشانه‌های فوق باعث اختلال قابل توجه در عملکرد تحصیلی، خانوادگی، اجتماعی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی‌تان شده است؟»، جز گویه‌های مربوط به وجود تجربه فقدان، مدت فقدان و ارزیابی عملکرد فرد بوده و به صورت لیکرت چند درجه‌ای نمره‌گذاری نمی‌شوند، وارد تحلیل عاملی نشدند. ضریب همسانی درونی برای مؤلفه استخراج شده از طریق محاسبه آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹ و از طریق دو نیمه کردن ۰/۸۸ به دست آمد. هم‌چنین ضریب بازآزمایی مقیاس بر روی یک نمونه ۵۰ نفری انتخاب شده از نمونه اصلی پژوهش ۰/۷۳ به دست آمد (جدول ۱).

عمومی<sup>۱</sup> ۰/۶۳ و از طریق مقیاس‌های افسردگی و جسمانی‌سازی نسخه ۲۵ سؤالی پرسش‌نامه فهرست نشانه‌ها<sup>۲</sup> به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۵۸ به دست آمد که نشانگر روایی همگرای بالا بود [۲۷]. در پژوهش حاضر مقادیر آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه تجربه سوگ ۰/۷۸ و برای مؤلفه‌ها در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ قرار داشت.

داده‌های پژوهش به وسیله روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مانند ضریب همبستگی، تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی و با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و LISREL تحلیل شد.

## نتایج

برای بررسی ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی‌مدت از روش اعتباریابی متقاطع<sup>۳</sup> استفاده شد، به این صورت که نمونه پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰۰ نفری تقسیم شد؛ گروه نخست شامل ۱۱۰ زن و ۹۰ مرد و گروه دوم شامل ۱۰۳ زن و ۹۷ مرد بود. بر روی گروه نخست از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه تحلیل مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. مقدار شاخص کفایت نمونه‌گیری<sup>۴</sup> برابر با ۰/۸۴ بود که نشان دهنده

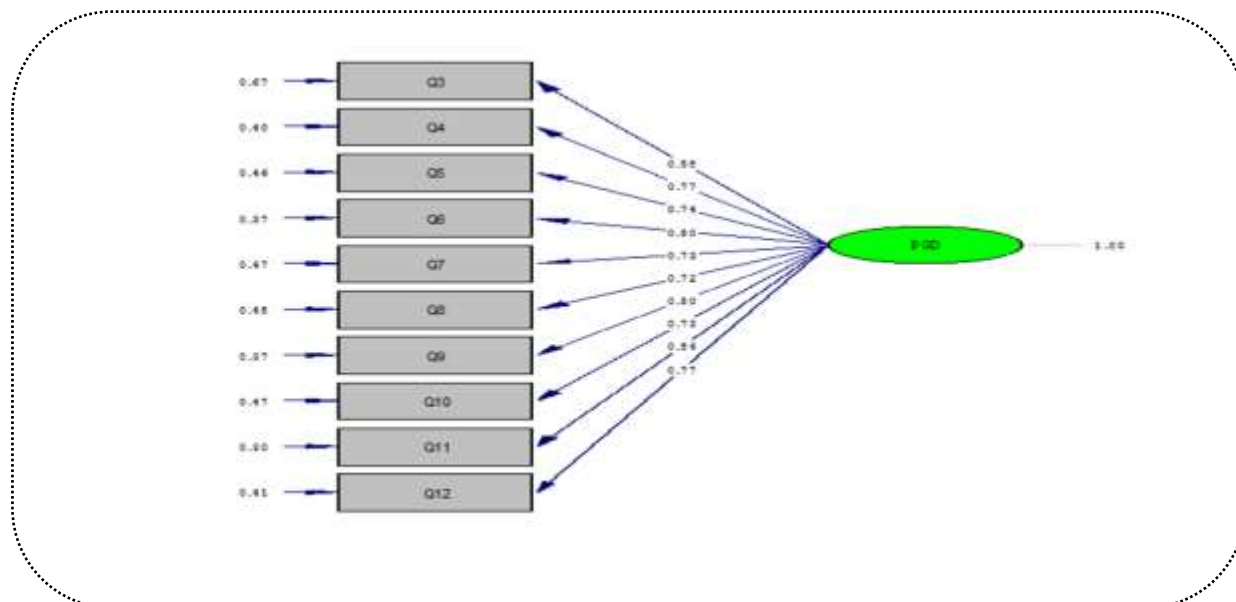
1. General Health Questionnaire.
2. Symptom Checklist.
3. Cross-Validation.
4. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.

5. Bartlett's Test of Sphericity.



منطقی گروه نمونه که تعداد ۲۰۰ نفر را نسبتاً مناسب می‌داند [۲۸]، نرمال بودن توزیع داده‌ها (دامنه مقادیر کجی و کشیدگی بین +۱ تا -۱) و خطی بودن رابطه متغیرها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

به منظور آزمون برازش مدل استخراج شده، تحلیل عاملی تأییدی مرتبه نخست بر روی داده‌های گروه دوم انجام شد که نتایج آن در ادامه گزارش می‌شود. پیش‌فرض‌های عمده تحلیل عاملی تأییدی مانند حجم



شکل ۱. مدل تک عاملی برازش یافته اختلال سوگ طولانی مدت

جدول ۲. ضرایب استاندارد شده و مقادیر  $t$  در مدل اندازه‌گیری اختلال سوگ طولانی مدت

| مقدار $t$ | ضرایب استاندارد | گویه‌ها  |
|-----------|-----------------|--|
| ۷/۷۳      | ۰/۵۸            | ۳ آیا احساس می‌کنید که در حسرت یا آرزوی کسی هستید که فوت شده است؟  |
| ۱۱/۳۵     | ۰/۷۷            | ۴ آیا فکر کردن به کسی که فوت شده است، باعث شده که در انجام کارهای معمول خودتان با مشکل مواجه شوید؟   |
| ۱۰/۵۶     | ۰/۷۴            | ۵ آیا در مورد نقش‌تان در زندگی احساس سردرگمی می‌کنید یا احساس می‌کنید که دیگر نمی‌دانید چه کسی هستید (احساس می‌کنید که بخشی از وجود شما مرده است)؟ |
| ۱۱/۸۳     | ۰/۸۰            | ۶ آیا در پذیرش این موضوع که فرد فوت شده، واقعاً مرده است، با مشکل مواجه هستید؟   |
| ۱۰/۴۱     | ۰/۷۳            | ۷ آیا از یادآوری این موضوع که فرد فوت شده واقعاً مرده است، اجتناب می‌کنید؟   |
| ۱۰/۲۱     | ۰/۷۲            | ۸ آیا درد هیجانی (خشم، تلخی، اندوه) ناشی از مرگ فرد موردنظر را احساس می‌کنید؟  |
| ۱۱/۸۰     | ۰/۸۰            | ۹ آیا احساس می‌کنید که برای بازگشت مجدد به زندگی با مشکل مواجه هستید (مشکل در تعامل با دوستان، دنبال کردن علایق، برنامه‌ریزی برای آینده)؟          |
| ۱۰/۴۷     | ۰/۷۳            | ۱۰ آیا از نظر هیجانی دچار کرحتی یا گسستگی از دیگران شده‌اید؟   |
| ۱۲/۷۸     | ۰/۸۴            | ۱۱ آیا احساس می‌کنید زندگی بدون شخصی که فوت شده، بی‌معنی است؟  |
| ۱۱/۲۶     | ۰/۷۷            | ۱۲ آیا در غیاب شخص فوت شده، احساس تنهایی و بی‌کسی می‌کنید.   |

برازش مدل محاسبه و در جدول شماره ۳ گزارش شد. اگرچه شاخص مجذور کای معنادار بود، ولی با توجه به معناداری این شاخص در مواردی که حجم نمونه بالاست، می‌توان به جای آن از شاخص دیگری به نام نسبت مجذور کای بر درجه آزادی استفاده کرد. حاصل تقسیم شاخص مجذور کای بر درجه آزادی برابر با ۲/۸۸ است که پایین‌تر از مقدار بحرانی ۳ است [۲۹، ۳۰]. شاخص ریشه میانگین

در جدول شماره ۲ ضرایب استاندارد شده و مقادیر  $t$  گویه‌های مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت ارائه شده است. آن‌گونه جدول ۲ نشان می‌دهد ضرایب گزارش شده مطلوب هستند و مقادیر  $t$  مربوط به آنها از مقدار بحرانی بالاتر است و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشند. به‌منظور بررسی نیکویی برازش مدل اختلال سوگ طولانی مدت با داده‌های پژوهش، شاخص‌های مربوط به

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اختلال سوگ طولانی مدت

| شاخص  | درجه آزادی | مجذور کای | مجذور کای بر درجه آزادی | ریشه میانگین مربعات خطای برآورد | شاخص‌های برازش مقایسه‌ای | شاخص برازش هنجار شده | شاخص برازش هنجار نشده | شاخص برازش فزاینده | شاخص نیکویی نسبی |
|-------|------------|-----------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|------------------|
| مقدار | ۴۵         | ۱۲۹/۶۶    | ۲/۸۸                    | ۰/۰۸                            | ۰/۹۴                     | ۰/۹۳                 | ۰/۹۱                  | ۰/۹۴               | ۰/۸۹             |

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین اختلال سوگ طولانی مدت و مؤلفه‌های تجربه سوگ

| نمره کل تجربه سوگ | بدنامی | خجالت/ شرمندگی | قضاوت در مورد دلیل فوت | احساس ترک شدن | واکنش‌های بدنی | تلاش برای توجیه | احساس گناه | اختلال سوگ طولانی مدت |
|-------------------|--------|----------------|------------------------|---------------|----------------|-----------------|------------|-----------------------|
| ۰/۵۷**            | ۰/۱۴   | ۰/۳۳**         | ۰/۴۵**                 | ۰/۵۲**        | ۰/۳۷**         | ۰/۴۲**          | ۰/۲۲*      | اختلال سوگ طولانی مدت |

\*\*همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار است \*همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار است

جدول ۵. نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه نمره‌های دو گروه در اختلال سوگ طولانی مدت

| متغیر                 | گروه         | میانگین و انحراف استاندارد | تفاوت میانگین | $t$  | درجه آزادی | معناداری |
|-----------------------|--------------|----------------------------|---------------|------|------------|----------|
| اختلال سوگ طولانی مدت | دارای اختلال | ۳۷/۵۲ (۶/۱۷)               | ۲۲/۵۷         | ۸/۴۷ | ۵۸         | ۰/۰۰۱    |
|                       | فاقد اختلال  | ۱۴/۹۵ (۴/۸۲)               |               |      |            |          |

۰/۹۱، ۰/۹۴ و ۰/۸۹ به دست آمد و با توجه به این‌که مقادیر اغلب شاخص‌ها بالای ۰/۹ است، در نتیجه نشانگر برازش مطلوب مدل هستند (جدول ۳).

به منظور بررسی روایی همگرایی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت، ضرایب همبستگی مقیاس با مؤلفه‌های پرسش‌نامه تجربه سوگ محاسبه شد. ضرایب گزارش شده در ماتریس همبستگی نشانگر آن بود که همبستگی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت با مؤلفه‌های پرسش‌نامه تجربه سوگ به استثنای مؤلفه بدنامی معنادار است (جدول ۴).

مربعات خطای برآورد<sup>۱</sup> در این مدل برابر با ۰/۰۸ است. شاخص برازش مقایسه‌ای<sup>۲</sup>، شاخص برازش هنجار شده<sup>۳</sup>، شاخص برازش هنجار نشده<sup>۴</sup>، شاخص برازش فزاینده<sup>۵</sup>، شاخص نیکویی نسبی<sup>۶</sup> به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۴،

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA).
2. Comparative Fit Index (CFI).
3. Normed Fit Index (NFI).
4. Non-Normed Fit Index (NNFI).
5. Incremental Fit Index (IFI).
6. Relative Fit Index (RFI).

طولانی مدت در آخرین طبقه بندی اختلال های روانی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال ها روانی (پنجمین نسخه تجدیدنظر شده) و نسخه یازدهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها تصریح و گنجانده شده است [۳۱].

امروزه سنجش و ارزیابی پدیده های بالینی به عنوان یکی از علاقه مندی ها و بایستگی های مهم در فرمول بندی و تشخیص گذاری اختلال های روانی مورد توجه پژوهشگران و متخصصان بالینی است؛ چرا که تنها از این رهگذر است که امکان ارزیابی دقیق و نیز مداخله در اختلال های روانی که پدیده هایی جهان شمول و فراگیر هستند امکان پذیر و میسر می شود. پژوهش حاضر با هدف اعتباریابی روان سنجی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت در یک نمونه بومی از دانشجویان مبتلا به سوگ انجام شد.

پژوهشگران در فرآیند اجرای این پژوهش در پی دستیابی به ساختار عاملی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت در نمونه بومی و نیز ارزیابی تأییدی ساختار عاملی استخراج شده بر اساس داده های پژوهش بودند. همچنین ارزیابی اعتبار تشخیصی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت مد نظر بوده است. برای این منظور از ابتدا نمونه پژوهش به دو گروه ۲۰۰ نفری تقسیم و هر گروه به طور جداگانه با روش اعتباریابی متقاطع مورد بررسی قرار گرفت. اگرچه پژوهش هایی در دسترس است که برای انجام اعتباریابی متقاطع، فقط یک نمونه واحد را انتخاب کرده و ابتدا به روش تحلیل عاملی اکتشافی و سپس ساختار عاملی کشف شده را در همان نمونه از لحاظ برازش مدل ساختاری مورد آزمون قرار داده اند؛ ولی متخصصان حوزه روان سنجی پیشنهاد می کنند که انتخاب یک نمونه بسنده و تقسیم مساوی آن به دو گروه و اجرای هر کدام از روش های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بر روی گروه ها بهترین و دقیق ترین روش است. در مرحله نخست، تحلیل عاملی اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه های اصلی انجام شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی آشکار ساخت که یک عامل کلی با نام سوگ طولانی مدت بخش قابل توجهی از واریانس مقیاس را تبیین می کند که در حدود ۵۲ درصد واریانس بود. همچنین بررسی بارهای عاملی گویه ها نشان داد که همه ۱۰ گویه بر روی عامل یگانه سوگ طولانی مدت با دامنه بارهای عاملی ۰/۵۸ تا ۰/۷۸ بارگذاری شدند. در مطالعات تحلیل عاملی اکتشافی ابزارها معمولاً بار عاملی ۰/۳ به

جهت آزمون اعتبار تشخیصی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی مدت ۳۰ نفر از نمونه پژوهش که دارای بالاترین نمره در مقیاس بودند، از لحاظ ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (پنجمین نسخه تجدیدنظر شده) برای تشخیص گذاری اختلال سوگ طولانی مدت، توسط روان شناس بالینی تحت مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند؛ پس از تأیید تشخیص اختلال سوگ طولانی مدت با یک گروه ۳۰ نفری از هم تیان عادی که دارای سابقه سوگ بودند، ولی نمره پایینی در نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی مدت کسب کرده بودند و در مصاحبه تشخیصی واجد اختلال نبودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج مقایسه دو گروه در جدول شماره ۵ گزارش شده است. پیش از اجرای آزمون  $t$ ، پیش فرض های مقدماتی برای این تحلیل از قبیل فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری، نرمال بودن توزیع داده ها (مقادیر کجی و کشیدگی بین +۱ تا -۱ قرار داشت) بررسی و تأیید شد. فرضیه همگنی واریانس گروه ها از طریق آزمون لون ( $F=1/47$ ,  $P=0/285$ ) مورد تأیید قرار گرفت. مقایسه دو گروه از لحاظ نمرات مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت معنادار بود ( $t=8/47$ ,  $p=0/01$ ).

### بحث و نتیجه گیری

از دست دادن یکی از عزیزان در اثر مرگ یکی از بدترین تجارب بشری است. این پدیده به ویژه زمانی از لحاظ بالینی قابل توجه است که فرد به جای سوگواری عادی، واکنش روانی جدی تری نسبت به از دست دادن نشان می دهد. سوگ و سوگواری بخش جدایی ناپذیر زندگی هر انسانی است که ممکن است به درجات و در کیفیت های مختلف آن را تجربه نماید. سوگ را می توان غم یا اندوه شدید در نظر گرفت که خود بخشی از فرآیند ماتم<sup>۱</sup> عادی است و تنها زمانی بیمارگونه تلقی می شود که بی وقفه تداوم یابد و پیامدهای نامطلوبی بر عملکرد روزمره داشته باشد. سوگ پیچیده به اندوهی گفته می شود که ۶ تا ۱۲ ماه پس از فقدان تداوم داشته و پایان ناپذیر باشد و همچنین شامل نپذیرفتن واقعیت فقدان، سرزنش خود، اشتیاق مداوم برای فرد متوفی و اشتغال ذهنی با افکار و اقدام مرگ است. در حال حاضر این پدیده بالینی با عنوان اختلال سوگ

1. Mourning.

اختلال سوگ طولانی‌مدت از طریق محاسبه آلفای کرونباخ  $0/89$  و به روش محاسبه ضریب دو نیمه‌سازی  $0/88$  به دست آمد. به طور معمول مقادیر بالای  $0/7$  در شاخص‌های همسانی درونی مقادیر قابل قبولی هستند.

یکی دیگر از پرسش‌هایی که پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به آن بود، ارزیابی روایی همگرایی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت از طریق محاسبه همبستگی آن با ابزار هم‌ارز یعنی پرسش‌نامه تجربه سوگ بود. همبستگی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت با مؤلفه‌های پرسش‌نامه تجربه سوگ به استثنای مؤلفه بدنامی معنادار بوده و در دامنه  $0/22$  تا  $0/52$  قرار داشت. میزان همبستگی بین مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت با نمره کل پرسش‌نامه تجربه سوگ  $0/57$  به دست آمد که حکایت از روایی همگرایی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت است. به‌طور کلی، این یافته‌ها قابل انتظار و همسو با یافته‌های پژوهش پریگرسون، بولن، خو، اسمیت، ماسیجوسکی [۲۱] و ایشیکلی، کسر، پریگرسون، ماسیجوسکی [۲۳] بود.

یکی از اهداف مهم پژوهش حاضر، بررسی اعتبار تشخیصی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت برای آزمون قابلیت مقیاس در تفکیک جمعیت بالینی از افراد عادی بود. بدین‌منظور تعداد ۳۰ نفر از آزمودنی‌های دارای تشخیص اختلال سوگ طولانی‌مدت که توسط روان‌شناس بالینی و بر اساس معیارهای تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (نسخه پنجم تجدیدنظر شده) تحت مصاحبه تشخیصی قرار گرفته و غربال شده بودند با یک گروه ۳۰ نفری از هم‌تایان عادی که دارای سابقه سوگ بودند، ولی نمره پایینی در مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت کسب کرده بودند و در مصاحبه تشخیصی واجد اختلال نبودند، مورد مقایسه قرار گرفتند و نتایج حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه بود و نشان داد که مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت واجد اعتبار تشخیصی لازم برای غربالگری جمعیت بالینی از افراد عادی است.

هر پژوهشی در فرایند پاسخگویی به پرسش‌های مطرح شده و دستیابی به اهداف ترسیم شده ممکن است با محدودیت‌هایی مواجه است؛ یکی از محدودیت‌های احتمالی پژوهش حاضر نداشتن امکان کنترل متغیرهای تأثیرگذار در اختلال سوگ طولانی‌مدت مانند همایندی سوگ طولانی‌مدت با سایر مشکلات یا اختلال‌های روانی، تجارب

عنوان مقدار بحرانی در نظر گرفته می‌شود و گویه‌های دارای بار عاملی کمتر از  $0/3$  از مجموعه گویه‌ها حذف می‌شوند، چنانچه نشان داده شد کمترین بار عاملی در تحلیل  $0/58$  بود که نشانگر یک‌بار عاملی بسیار مطلوب است. یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه ساختار عاملی استخراج شده مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت با نتایج حاصل از تحلیل عاملی سازندگان اصلی مقیاس که نشانگر ساختار تک عاملی مقیاس بود [۲۱] و همچنین نتایج بررسی‌های نسخه نروژی [۲۲] و نسخه ترکی [۲۳]، نسخه هلندی [۲۴] و نسخه چینی [۲۵] همسو و هماهنگ بود. همچنین در این رابطه، یافته‌های پژوهش حاضر به طور غیرمستقیم با مطالعات پریگرسون و همکاران [۱۵] و پریگرسون و جاکوبز [۱۷] همسویی دارد.

در بخش دوم، ساختار تک عاملی استخراج شده در مرحله نخست، بر روی گروه دوم از لحاظ برازش مدل با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحلیل نشان داد عامل یگانه سوگ طولانی‌مدت به‌گونه‌ای دقیق و عاری از خطا توسط گویه‌ها اندازه‌گیری شده‌اند. بررسی ضرایب استاندارد نشان داد، بارهای عاملی در دامنه  $0/58$  تا  $0/84$  قرار دارند و از وضعیت مطلوبی برخوردار هستند. آزمون برازش مدل اندازه‌گیری اختلال سوگ طولانی‌مدت از طریق محاسبه شاخص‌های برازش انجام گرفت. به علت حجم بالای نمونه مقدار شاخص مجذور کا معنادار به دست آمد و به جای آن شاخص مجذور کا بر درجه آزادی نشانگر برازش مطلوب مدل بود. شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) که میزان بد بودن مدل برازش شده را در مقایسه با مدل اشباع شده برآورد می‌نماید برابر با  $0/08$  بود. مقادیر به‌دست‌آمده برای شاخص‌های برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، شاخص برازش فزاینده (IFI)، شاخص نیکویی نسبی (RFI) بالای  $0/9$  بود که حکایت از برازش مطلوب مدل دارند. یافته‌های حاصل از اجرای تحلیل عاملی تأییدی با یافته‌های سازندگان اصلی مقیاس [۱۵، ۱۷، ۲۱] همسویی داشت و تأییدی بر برازش مدل تک عاملی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت در داده‌های حاصل از نمونه بومی پژوهش حاضر بود.

همچنین ضرایب همسانی درونی گویه‌های مقیاس

- 3- Jordan AH, Litz BT. Prolonged grief disorder: diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2014; 45(3):180-187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- 4- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, Raphael B, Marwit SJ, Wortman C, Neimeyer RA, Bonanno GA, Block SD, Kissane D, Boelen P, Maercker A, Litz BT, Johnson JG, First MB, Maciejewski PK. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009; 6(8): e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- 5- Nielsen MK, Carlsen AH, Neergaard MA, Bidstrup PE, Guldin MB. Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Soc Sci Med*. 2019; 232: 460-469. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007>
- 6- Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from pre-loss to 18-months post-loss. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 83(5): 1150-1164. <https://doi.org/10.1037/e316892004-001>
- 7- Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011; 28(2): 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- 8- Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct post-loss syndromes: a confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(11): 2175-2177. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2175>

مهم زندگی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بود که ممکن است تأثیرگذار باشند؛ در این زمینه طراحی و انجام پژوهش‌هایی که بتوانند رابطه نشانه‌های اختلال سوگ طولانی مدت و متغیرهای جمعیت‌شناختی را بررسی نمایند، راهگشا خواهد بود. شاید مهم‌ترین امتیاز پژوهش حاضر معرفی و انطباق ابزاری سودمند و کارآمد باشد که ارزیابی علائم اختلال سوگ طولانی مدت را در قامت یک اختلال روانی تصریح شده در آخرین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و نسخه یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری را میسر و تسهیل می‌نماید. معرفی، انطباق و اعتباریابی بومی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت می‌تواند در عمل منجر به توجه متخصصان، به‌ویژه روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان به پایش و غربال سریع آزمودنی‌های مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت از طریق یک ابزار کوتاه و خود - گزارشی برای اهداف بالینی و مهم‌تر از آن اهداف پژوهشی شود.

#### سپاسگزاری

نویسندگان وظیفه خود می‌دانند تا از دانشجویان مقطع کارشناسی شهید مدنی آذربایجان که در پژوهش حاضر شرکت و همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی خودشان را ابراز نمایند.

#### منابع

- 1- Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004; 59(1): 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>
- 2- Prigerson HG, Kakarala S, Gang J, Maciejewski PK. History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annu Rev Clin Psychol*. 2021; 17:109-126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>

- 15-Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* 1995; 59(1-2): 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- 16-Hutti MH, dePacheco M, Smith M. A study of miscarriage: development and validation of the Perinatal Grief Intensity Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998; 27(5): 547-555. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02621.x>
- 17-Prigerson HG, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W et al (eds). *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care.* Washington: *American Psychological Association*, 2001: 613-45. <https://doi.org/10.1037/10436-000>
- 18-Sim J, Machin L, Bartlam B. Identifying vulnerability in grief: psychometric properties of the Adult Attitude to Grief Scale. *Qual Life Res.* 2014; 23(4): 1211-1220. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0551-1>
- 19-Boelen PA, Smid GE. The Traumatic Grief Inventory Self-Report Version (TGI-SR): Introduction and Preliminary Psychometric Evaluation. *Jour of Loss and Traum.* 2017; 22, 196 - 212. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284488>
- 20-Lee SA, Neimeyer RA. Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Stud.* 2022; 46(1): 14-24. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1853885>
- 9- Kakarala SE, Roberts KE, Rogers M, et al. The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2020; 303: 111135. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111135>
- 10-Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA.* 2013; 310(4): 416-423. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8614>
- 11-American Psychiatric Association. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5-Text Revised (TR). American Psychiatric Association Publishing, 2022. <https://doi.org/10.5209/psic.84045>
- 12-Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017; 212: 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- 13-Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord.* 2020; 265: 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- 14-Lenferink LIM, Eisma MC, Smid GE, de Keijser J, Boelen PA. Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Compr Psychiatry.* 2022; 112: 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>

۲۷- مهدی پور، س؛ شهیدی، ش؛ روشن، ر؛ دهقانی، م. تعیین اعتبار و روایی پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ) در نمونه ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۸۸؛ ۷(۲): ۳۵-۴۸. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1388.7.2.4.4>

۲۸- هومن، ح. *مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل*، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۹۱. <https://samt.ac.ir/images/www/fa/gsiBook/book-image/2019/9161563626600image.jpg>

۲۹- محسنین ش، اسفیدانی، م. *مدل‌سازی معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزار لیزرل*. تهران: مهربان نشر، ۱۳۹۲. Paul K. (2014). *An Easy Guide to Factor Analysis* (translate by Seyed jalal

30-Sadr al-Sadat, Asghar Minaei) *The Organization for Researching and Composing University textbooks in the Humanities (SAMT)*. <https://doi.org/10.4324/9781315788135> [In Persian]

31-Keogh T, Roberts CG. *Psychoanalytic Approaches to Loss: Mourning, Melancholia and Couples*. Routledge Publication, New York; 2019. <https://doi.org/10.4324/9780429458231-1>

21-Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*. 2021; 20(1): 96-106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>

22-Pohlkamp L, Kreicbergs U, Prigerson HG, Sveen J. Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry Res*. 2018; 267: 560-565. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.004>

23-Işıklı S, Keser E, Prigerson HG, Maciejewski PK. Validation of the prolonged grief scale (PG-13) and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in Turkish bereaved samples. *Death Stud*. 2022; 46(3): 628-638. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1745955>

24-Boelen PA, Van Den Bout J, De Keijser J, Hoijtink H. Reliability and validity of the Dutch version of the inventory of traumatic grief (ITG). *Death Stud*. 2003; 27(3): 227-247. <https://doi.org/10.1080/07481180302889>

25-He L, Tang S, Yu W, Xu W, Xie Q, Wang J. The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry Res*. 2014; 219(2): 347-352. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.022>

26-Barrett TW, Scott TB. Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav*. 1989; 19(2): 201-215. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1989.tb01033.x>

|        |          |        |       |       |   |
|--------|----------|--------|-------|-------|---|
|        |          |        | خیر   | بلی   | ۱. آیا کسی را از دست داده‌اید، برایتان مهم بوده است؟  |
|        |          |        |       |       | ۲. چند ماه از مرگ (یا از دست دادن) این شخص مهم می‌گذرد؟   |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۳. آیا احساس می‌کنید که در حسرت یا آرزوی کسی هستید که از دستش داده‌اید؟   |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۴. آیا فکر کردن به کسی که از دستش داده‌اید باعث شده است که در انجام کارهای معمول خودتان با مشکل مواجه شوید؟                                     |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۵. آیا در مورد نقش‌تان در زندگی احساس سردرگمی می‌کنید یا احساس می‌کنید، دیگر نمی‌دانید چه کسی هستید (احساس می‌کنید، بخشی از وجود شما مرده است)؟ |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۶. آیا در پذیرش این موضوع که فرد مرده (یا از دست رفته) واقعاً رفته است، با مشکل مواجه هستید؟  |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۷. آیا از یادآوری این موضوع که فرد مرده (یا از دست رفته) واقعاً رفته است، اجتناب می‌کنید؟   |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۸. آیا درد هیجانی (خشم، تلخی، اندوه) ناشی از مرگ (یا از دست دادن) فرد مورد نظر را احساس می‌کنید؟  |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۹. آیا احساس می‌کنید، برای بازگشت مجدد به زندگی با مشکل مواجه هستید (مشکل در تعامل با دوستان، دنبال کردن علایق، برنامه‌ریزی برای آینده)؟        |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۱۰. آیا از نظر هیجانی دچار کرحتی یا گسستگی از دیگران شده‌اید؟   |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۱۱. آیا فکر می‌کنید، زندگی بدون شخصی که مرده (یا از دست رفته) بی‌معنی است؟  |
| به شدت | کمی زیاد | تا حدی | اندکی | اصلاً | ۱۲. آیا بدون شخص مرده (یا از دست رفته) احساس تنهایی می‌کنید؟  |
|        |          |        | خیر   | بلی   | ۱۳. آیا نشانه‌های فوق باعث اختلال قابل توجه در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی‌تان شده است؟                                     |



# روایی‌سنجی و اعتباریابی نسخه فارسی پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ - ۵۹ سال (BPM/18-59) در دانشجویان

نویسندگان

میثم تجمیلیان<sup>۱</sup>، محمدرضا شعیری<sup>۲\*</sup>، حجت‌الله فراهانی<sup>۳</sup>

۱. فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. meysam.taj@hotmail.com

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

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

چکیده

**مقدمه:** از دهه ۱۹۶۰ میلادی تا به امروز ابزارهای نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) برای تشخیص اختلالات روانی در حال گسترش است. هدف مطالعه، تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال (BPM/18-59) در یک نمونه غیربالینی ایرانی بوده است.

**روش:** با روش ترجمه، بازترجمه و تأیید نسخه نهایی ترجمه توسط سازنده ابزار، نسخه فارسی آماده گردید. پس از آن، فرم BPM/18-59 در نمونه‌ای مشتمل بر ۳۳۷ دانشجوی کارشناسی دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران که در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس اجرا شد. همچنین ۵۸ نفر از اطرافیان آزمودنی‌ها اقدام به تکمیل فرم «دیگری» نمودند. به منظور محاسبه ضریب آزمون - بازآزمون این ابزار، اجرای بازآزمون به فاصله دو هفته بر روی ۴۱ نفر از نمونه اولیه، صورت گرفت. برای تعیین روایی هم‌زمان این ابزار از پرسش‌نامه‌های DASS-21، GHQ-28، BSI-53، AAI و استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش هم‌بستگی پیرسون و تحلیل عاملی تأییدی و رگرسیون سلسله‌مراتبی انجام شد.

**نتایج:** یافته‌ها، نشانگر هم‌بستگی BPM/18-59 با سایر ابزارها ( $P < 0/001$ ) است؛ بنابراین بر خورداری از مقادیر قابل قبولی از روایی هم‌زمان بود. اعتبار بازآزمایی دو هفته‌ای و آلفای کرونباخ BPM/18-59 برای خودگزارشی به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ گزارش اطرافیان ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین تحلیل عاملی نشان از برازش مناسب مدل سه عاملی اولیه داشت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** BPM/18-59 از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای کاربرد در پژوهش‌ها و تلاش‌های بالینی در افراد ایرانی برخوردار است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۴/۳۰



کلیدواژه‌ها

پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال (BPM/18-59)؛ روایی، اعتبار، تحلیل عاملی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

shairi@shahed.ac.ir

## مقدمه

پایین‌به‌بالا هستند که توسط آخنباخ و همکارانش از دهه ۱۹۶۰ میلادی تا به امروز در حال تحول و گسترش است [۵]. این نظام شامل خانواده‌ای از فرم‌ها است که به جهت نمره‌گذاری مشکلات رفتاری/هیجانی/اجتماعی<sup>۱۱</sup> و ویژگی‌های انطباقی و شایستگی‌ها طراحی شده‌اند و برای افراد در سنین ۱/۵ تا بالای ۹۰ سال به وسیله ابزارهای اختصاصی در گروه‌های سنی چهارگانه قابل ارزیابی هستند. در کنار فرم‌های خودگزارشی برای سنین نوجوانی به بالا، وجود فرم‌های گزارش اطرافیان برای تمام سنین فرصتی را برای ارزیابی چند مطلع<sup>۱۲</sup> فراهم می‌کند. در این نوع ارزیابی نتایج تفسیر فرم‌های خودگزارشی با نتایج فرم‌های تکمیل‌شده توسط اطرافیان بیمار مقایسه و در ارتباط با یکدیگر مورد تحلیل قرار می‌گیرند [۱۴-۶].

به عقیده متخصصان روان‌آسیب‌شناسی کودکی هرکدام از نشانگان اختلال‌های روانی در یکی از دو دسته‌بندی اختلالات درونی‌ساز و اختلالات برونی‌ساز قرار می‌گیرد [۱۵]. این تقسیم‌بندی برای نخستین بار توسط آکرسون<sup>۱۳</sup> در سال ۱۹۴۹م صورت گرفت [۱۶] که بعدها در مطالعات مبتنی بر تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت [۱۵، ۱۷، ۱۸]. دسته‌ای که بر رفتارهای هیجانی مانند گریه‌کردن، نگرانی و انزوا تأکید دارند با عنوان مشکلات درونی‌ساز شناخته می‌شوند و دسته‌ای که شامل مشکلات پرخاشگرانه، بزهکاری، مصرف مواد و نقص توجه و بیش‌فعالی می‌شوند با عنوان مشکلات برونی‌ساز دسته‌بندی می‌شوند [۱۹]. این ایده برای مطالعه روان‌آسیب‌شناسی بزرگسالان به وسیله مدل‌های کمی رسمی برای الگوهای رخداد هم‌زمان در میان اختلالات روانی تعریف‌شده، یک تحول جدید به حساب می‌آید [۲۰].

فرم‌های نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ به دلیل داشتن پشتوانه نظری مشترک در طول یکدیگر قابل کاربرد هستند و می‌توانند در پژوهش‌های طولی و مقطعی و موقعیت‌های بالینی مورد استفاده پژوهشگران و بالینگران زیادی قرار گیرند. به علاوه انتشار هنجارهای بین فرهنگی متنوع، کاربرد این نظام در زمینه‌های فرهنگی متفاوت و پژوهش‌های بین فرهنگی را فراهم کرده است [۲۱]. پژوهش‌های صورت‌گرفته در جامعه ایرانی در حیطه

طبقه‌بندی<sup>۱</sup> اختلالات روانی فرایندی مهم است که به جهت ساده‌سازی تشخیص و مداخلات برای متخصصان بالینی شکل گرفته است. در حال حاضر طبقه‌بندی اختلالات روانی شامل اختلالات روانی اختصاصی است که بر اساس برخی ویژگی‌های پدیدارشناسی مشترک گروه‌بندی می‌شوند [۱]. امروزه بیماری‌شناسی‌های رسمی موجود در آسیب‌شناسی روانی که بیشترین کاربردها را دارند شامل راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> - ویرایش پنجم (DSM-5®) انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup> [۲] و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها<sup>۴</sup> - ویرایش یازدهم (ICD-11) سازمان بهداشت جهانی<sup>۵</sup> [۳] می‌شود. رویکردی که این نظام‌های طبقه‌بندی بر اساس آن شکل گرفته‌اند و روش‌های تشخیصی، مانند مصاحبه‌های ساختاریافته از آن پیروی می‌کنند نگاه بالا به پایین<sup>۶</sup> است. بر اساس این نگاه، متخصصان نخست دسته‌بندی تشخیصی را انتخاب می‌کنند و سپس معیارها را برای هر تشخیص تعیین می‌کنند. رویکرد دیگر در طبقه‌بندی اختلالات روانی نگاه پایین به بالا<sup>۷</sup> است؛ بر اساس این رویکرد گویه‌های توصیف‌کننده مشکلات یک فرد توسط خود او و اطرافیانش درجه‌بندی می‌شوند. این درجه‌بندی‌ها برای نمونه بزرگی از افراد اجرا شدند و مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند تا عامل‌های معرف نشانگان مبتنی بر تجربه استخراج شوند. پس از ایجاد این ابزارها به وسیله رویکرد پایین به بالا، مراجعه‌کنندگان نوعی و اطرافیانشان با تکمیل درجه‌بندی این گویه‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گیرند [۴]. نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ<sup>۸</sup> (ASEBA) از پیشگامان این رویکرد تشخیصی و بیماری‌شناسی در روان‌آسیب‌شناسی<sup>۱۰</sup> به شمار می‌رود.

ابزارهای نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) نمونه برجسته‌ای از ابزارهای متعلق به رویکرد تشخیصی

1. Taxonomy.
2. Nosology.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-5®).
4. American Psychiatry Assosiation.
5. International Classification of Diseases.
6. International Health Organization.
7. Top-down.
8. Bottom-up.
9. Achenbach System of Empirically Based Assessment.
10. Psychopathology.

11 . Behavioral/Emotional/Social.  
12 . Multi-Informant Assessment.  
13 . Ackerson.

ویژگی‌های روان‌سنجی ASEBA محدود به ابزارهای سنین مدرسه این نظام (CBCL، YSR و TRF) بوده است. نتایج این پژوهش‌ها نیز نشان‌دهنده ویژگی‌های مناسب روان‌سنجی این ابزارها برای کودکان جامعه ایرانی بوده است [۲۱-۲۶].

در ارزیابی روان‌آسیب‌شناسانه کودکان، جمع‌آوری اطلاعات از اطرافیان آزمودنی (والدین، معلمان و متخصصان سلامت روان) مورد توافق متخصصان است. اختلافات بین گزارش‌های مطلعان متفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت عملکرد کودکان در بافت‌های متفاوت و یا تفاوت در درک شدن آن‌ها توسط افرادی که نگرش‌های متفاوتی به آن‌ها دارند و یا هر دوی این‌ها باشد. در هر صورت هر دوی این شواهد باید در تلاش‌هایی که برای کمک به کودکان و خانواده‌هایشان صورت می‌گیرد مورد نظر قرار گیرد. شرایط مشابه با این وضعیت می‌تواند در ارزیابی سلامت روان بزرگسالان [۲۷] و سالمندان نیز وجود داشته باشد. یکی از معهود ابزارهای کارآمد در این زمینه برای بزرگسالان فرم سیاهه رفتاری بزرگسال (ABCL) است که به همراه فرم خودگزارشی بزرگسال (ASR) فرم‌های نظام تجربی ارزیابی آخنباخ برای بزرگسالان را تشکیل می‌دهند [۱۰، ۲۰]. وجود اختلاف میان گزارش‌های مطلعان متفاوت نه تنها نشان‌دهنده بی‌اعتباری و عدم روایی این فرم‌های ارزیابی نیست؛ بلکه اعتبار و روایی بسیار خوبی برای درجه‌بندی‌های ساختاریافته روان‌آسیب‌شناسی کودکان و بزرگسالان یافت شده است [۸-۱۱]. مقایسه این اطلاعات، بالینگران را توانمند می‌کند تا همسانی‌ها و اختلافات بین گزارش‌های مطلعان متفاوت را شناسایی کنند. برای مثال اگر تمام یا اکثر مطلعان حالات اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی<sup>۱</sup> را درباره یک مراجع گزارش دهند این تشخیص می‌تواند به احتمال بیشتری مورد بحث قرار گیرد؛ اما اگر تنها یکی از گزارش‌دهندگان مانند یک معلم این حالات را گزارش داده باشد به جهت تعیین اینکه آیا خصوصیات مطلع و یا زمینه می‌توانسته در نوع گزارش مؤثر باشد، ارزیابی با جزئیات بیشتری انجام خواهد گرفت [۴، ۲۸].

آزمون‌های متعددی به جهت غربالگری و تشخیص اختلافات روانی افراد بزرگسال وجود دارد که به واسطه ترجمه و بررسی خصوصیات روان‌سنجی در جامعه ما مورد

استفاده قرار می‌گیرند. از این دسته آزمون‌ها می‌توان به آزمون GHQ [۲۹، ۳۰] و SCL-R-90 [۳۱-۳۳] اشاره کرد. یکی از جنبه‌های تفاوت عمده فرم‌های بزرگسال نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ با این آزمون‌ها علاوه بر تفاوت‌های نظری و طبقه‌بندی اختلالات و نشانگان و همچنین امکان گزارش اطرافیان که ذکر شد، توجه عمده این نظام به ارزیابی مقیاس‌های عملکرد انطباقی آزمودنی است. در فرم‌های خودگزارشی بزرگسال (ASR) و سیاهه رفتاری بزرگسال (ABCL) عملکرد انطباقی آزمودنی بزرگسال در زمینه ارتباط با همسر/یار<sup>۲</sup> (دیگری مهم<sup>۳</sup>، دوستان، شغل و تحصیل ارزیابی می‌شود. بررسی این مقیاس‌ها زمینه‌ای را فراهم می‌کند تا بالینگر به جهت انجام مداخلات بالینی علاوه بر سندروم‌های بالینی و نکات تشخیصی مبتنی بر DSM به شایستگی‌ها و توانمندی‌های انطباقی مراجع/آزمودنی و یا الگوی آسیب‌دیدن عملکرد انطباقی او در هر کدام از این زمینه‌ها توجه نماید. پس از انتشار و استفاده بالینی گسترده و پژوهش‌های متعدد بر اساس فرم‌های خودسنجی و اطرافیان نظام ارزیابی آخنباخ، آخنباخ و همکارانش [۶، ۷] اقدام به تهیه نسخه‌های کوتاه‌شده این فرم‌ها با عنوان پایش مختصر مشکلات (BPM) نمودند. ایجاد نسخه‌های کوتاه شده علاوه بر کاهش زمان تکمیل فرم، مزایای زیادی را به دنبال داشته است. نسخه فرم پایش مختصر مشکلات برای استفاده در سنین ۱۸ تا ۵۹ سال از روی نسخه‌های بلند سیاهه رفتاری بزرگسال (ABCL) و خودگزارشی بزرگسال (ASR) تهیه شد [۶]. در مطالعه‌ای که اخیراً دِفریس<sup>۴</sup> و همکارانش در هلند انجام دادند [۳۴]، BPM/18-59 با ASR در نمونه بزرگی شامل دوقلوهای بزرگسال (تعداد نمونه = ۹۰۸۳۵) مقایسه شدند. در این مطالعه همسانی درونی مقیاس‌های BPM ( $\alpha = ۰/۷۵$ ) کمی از همسانی درونی ASR ( $\alpha = ۰/۸۵$ ) پایین‌تر بود. همچنین در بین مقیاس‌های BPM، مشکلات برونی‌ساز کمترین همسانی درونی را نشان دادند ( $\alpha = ۰/۶۳$ ). نمرات ASR و BPM مشابهت در طبقه‌بندی بالینی<sup>۵</sup> مناسب ( $۰/۶۱-۰/۸۰$ ) و همبستگی بالایی را ( $r > ۰/۸۸$ ) را نشان

2 . Partner.

3 . Significant Other.

4 . De Vries, L. P.

5 . Clinical Classification. Concordance.

1 . ADHD Features.

جوامع مختلف نشان می‌دهد. هدف این پژوهش تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال در نمونه غیربالینی ایرانی و مقایسه آن با ویژگی‌های روان‌سنجی نمونه اصلی بوده است.

## روش

جامعه پژوهش حاضر، دانشجویان کارشناسی و دوره پیشاکارورزی مقاطع دکتری حرفه‌ای در دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۳۷ (۱۵۳ زن و ۱۸۴ مرد) دانشجوی انتخاب شدند. همچنین ۵۸ نفر نیز از اطرافیان شرکت‌کنندگان در پژوهش، فرم گزارش اطرافیان را تکمیل نمودند.

۱۸۴ زن و ۱۵۳ مرد با دامنه سنی ۱۸-۲۸ سال در پژوهش حاضر شرکت داشتند. میانگین (و انحراف معیار) سن زنان، مردان و کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۲۰/۴۴ (۱/۵۵)، ۲۰/۷۲ (۱/۹۶) و ۲۰/۷۵ (۱/۷۵) سال بوده است. از تعداد ۳۳۷ آزمودنی که دانشجویان مقطع کارشناسی و دوره پیشاکارورزی مقطع دکتری حرفه‌ای دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی تهران بودند، ۱۲ نفر (۳/۱۶) از دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ۱۵ نفر (۴/۱۵) از دانشکده الهیات و معارف، ۸ نفر (۲/۱۴) از دانشکده زبان و ادبیات خارجی، ۱۲ نفر (۳/۱۶) از دانشکده حقوق و علوم سیاسی، ۱۳ نفر (۳/۱۹) از دانشکده اقتصاد، ۱۰ نفر (۳/۱۰) از دانشکده تربیت‌بدنی، ۹ نفر (۲/۱۷) از دانشکده جغرافیا، ۱۴ نفر (۴/۱۲) روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۶ نفر (۱/۸) از دانشکده علوم اجتماعی، ۳۱ نفر (۹/۲) از دانشکده مدیریت، ۶۰ نفر (۱۸/۱) از پردیس دانشکده‌های فنی، ۱۸ نفر (۵/۱۳) از پردیس علوم، ۲۶ نفر (۷/۱۷) پردیس کشاورزی و علوم طبیعی، ۷ نفر (۲/۱) از دانشکده دام‌پزشکی، ۲۰ نفر (۵/۹) از پردیس هنرهای زیبا، ۶ نفر (۱/۸) از دانشکده پرستاری و مامایی، ۴۱ نفر (۱۲/۲) از دانشکده پزشکی، ۳ نفر (۰/۹) از دانشکده پیراپزشکی، ۵ نفر (۱/۵) از دانشکده توان‌بخشی، ۱۴ نفر (۴/۲) از دانشکده داروسازی و ۷ نفر (۲/۱) از دانشکده دندان‌پزشکی بودند. افراد نمونه را از منظر دسته آموزشی به این شکل می‌توان تقسیم نمود: ۴۷ نفر (۱۳/۹) علوم انسانی، ۸۳ نفر (۲۴/۱۶) علوم اجتماعی و رفتاری، ۵۱ نفر (۱۵/۱) علوم پایه و زیستی، ۶۰ نفر (۱۷/۸) فنی و مهندسی، ۷۶ نفر (۱۷/۱۶) علوم

دادند. تفاوت جنسیتی جزئی در مقیاس مشکلات برونی‌ساز مشاهده شد (زن‌ها < مردان). مؤلفه‌های ژنتیک (۰/۵۴-۰/۳۴) و محیط (۰/۶۶-۰/۴۶) تفاوت واریانس را با دامنه‌های مشابه برای ASR و BPM توضیح دادند. هماهنگی ژنتیکی و فنوتیپیکی با بهزیستی<sup>۱</sup> قابل مقایسه بودند. این مطالعه نشان داد؛ زمانی که مجموع نمرات برای تفسیر کفایت نماید، عملکرد BPM به خوبی ASR است و بسته به موقعیت و هدف، استفاده از BPM به عنوان جایگزینی برای ASR دارای صرفه برای کاهش فشار روی مشارکت‌کننده است. برای سنجش روایی بیرونی BPM از آزمون بهزیستی ذهنی<sup>۲</sup> (SWB) استفاده شد که همبستگی منفی و معنادار مقیاس‌های BPM با SWB (۰/۵۶- الی ۰/۳۰-) مشکلات درونی‌ساز با بیشترین همبستگی منفی و مشکلات برونی‌ساز با کمترین همبستگی منفی - نشان از روایی مقیاس‌های BPM بوده است.

با وجود ابزارهای متعدد ارزیابی بالینی به زبان فارسی و هنجار شده در نمونه‌های معرف جامعه ایرانی، اما همچنان کاستی ابزارهایی که بتواند گزارش منابع ارجاع و دیگر اطرافیان مراجع از رفتارهای آسیب‌شناسانه را در دسترس بالینگر قرار دهد، وجود دارد. به علاوه، بررسی ابزارهای سنجش بالینی جدید که بتوانند در عین اعتبار و روایی، دارای خصوصیات اختصار، کفایت و حساسیت به تأثیرات درمان باشند لازم به نظر می‌رسد. به‌ویژه آن که با مراجعه روزافزون افراد به مراکز تخصصی سلامت روان و همین‌طور ارزیابی‌های دوره‌ای سلامت روان دانشجویان، سربازان و دیگر اعضای سازمان‌ها، لازم است تا متخصصین به ارزیابی مختصر و کوتاه مجهز باشند تا بتوانند با صرفه‌جویی در زمان و هزینه به غربالگری موردنظر خود بپردازند. باتوجه به این موارد، پژوهش حاضر مطالعه اعتبار و روایی فرم پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال - شامل نسخه خودگزارشی و نسخه دیگران (BPM/18-59) - را در دستور کار خود قرار داده است. همچنین مقایسه نتایج نمونه ایرانی با نمونه‌های مشابه دیگر جوامع، اقدام قابل‌توجهی در آغاز مطالعات بین‌فرهنگی در این حوزه خواهد بود؛ به‌ویژه که نظام آخنباخ توجه ویژه‌ای به مقایسه‌های بین‌فرهنگی مبتنی بر نتایج پژوهش‌ها بر روی ابزارهای ASEBA در

1. Well-being.
2. Subjective Well-Being.

برای بررسی روایی به روش هم‌زمان<sup>۳</sup> و افزایشی<sup>۴</sup> حدود نیمی از آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی<sup>۵</sup> (DASS-21)، مقیاس خودگزارشی ADHD بزرگسالان<sup>۶</sup> (ASRS-v 1.1) و پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۷</sup> (GHQ-28) و نیم دیگر به پرسش‌نامه مختصر نشانه‌ها<sup>۸</sup> (BSI) و پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز<sup>۹</sup> (AAI) پاسخ دادند. روایی هم‌زمان با بررسی هم‌بستگی بین مقیاس‌های BPM/18-59 با مقیاس‌های ابزارهای یادشده تعیین گردید و برای تعیین روایی افزایشی از روش رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. روایی سازه<sup>۱۰</sup> نیز بر مبنای تحلیل عاملی تأییدی<sup>۱۱</sup> بررسی شد [۳۵]. اعتبار مقیاس نیز با روش‌های ضریب همسانی درونی و آزمون-بازآزمون دوهفته‌ای در مورد ۴۲ نفر از دانشجویان بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزارهای آمارگری IBM SPSS نسخه<sup>۱۲</sup> و ای‌موس IBM SPSS نسخه<sup>۱۳</sup> و به روش هم‌بستگی پیرسون، رگرسیون سلسله‌مراتبی و تحلیل عاملی تأییدی انجام گرفت.

#### ابزارهای پژوهش

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

#### ۱. فرم پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ - ۵۹

(BPM/18-59) [۶]: این فرم با استفاده از فرم‌های بزرگسال نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ در سال ۲۰۱۸ م ساخته شده است. این فرم سه مقیاس مشکلات برونی‌ساز، مشکلات درونی‌ساز و مشکلات توجه را به همراه مقیاس مشکلات کلی، مورد سنجش قرار می‌دهد. BPM/18-59 دارای ۱۸ گویه است که به هرکدام از مقیاس‌ها ۶ گویه اختصاص می‌یابد و آزمودنی می‌باید گویه‌ها را به یکی از سه شکل ۰ = نادرست (تا آنجا که من می‌دانم)، ۱ = تا حدودی درست و ۲ = بسیار درست درجه‌بندی نماید. این فرم هم

پزشکی و ۲۰ نفر (۵/۹) هنر. فراوانی و درصد گروه‌های فرهنگی - زبانی افراد نمونه نیز از این قرار بود: ۲۵۱ نفر (۷۴٪) فارس زبان، ۴۳ نفر (۱۵/۷) ترک‌زبان، ۱۱ نفر کردزبان (۳/۳)، ۱۴ نفر لر زبان (۴/۲)، ۶ نفر گیلک زبان (۱/۸)، ۱ نفر تبری زبان (۰/۳)، ۱ نفر بلوچ زبان (۰/۳) و ۱ نفر تات زبان (۰/۳).

در قدم نخست اجرای مطالعه، برای استفاده از سؤالات پرسش‌نامه آخنباخ با گروه پژوهشی آسیا مکاتبه شد و قرارداد اجازه‌نامه استفاده از ابزار پایش مختصر مشکلات در این پژوهش تنظیم گردید. سپس ابزار پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال (BPM/18-59) به روش ترجمه - بازترجمه توسط دو متخصص زبان انگلیسی و دو متخصص روان‌شناسی بالینی به فارسی برگردانده شد و مورد تأیید طراح آزمون قرار گرفت. پس از بررسی اولیه و اجرای مقدماتی در نمونه‌ای ۳۰ نفره از دانشجویان دانشگاه شاهد، وضعیت ظاهری و محتوایی گویه‌ها بررسی شد که بر این اساس هیچ‌یک از گویه‌ها تغییری نداشت.

در مرحله بعدی اجرا، آمار تعداد دانشجویان دانشکده‌های دانشگاه‌های موردنظر استخراج شد و بر اساس نسبت دانشجویان هر دانشکده، نسبت تعداد افراد نمونه از هر دانشکده تعیین گردید. سپس با حضور در تمام دانشکده‌ها، نمونه‌گیری به صورت در دسترس اجرا شد. ابزارهای پژوهش به جز فرم BPM/18-59 به صورت تصادفی با ترتیب متفاوت چیده شده بودند تا اثر خستگی مشارکت‌کنندگان خنثی گردد. فرم گزارش اطرافیان نیز در اختیار دانشجویان داوطلب قرار داده می‌شد تا توسط یکی از اطرافیان (یار، دوست، زادور<sup>۱</sup> (پدر یا مادر) و یا هم‌شیر<sup>۲</sup> (خواهر یا برادر)) تکمیل گردد و تصویر فرم تکمیل شده برای پژوهشگر ارسال شود. پس از مدت دو هفته، فرم بازآزمون به صورت برخط برای افراد نمونه‌ای که اطلاعات تماس خود را در اختیار پژوهشگر قرار داده بودند ارسال گردید تا به منظور بازآزمون تکمیل کردند. برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها رضایت مشارکت‌کنندگان جلب شده و به آن‌ها یادآوری شد که برای ادامه یا انصراف از تکمیل پرسش‌نامه حق انتخاب دارند. فرم پرسش‌نامه‌ها با کدهای مخصوص علامت‌گذاری می‌شد و برای حفظ رازداری اطلاعات هویتی مشارکت‌کنندگان یادداشت نشد.

- 1 . Parent.
- 2 . Sibling.

- 3 . Concurrent Validity.
- 4 . Incremental Validity.
- 5 . Depression, Anxiety, Stress Scale .
- 6 . Adult ADHD Self-Report Scale.
- 7 . General Health Questionnaire.
- 8 . Brief Symptom Inventory.
- 9 . Ahvaz Aggression Inventory.
- 10 . Construct Validity.
- 11 . Confirmatory Factor Analysis.
- 12 . IBM SPSS Statistics v24.
- 13 . IBM SPSS Amos v24.

این آزمون میزان کنترلی است که فرد بر محیط خود دارد. در فرم کوتاه این پرسش‌نامه ۲۱ پرسش وجود دارد که هر ۷ پرسش یکی از مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و تنیدگی را ارزیابی می‌کند. آزمودنی باید برای پاسخ به هر گویه یکی از چهار گزینه اصلی، کم، متوسط و زیاد را مشخص نماید. برای نمره‌گذاری پرسش‌نامه آزمونگر نمره گویه‌های هر مقیاس را (۰ تا ۳) با هم جمع کرده و باتوجه به جنسیت آزمودنی در نیمرخ مناسب که بر اساس نمره Z ساخته شده علامت‌گذاری می‌کند. نمره Z تعیین می‌کند که آزمودنی در هر مقیاس در سطح بهنجار یا خفیف، متوسط، شدید و یا بسیار شدید قرار دارد [۳۶]. روایی این پرسش‌نامه در نمونه خارجی با روش روایی هم‌گرا سنجیده شد که تمام همبستگی‌ها در سطح  $P < 0/001$  معنادار بودند. اعتبار به روش همسانی درونی این پرسش‌نامه در هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، و ۰/۹۰) قابل قبول بود. روایی این آزمون در نمونه ایرانی به روش روایی هم‌گرا سنجیده شد که تمام همبستگی‌ها در سطح  $P < 0/001$  معنادار بودند. اعتبار این آزمون در نمونه ایرانی نیز به روش همسانی درونی انجام شد که در هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸) قابل قبول بود [۳۸].

### ۳. مقیاس خودگزارشی ADHD بزرگسالان (ASRS-v)

1.1 [۳۹]: مقیاس خودگزارشی ADHD بزرگسالان توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) و کارگروهی متشکل از روان‌پزشکان و پژوهشگران این سازمان ساخته شد [۳]. این مقیاس شامل دو بعد و هجده پرسش است که به دو قسمت A و B تقسیم می‌شوند. این مقیاس تا کنون در ۲۸ کشور اعتبارسنجی و رواسازی شده است. ضریب همبستگی مقیاس بیش‌فعالی در این پرسش‌نامه با مقیاس تکانشگری بارت<sup>۱</sup> و مقیاس نگرش به مواد به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۴۵ ( $P < 0/001$ ) به دست آمد که نشان‌دهنده روایی هم‌گرای این ابزار است. همچنین همبستگی آن با پرسش‌نامه بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز<sup>۲</sup> ۰/۶۷ ( $P < 0/001$ ) به دست آمد که حاکی از روایی هم‌زمان است. همچنین در نمونه ایرانی، تمامی پرسش‌های این مقیاس رابطه معناداری را با

برای خودگزارشی طراحی شده و هم قابلیت کاربرد برای اطرافیان فرد مورد ارزیابی را دارد. همچنین آزمودنی می‌تواند برای هر کدام از گویه‌ها یادداشتی در محل در نظر گرفته شده اضافه کند. این امکان نیز فراهم شده است که آزمونگر تا سه گویه را در فضای خالی، در ادامه گویه‌ها، از مشکلاتی که خود در فردی که مورد ارزیابی واقع شده در نظر دارد اضافه کند نمرات خام گویه‌های هر مقیاس با هم جمع شده و نمره t آن بر اساس جدول استخراج شده و در نیمرخ مخصوص ترسیم می‌گردد. نمره t ۶۵ به‌عنوان خط برش در نظر گرفته شده و اگر نمره هر مقیاس پایین‌تر از آن قرار گیرد طبیعی و اگر بالاتر قرار گیرد افراشته در نظر گرفته می‌شود.

براساس اطلاعات سازندگان نسخه اولیه این ابزار، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مشکلات درونی‌ساز، مشکلات توجه، مشکلات برونی‌ساز و مشکلات کلی برای خودگزارشی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ و این ضرایب برای گزارش اطرافیان به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۹۰ بود. ضریب بازآزمایی یک‌هفته‌ای (تعداد نمونه: ۵۱) برای مقیاس‌های مشکلات درونی‌ساز، مشکلات توجه، مشکلات برونی‌ساز و مشکلات کلی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ بوده که همه معنادار ( $P < 0/001$ ) بوده‌اند. همبستگی بین خودگزارشی و گزارش اطرافیان که توافق بین مطلعان نامیده می‌شود نیز برای مقیاس‌های مشکلات درونی‌ساز، مشکلات توجه، مشکلات برونی‌ساز و مشکلات کلی به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۴، ۰/۳۵ و ۰/۳۹ که همه معنادار ( $P < 0/001$ ) بوده‌اند. روایی مرتبط با ملاک این ابزار به روش تحلیل رگرسیون چندگانه و مقایسه نتایج گروه ارجاع داده شده به خدمات سلامت روان و گروه ارجاع داده نشده محاسبه شد که بر این مبنا تمام چهار مقیاس این ابزار برای افراد ارجاع داده شده به طور معنادار ( $P < 0/001$ ) اندازه اثر بالاتری نسبت به افراد ارجاع داده نشده داشته‌اند [۶]. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار تا به حال در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفته نشده است.

### ۲. مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (DASS-21)

[۳۶، ۳۷]: پرسش‌نامه اضطراب، افسردگی و تنیدگی که توسط لوویباند و لوویباند در ۱۹۹۵ م ساخته شد، یک آزمون ۴۲ پرسشی است. ملاک سنجش این سه سازه در

1 . The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11).  
2 . The Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS).

سال ۱۳۸۰ [۳۰]، به سه روش آزمون - بازآزمون، تنصیف و آلفای کرونباخ انجام گرفت که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد. روایی هم‌گرای پرسش‌نامه سلامت عمومی از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس (MHQ)<sup>۲</sup> انجام گرفت که ضریب همبستگی ۰/۵۵ به دست آمد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). ضرایب همبستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ ( $P < ۰/۰۰۱$ ) متغیر بود [۳۰]. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریانس و بر اساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم جسمانی در این پرسش‌نامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمودند.

۵. پرسش‌نامه مختصر نشانه‌ها (BSI) [۴۲]: این آزمون شامل ۵۳ پرسش برای ارزش‌یابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می‌شود و برای نشان‌دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طراحی شده است [۴۳]. پرسش‌نامه مختصر نشانه‌ها نسخه کوتاه‌تر سیاهه تجدیدنظرشده ۹۰ پرسشی نشانه‌ها (SCL-R-90) [۳۱، ۳۲] است که ابعاد مشترکی را با این پرسش‌نامه اندازه می‌گرفت. آزمودنی میزان ناراحتی خود را نسبت به هرکدام از گویه‌های این آزمون به صورت مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از (هیچ) تا (به شدت) درجه‌بندی می‌کند. این آزمون ۹ مقیاس شامل شکایات جسمانی (SOM)، وسواس و اجبار (O-C)، حساسیت بین‌فردی (I-S)، افسردگی (DEP)، اضطراب (ANX)، خصومت (HOS)، ترس مرضی (PHOB)، افکار پارانوییدی (PAR) و روان‌پریشی (PSY) را در بر می‌گیرد. ۴ سوال نیز در هیچ‌کدام از این ابعاد تقسیم نمی‌شوند و تنها اطلاعاتی را برای مداخله بالینی برای بالینگر در بردارند. نمره‌گذاری و تفسیر این آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی (GSI)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علائم مرضی (PST) به دست می‌آید. درجه‌بندی این خصوصیات وضعیت پریشانی فرد را در طول هفت روز گذشته نشان می‌دهد.

طراحان این پرسش‌نامه اعتبار همسانی درونی مناسبی را برای آن در جامعه هنجار اصلی گزارش داده‌اند که برای ۹

عامل خود نشان می‌دهد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). نتایج این مدل تحلیل نشان دادند، تمامی ۱۸ پرسش سازه واحدی را می‌سنجند. علاوه بر این نتایج تحلیل عاملی وجود دو زیرمقیاس نقص توجه و بیش‌فعالی / تکانش‌گری را تأیید کردند [۴۰]. لازم به ذکر است که باتوجه به پژوهش‌های انجام‌شده با استفاده از این ابزار در داخل و خارج از کشور و همچنین راهنمای اجرای این آزمون، موفق به یافتن مواد نشان‌دهنده انواع نقص توجه و بیش‌فعالی/تکانش‌گری بر اساس منابع نشدیم؛ بنابراین با نظر پژوهش‌گر، مواد مرتبط با این دو بعد تفکیک شدند. براین اساس مواد ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱ برای بعد نقص توجه و مواد ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ برای بعد بیش‌فعالی/تکانش‌گری در نظر گرفته شده‌اند.

۴. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) [۲۹]: پرسش‌نامه GHQ برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ م به وسیله گلدبرگ منتشر شده و هدف آن تمایز قائل شدن میان افراد سالم و افراد بیمار است [۲۹]. این پرسش‌نامه تاکنون در چهار فرم ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ پرسشی انتشار یافته است. پرسش‌های این پرسش‌نامه دربرگیرنده چهار خرده مقیاس است که هر یک از آن‌ها شامل ۷ پرسش هستند. پرسش‌های ۱-۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی است. سوالات ۸-۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، سوالات ۱۵-۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و پرسش‌های ۲۲-۲۸ نیز مربوط به مقیاس افسردگی است. بر اساس پژوهش‌ها فرم‌های مختلف پرسش‌نامه از روایی و کارایی بالا برخوردار هستند و کارایی فرم ۱۲ پرسشی تقریباً همسان با فرم ۶۰ پرسشی است [۲۹]. روش نمره‌گذاری این ابزار، روش لیکرتی<sup>۱</sup> است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. نمره بالاتر به معنای سلامت پایین‌تر است.

بر اساس تحقیقات گلدبرگ و ویلیامز در سال ۱۹۸۸م، روایی و اعتبار این آزمون در انگلستان و دیگر کشورها بسیار قابل قبول است. گلدبرگ و ویلیامز نتیجه بیش از ۷۰ پژوهش را در این باره ارائه دادند که میانگین روایی ۰/۸۳ و میانگین اعتبار ۰/۸۷ را نشان می‌داد [۴۱]. مطالعات اعتبار فرم ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه در ایران در پژوهش تقوی در

2. Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ).

1. Likert Scale.

برای کل مقیاس AAI ( $r = 0/70$ )، برای عامل خشم و غضب ( $r = 0/60$ ) برای عامل تهاجم و توهین ( $r = 0/74$ ) و برای لجاجت و کینه‌توزی ( $r = 0/72$ ) رضایت‌بخش و معنادار بود. ( $P < 0/001$ )

#### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره کل BPM/18-59 و ابعاد آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین (و انحراف معیار) BPM/18-59 و ابعاد آن به تفکیک جنسیت

| ابعاد (خودگزارشی)      | زنان (n=153) | مردان (n=184) | کل آزمودنی‌ها (n=337) |
|------------------------|--------------|---------------|-----------------------|
| مشکلات درونی‌ساز       | ۳/۲۹ (۲/۶۷)  | ۳/۵۹ (۲/۸۱)   | ۳/۴۳ (۲/۷۳)           |
| مشکلات توجه            | ۴/۲۲ (۲/۶۲)  | ۴/۵۰ (۲/۸۲)   | ۴/۳۵ (۲/۷۱)           |
| مشکلات برون‌ساز        | ۳/۹۰ (۲/۴۴)  | ۳/۶۸ (۲/۶۲)   | ۳/۸۰ (۲/۵۲)           |
| مشکلات کلی             | ۱۱/۴۳ (۶/۳۴) | ۱۱/۷۸ (۶/۷۵)  | ۱۱/۵۹ (۶/۵۲)          |
| ابعاد (گزارش اطرافیان) | زنان (n=153) | مردان (n=184) | کل آزمودنی‌ها (n=337) |
| مشکلات درونی‌ساز       | ۲/۱۸ (۲/۰۸)  | ۱/۸۰ (۱/۸۲)   | ۲/۰۸ (۲/۰۱)           |
| مشکلات توجه            | ۳/۰۶ (۲/۶۰)  | ۲/۶۹ (۱/۹۲)   | ۲/۹۷ (۲/۴۳)           |
| مشکلات برون‌ساز        | ۳/۴۲ (۲/۴۵)  | ۲/۶۶ (۲/۳۱)   | ۳/۲۲ (۲/۴۲)           |
| مشکلات کلی             | ۸/۶۷ (۵/۲۰)  | ۷/۱۶ (۴/۴۳)   | ۸/۲۸ (۵/۰۲)           |

ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های مشکلات درونی‌ساز، مشکلات توجه، مشکلات برون‌ساز و مشکلات کلی، برای خودگزارشی ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۶۸ و ۰/۸۵ و برای گزارش دیگری به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۴۵، ۰/۶۷ و ۰/۷۲ بود. برای خودگزارش تمام آلفاها به جز آلفای مقیاس مشکلات برون‌ساز از میزان توصیه‌شده [۴۵] ۰/۷۰ بالاتر بوده و قابل قبول هستند، اما برای گزارش دیگری تنها آلفای نمره کل از میزان توصیه‌شده بالاتر بود. همچنین میانگین همبستگی درون‌آیتمی برای تمامی مقیاس‌ها محاسبه شد که با توجه به قرار گرفتن این شاخص برای تمام ابعاد خودگزارش و گزارش دیگری، بین ۰/۱۵ تا ۰/۵ و قابل قبول [۴۶] بودند.

بعد آن بین ۰/۷۱ در روان‌پریشی تا ۰/۸۵ در افسردگی متغیر بوده است. اعتبار آزمون - بازآزمون نیز برای ۹ بعد نشانه‌ها از ۰/۶۸ ( $P < 0/001$ ) در شکایت جسمانی تا ۰/۹۱ ( $P < 0/001$ ) در ترس مرضی متغیر بود. همچنین برای شاخص‌های ضریب کلی از ۰/۸۷ ( $P < 0/001$ ) در معیار ضریب ناراحتی تا ۰/۹۰ ( $P < 0/001$ ) در علائم مرضی بوده است. نتایج تحلیل عاملی ساختار پیش‌بینی<sup>۱</sup> ابعاد نشانه‌ها را تأیید نمود. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط اخوان عبیری و شعیری [۴۳] در سال ۱۴۰۰ مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ ابعاد پرسش‌نامه که نشان‌دهنده اعتبار همسانی درونی آن بودند بین ۰/۶۵ برای بعد حساسیت در روابط متقابل و ۰/۸۵ برای بعد افسردگی و برای کل سیاهه ۰/۹۵ بوده است. ضریب همبستگی نشان‌دهنده اعتبار آزمون - بازآزمون که با فاصله دو هفته اجرا شده بود بین ۰/۶۲ برای بعد روان‌پریشی و ۰/۸۷ برای بعد اندیشه‌پردازی پارانوئیدی و برای کل سیاهه ۰/۸۳ بوده است که همگی معنی‌دار ( $P < 0/001$ ) و قابل قبول بوده‌اند. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه مختصر نشانه‌ها با سنجش همبستگی بین ابعاد این پرسش‌نامه با ابعاد دیگر مقیاس‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. براین اساس تمامی ابعاد BSI با مقیاس BDI-II، مقیاس BAI، مقیاس اضطراب و استرس DASS-21، مقیاس GAD، مقیاس افسردگی و اضطراب و نمره کل GHQ-28 و مقیاس RSES رابطه مثبت و معنادار ( $P < 0/001$  و  $P < 0/005$ ) داشته است. روایی سازه BSI نیز به وسیله تحلیل عاملی تأییدی به دست آمد. به علاوه، همبستگی‌های بین BSI و SCL-R-90 از ۰/۹۲ تا ۰/۹۹ بوده است [۴۳].

۶. پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز (AAI) [۴۴]: این پرسش‌نامه شامل ۳۰ ماده و ۳ عامل است که بر اساس تحلیل عوامل توسط زاهدی‌فر و همکارانش در دانشگاه اهواز ساخته شد. سه عامل این پرسش‌نامه شامل: خشم و غضب دارای ۱۴ ماده، تهاجم و توهین دارای ۸ ماده و لجاجت و کینه‌توزی دارای ۸ ماده، هستند. آزمودنی باید سؤالات این پرسش‌نامه را از ۰ (هرگز) تا ۳ (همیشه) نمره‌گذاری کند. اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه در بازه زمانی ۶ هفته مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین دو نوبت آزمون

1. Priori Construction.



جدول ۲. میانگین (و انحراف معیار) دو مرحله اجرا و ضریب اعتبار باز آزمایی ۱۵ روزه BPM/18-59 (n=۴۱)

| ابعاد            | اجرای اول    | اجرای دوم    | ضریب همبستگی پیرسون* |
|------------------|--------------|--------------|----------------------|
| مشکلات درونی ساز | ۳/۶۰ (۲/۸۶)  | ۳/۲۴ (۲/۶۰)  | ۰/۵۸۰                |
| مشکلات توجه      | ۴/۴۱ (۲/۹۵)  | ۳/۹۷ (۲/۴۱)  | ۰/۶۱۸                |
| مشکلات برونی ساز | ۳/۷۵ (۲/۲۸)  | ۳/۰۴ (۲/۳۵)  | ۰/۶۹۳                |
| مشکلات کلی       | ۱۱/۷۸ (۶/۷۷) | ۱۰/۲۶ (۶/۱۳) | ۰/۷۰۷                |

\* تمامی همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۳. یافته‌های مربوط به روایی هم‌زمان

| ابعاد BPM/18-59  | افسردگی (DASS-21) | اضطراب (DASS-21) | تنیدگی (DASS-21) | پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) | آزمون مختصر نشانه‌ها (BSI-53) | مقیاس خودگزارشی بزرگسال ADHD (ASRS-v 1.1) | آزمون پرخاشگری اهواز (AAI) |
|------------------|-------------------|------------------|------------------|--------------------------------|-------------------------------|---|----------------------------|
| مشکلات درونی ساز | ۰/۷۰۶**           | ۰/۵۴۴**          | ۰/۶۰۹**          | ۰/۶۸۷**                        | ۰/۶۸۳**                       | ۰/۳۹۱**                                   | ۰/۳۰۱**                    |
| مشکلات توجه      | ۰/۵۶۸**           | ۰/۴۶۵**          | ۰/۵۲۵**          | ۰/۶۰۶**                        | ۰/۶۲۲**                       | ۰/۵۰۶**                                   | ۰/۳۹۶**                    |
| مشکلات برونی ساز | ۰/۴۰۹**           | ۰/۴۴۲**          | ۰/۵۵۷**          | ۰/۴۷۶**                        | ۰/۴۶۶**                       | ۰/۴۵۰**                                   | ۰/۶۱۷**                    |
| مشکلات کلی       | ۰/۶۸۱**           | ۰/۵۸۳**          | ۰/۶۷۸**          | ۰/۷۱۴**                        | ۰/۷۳۸**                       | ۰/۵۴۰**                                   | ۰/۵۴۸**                    |

\*\* P < ۰/۰۱

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون سلسله‌مراتبی برای محاسبه روایی افزایشی ابعاد BPM/18-59

| مدل  | $\Delta R^2$ | F تغییر | معناداری F |
|--|--------------|---------|------------|
| مدل ۱. پیش‌بین‌ها: افسردگی DASS-21، اضطراب DASS-21، مشکلات درونی ساز BPM/18-59<br>ملاک: نمره کل GHQ-28 | ۰/۰۲۲        | ۱۲/۲۰   | ۰/۰۰۱      |
| مدل ۲. پیش‌بین‌ها: نقص توجه ASRS-v 1.1، مشکلات توجه BPM-18-59<br>ملاک: نمره کل GHQ-28                  | ۰/۰۹۷        | ۲۹/۵۴   | ۰/۰۰۱      |
| مدل ۳. پیش‌بین‌ها: نمره کل AAI، مشکلات برونی ساز BPM-18-59<br>ملاک: ضریب کلی علائم مرضی BSI (GSI)      | ۰/۰۸۶        | ۲۵/۱۶   | ۰/۰۰۱      |

تحلیل عاملی تأییدی مدل اصلی ۱۸ سوالی آزمون که با استفاده از تمام افراد نمونه صورت گرفته بود نیز گواه برازش مناسب عوامل آزمون در نمونه بود. (جدول ۵ و نمودار ۱)

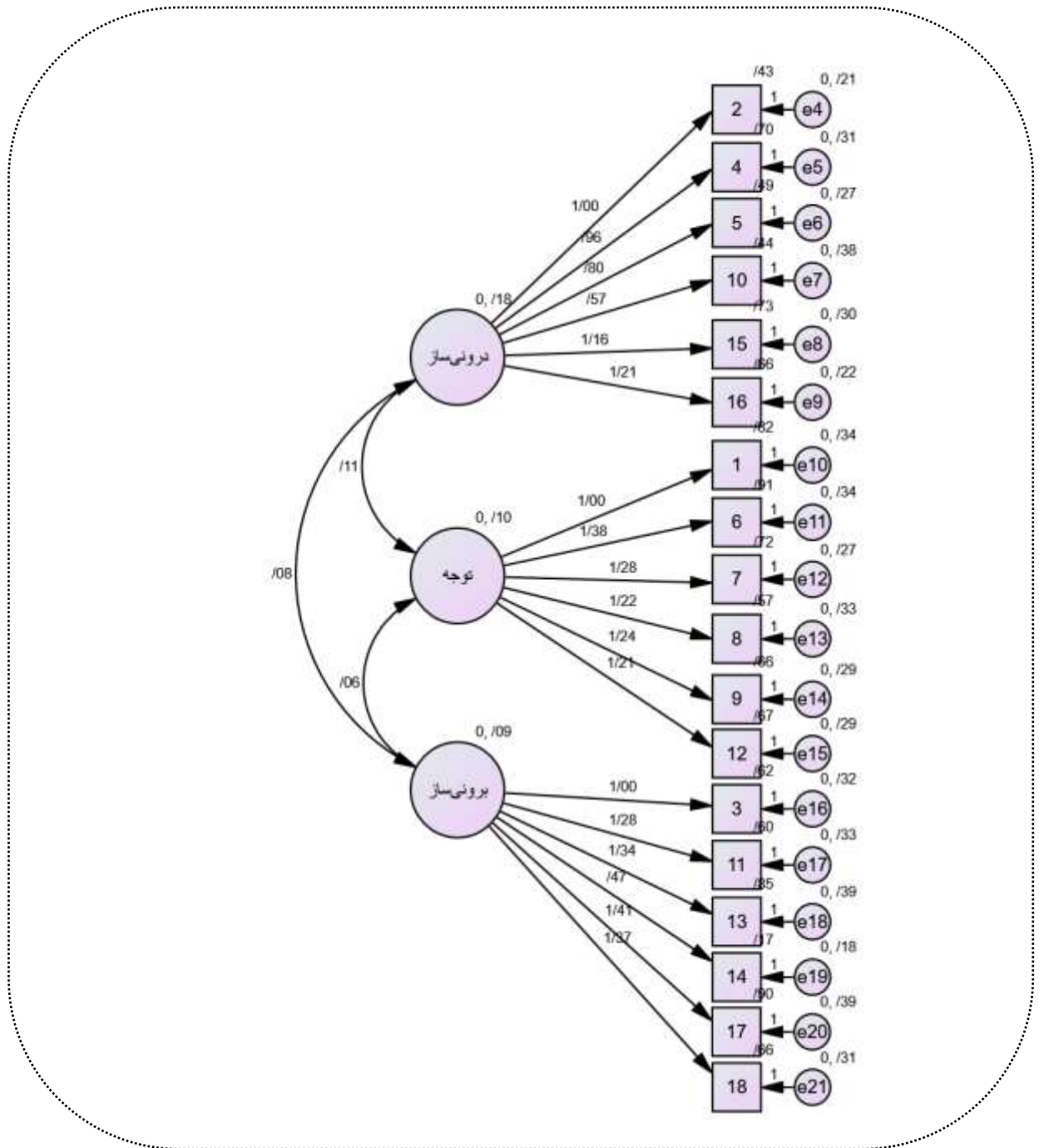
یافته‌های مرتبط با اعتبار باز آزمایی، با فاصله زمانی ۱۵ روز، مناسب بود (جدول ۲).

یافته‌های مربوط به بررسی روایی هم‌زمان (همبستگی با مقیاس‌های ASRS-v1.1، GHQ-28، BSI-53، DASS-21 و AAI) نشانگر روایی قابل قبول BPM/18-59 بود. (جدول ۳).

یافته‌های مربوط به بررسی روایی افزایشی هر یک از ابعاد BPM/18-59، نیز نشانگر روایی قابل قبول آن بود. برای تعیین روایی افزایشی بعد مشکلات درونی ساز، این بعد با معیار قراردادن نمره کل GHQ-28 با مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی آزمون DASS-21 مقایسه گردید. برای تعیین روایی افزایشی بعد مشکلات توجه، این بعد با معیار قراردادن نمره کل GHQ-28، با مقیاس‌های نقص توجه و بیش‌فعالی از آزمون ASRS-v 1.1 مقایسه گردید و در نهایت برای تعیین روایی افزایشی بعد مشکلات برونی ساز، با معیار قراردادن ضریب کلی علائم مرضی (GSI) از آزمون BSI-53، با نمره کل AAI مقایسه گردید.

جدول ۵. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی برای محاسبه اعتبار سازه ابعاد BPM/18-59

| مقدار قابل قبول | مقدار شاخص        | شاخص          |
|-----------------|-------------------|---------------|
| > ۰/۹ یا ۰/۸    | ۰/۸۲۹             | NFI           |
| > ۰/۹۵ یا ۰/۹۰  | ۰/۹۰۲             | CFI           |
| < ۰/۱           | ۰/۰۵۵             | RMSEA         |
| < ۳             | (P = ۰/۰۰۰) ۲/۰۳۹ | Chi-Square/df |
| > ۰/۹           | ۰/۹۰۵             | IFI           |



نمودار ۱. مدل ساختاری عامل‌های BPM/18-59

تحلیل داده‌ها به منظور تعیین روایی افزایشی نشان داد، ابعاد مشکلات برونی‌ساز و مشکلات توجه در پرسش‌نامه BPM/18-59 در پیش‌بینی ویژگی‌های ابزار ملاک نسبت به ابزارهای مشابه قوی‌تر عمل می‌کند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دو بعد مشکلات برونی‌ساز و مشکلات توجه توان بالایی در ارزیابی ویژگی‌های موردنظر خود را دارد. همچنین بعد درونی‌سازی BPM/18-59 در مقایسه با ابزارهای مشابه در پیش‌بینی ویژگی‌های ابزار ملاک در مرتبه پایین‌تر قرار گرفت؛ اما به طور معناداری قسمتی از ویژگی‌های ابزار ملاک را به طور افزایشی پیش‌بینی می‌کرد. باید در نظر داشت که ابزارهای مشابه در نظر گرفته‌شده برای مشکلات درونی‌سازی (بعد افسردگی و اضطراب DASS-21) به طور مستقیم دو بعد از ابعاد پرسش‌نامه ملاک (GHQ-28) را ارزیابی می‌کردند درحالی‌که بعد درونی‌ساز BPM/18-59 به‌طورکلی ویژگی‌هایی را مدنظر قرار می‌دهد که مرتبط با طیفی از مشکلات روان‌شناختی اضطرابی، خلقی و جسمانی هستند.

پایین‌بودن ضرایب آلفای کرونباخ در گزارش دیگران می‌تواند به این دلیل باشد که اطرافیان آزمودنی‌ها به اقتضای محیط مشترک با آزمودنی و فرصت مشاهده او به قسمتی از ابعاد مشکلات روان‌آسیب‌شناسانه آن‌ها آگاه می‌شوند و ممکن است بنا بر مشاهدات خود، پرسش‌ها را با یک‌دستی و همگونی کمتری پاسخ دهند درحالی‌که خود فرد به دنیای درون روانی خود آگاه‌تر است و می‌تواند مشکلات خود را در قالب یک کل واحد در تمام موقعیت‌ها مشاهده نموده و در گزارش انعکاس دهد. البته باید توجه داشت که این تبیین جنبه جهان‌شمول دارد درحالی‌که اطلاعات موجود نشان می‌دهد، ضریب آلفای کرونباخ در نمونه اصلی ساخت این ابزار از درجه بالا و قابل‌قبولی برخوردار بوده و تفاوت قابل‌توجهی با آلفای کرونباخ حاصل از تعیین هم‌سانی درونی خودگزارشی نداشته است.

محاسبه توافقی بین مطلعان نشان می‌دهد، رابطه ابعاد برونی‌ساز و درونی‌ساز و نمره کل در خودگزارشی و گزارش دیگران مثبت، متوسط و معنادار بوده است. اما رابطه بعد مشکلات توجه در خودگزارشی و گزارش دیگران معنادار نشده است. فراتحلیل‌های گذشته [۲۷] نشان‌دهنده توافقی بین مطلعان مثبت و متوسط در مشکلات درونی‌ساز و برونی‌ساز بوده که هم‌سو با نتایج پژوهش حاضر است. اما نتیجه پژوهش حاضر در ارتباط خودگزارشی بزرگسالان و

محاسبه ضریب‌های هم‌بستگی توافقی بین مطلعان برای ابعاد BPM/18-59 نشان داد که در همه ابعاد آزمون به استثناء بعد مشکلات توجه، گزارش آزمودنی‌ها و اطرافیان آن‌ها درباره مشکلاتشان به طور معناداری هماهنگ است (جدول ۶).

جدول ۶. ضریب‌های هم‌بستگی توافقی بین مطلعان برای ابعاد BPM/18-59

| ابعاد             | خودگزارشی × گزارش دیگری |
|-------------------|-------------------------|
| مشکلاتی درونی‌ساز | ۰/۴۰۶                   |
| مشکلات توجه       | ۰/۱۷۱                   |
| مشکلات برونی‌ساز  | ۰/۴۳۲                   |
| مشکلات کلی        | ۰/۴۶۴                   |

#### بحث

پژوهش پیش رو با هدف تعیین روایی و اعتبار پرسش‌نامه پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال (BPM/18-59) در نمونه دانشجویان ایرانی انجام گرفت. یافته‌ها نشان‌دهنده روایی سازه، هم‌زمان، هم‌گرا و افزایشی و ضریب هم‌سانی درونی مناسب و همچنین ثبات مقیاس طی زمان بود. بررسی منابع پژوهشی نشان می‌دهد، ویژگی‌های BPM/18-59 در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است. پژوهش‌های پیشین نشان‌دهنده ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب و تأیید ساختار عاملی ابزارهای ASEBA برای سنین مدرسه (۶ تا ۱۸ سال) در ایران بوده‌اند [۲۶-۲۱]. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های آخنباخ و ایوانووا [۶] که بر مبنای داده‌های ۱۷ جامعه به‌دست‌آمده بود و همچنین یافته‌های دفریس [۳۴] که با مطالعه بر روی نمونه بزرگی از بزرگسالان دوقلوی هلندی انجام گرفته بود، هم‌سو بوده است. بنابراین BPM/18-59 می‌تواند در موقعیت بالینی و فعالیت‌های پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد و با توجه به تعیین روایی افزایشی و حجم کمتر این ابزار می‌تواند به دیگر ابزار مشابه ارجحیت داشته باشد. البته باید توجه داشت، BPM به‌عنوان جایگزینی برای ASR به‌طورکلی طراحی نشده و بیشتر در موقعیت‌های ویژه، مثل ابعاد بزرگ مطالعه (پژوهش پیمایشی) و به‌عنوان ضمیمه‌ای برای ارزیابی‌های مختصر تکرار شونده و اجراهای مکرر (مانند پایش‌ها و پیگیری‌ها) به کار می‌رود.

## منابع

- 1- Sadock BJ, Virginia A, Pedro R. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: *behavioral sciences/clinical psychiatry*: LWW; 2015.
- 2- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
- 3- Almeida MSC, Sousa Filho LFD, Rabello PM, Santiago BM. International Classification of Diseases-11th revision: from design to implementation. *Revista de Saúde Pública*. 2020; 54: 104. [scielo.br/j/rsp/a/dsS4mjDwZsNQ4BGZRnpXjSs/?format=pdf](https://scielo.br/j/rsp/a/dsS4mjDwZsNQ4BGZRnpXjSs/?format=pdf)
- 4- Achenbach TM. Multicultural Perspectives on Assessment and Taxonomy of Psychopathology. In: Taylor. E, Verhulst. F, Wong. J, Yoshida. K, editors. *Mental Health and Illness of Children and Adolescents Mental Health and Illness Worldwide*. Singapore: Springer; 2020. 39-59. [http://dx.doi.org/10.1007/978-981-10-2348-4\\_8](http://dx.doi.org/10.1007/978-981-10-2348-4_8)
- 5- Achenbach TM. The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological Monographs: general and applied*. 1966; 80(7): 1. <https://doi.org/10.1037/h0093906>
- 6- Achenbach T, Ivanova M. Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor™ for ages 18-59 (BPM/18-59). Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2018.
- 7- Achenbach T, McConaughy S, Ivanova M, Rescorla L. Manual for the ASEBA brief problem monitor (BPM). Burlington, VT: ASEBA. 2011:1-33. [School-age-bpm-manual.pdf](https://www.aseba.org/aseba-manual.pdf)
- 8- Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington: University of Vermont, Research center for children. youth& families. 2001.
- 9- Achenbach TM, Newhouse P, Rescorla L. Manual for the ASEBA older adult forms and profiles. Burlington: University of Vermont, Research center for children. yout & families. 2004.
- 10- Achenbach TM, Rescorla L. Manual for the ASEBA adult forms and profiles. Burlington: University of Vermont, Research center for children. youth & families. 2003.

گزارش دیگری در مورد مشکلات توجه با نتیجه پژوهش‌های گذشته [۶، ۲۷، ۴۷] همسو نبوده است. با اطلاعات به دست آمده می‌توان بیان نمود، گزارش اطرافیان احتمالاً می‌تواند مرجع تکمیلی مناسبی برای ارزیابی مشکلات درونی‌ساز و برونی‌ساز افراد باشد. همچنین به نظر می‌رسد احتمالاً بروز نداشتن مشکلات توجه افراد در روابط عاطفی آن‌ها بر خلاف مشکلات درونی‌ساز و برونی‌ساز زمینه اختلاف گزارش افراد و گزارش اطرافیان آن‌ها را فراهم می‌سازد. به‌ویژه که چهار دسته اطرافیان شرکت‌کننده در این پژوهش از بستگانی هستند که رفتار این افراد را در محیط خانواده و یا محیط‌های صمیمی مشاهده می‌کنند. دیگر موضوع قابل توجه آن است که افراد به طور معناداری مشکلات خود را بیشتر از اطرافیان آن‌ها گزارش داده‌اند. می‌توان این مسئله را نیز دخیل دانست که احتمالاً اطرافیان گرایش بیشتری به کم‌اهمیت و کوچک جلوه‌دادن مشکلات افرادی دارند که با آن‌ها رابطه‌ای عاطفی دارند (اثر هاله‌ای).

## نتیجه‌گیری

می‌توان بیان نمود، احتمالاً ساختاری جهان‌شمول و وابسته به فرهنگ در مشکلات روان‌آسیب‌شناسانه وجود دارد که بیشتر می‌تواند در آینده مبنایی برای ارزیابی‌ها و تشخیص‌های بالینی، اقدامات درمانی و پژوهش‌ها در حوزه روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی قرار گیرد. وجود مبنایی ژنتیکی و فنوتایپیکی برای مقیاس‌های BPM/18-59 [۳۴] می‌تواند این فرضیه را تقویت نماید.

به دلیل محدود بودن دامنه سنی افراد نمونه و بررسی نمونه غیربالینی و این مسئله که تنها نمونه پژوهش حاضر را دانشجویان تشکیل می‌دادند، تعمیم یافته‌های این پژوهش به افراد سنین بالاتر، افراد ارجاع شده به دلیل تشخیص بالینی و افراد غیردانشجو باید با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی با گسترش نمونه بالینی و غیربالینی و نمونه‌گیری از گروه‌های سنی بزرگسال با گستردگی بیشتر و تهیه نمونه متنوع از منظر فرهنگی که معرف جامعه ایرانی باشد، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های بعدی نمونه‌گیری از اطرافیان آزمودنی‌ها برای تکمیل گزارش اطرافیان به طور گسترده‌تر انجام گیرد تا امکان بررسی ساختار عاملی گزارش اطرافیان نیز فراهم گردد.

- 21-Minaei A. Adaptation and Standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-Report, and Teacher's Report Forms. *Journal of Exceptional Children*. 2006; 6(1) (19): 529-58.  
<https://www.magiran.com/p638149> [In Persian]
- 22-Ghamari Givi H, Khoshnoudniai Chamachamaei B. Basic Factors in Children Psychopathology based on Child Behavior Check-List (CBCL). *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*. 2016; 6(21):157-71. Parental and social factors in relation to child psychopathology, behavior, and cognitive function | Translational Psychiatry
- 23-Habibi Asgarabad M, Besharat M, Fadaei Z, Najafi M. Confirmatory factorial Structure and Validity of the Achenbach Youth Self-Report Scale (YSR): Monozygotic and Dizygotic Twins. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1(1):1-18.  
<https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1993> [In Persian]
- 24-Kakaberaei K, Habibi Asgarabadi M, Fadaei Z. Validation of Achenbach's Behavioral Problems: Performing the Youth Self-Report (YSR) for 11-18 Year-Old Adolescents on High School Students. *Journal of Research in Psychological Health*. 2008; 1(4): 50-66.  
<https://doi.org/10.3390/jpm11111208>
- 25-Minaei A. A Confirmatory Factor Analysis of Teacher's Report Form (TRF). *Journal of Exceptional Children*. 2006; 6(3): 769-86.  
<https://www.magiran.com/p697575> [In Persian]
- 26-Minaei A. Factorial Invariance of Syndrome's Items of Achenbach's Youth Self-Report (YSR) Form. *Journal of Exceptional Children*. 2007; 1(23): 45-60. <https://www.magiran.com/p697072> [In Persian]
- 27-Achenbach TM, Krukowski RA, Dumenci L, Ivanova MY. Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological bulletin*. 2005; 131(3): 361.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.3.361>
- 28-Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½-90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 79: 4-18.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.03.006>
- 29-Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic illness. Oxford University Press. 1972.
- 11-Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA preschool forms and profiles: Burlington, VT: University of Vermont. Research center for children. youth & families.2000.
- 12-McConaughy S, Achenbach TM. Manual for the semistructured clinical interview for children and adolescents (2nd Ed.). . Burlington: University of Vermont, Research Center for Children. Youth & families. 2001.
- 13-McConaughy S, Achenbach TM. Manual for the test observation form for ages 2-18. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children. Youth & families. 2004.
- 14-McConaughy S, Achenbach TM. Manual for the ASEBA direct observation form for ages 6-11. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children. Youth & families.2009.
- 15-Maddux JE, Winstead BA. Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding: Routledge; 2015.
- 16-Bakhtiari M, Yazdandost R, Birashk B, Ghazi Tabatabaie M. Relationship between Control-related Beliefs with Externalizing and Internalizing Psychopathology in Children. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 13(2): 140-7. Relationship between Control-related Beliefs with Externalizing and Internalizing Psychopathology in Children - Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology - مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران
- 17-Achenbach TM. Empirically based assessment and taxonomy: Applications to clinical research. *Psychological assessment*. 1995; 7(3): 261.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.7.3.261>
- 18-Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological bulletin*. 1978; 85(6): 1275.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.85.6.1275>
- 19-Cummings EM, Davies PT, Campbell SB. Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications: Guilford Publications; 2020.
- 20-Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Iacono WG. Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of abnormal psychology*. 2005; 114(4): 537.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843x.114.4.537>

- 39-Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *PsJournalgical medicine*. 2005; 35(2): 245.  
<https://doi.org/10.1017/s0033291704002892>
- 40-Mokhtari H, Rabiei M, Salimi S. Psychometric Properties of the Persian Version of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 3(82): 244-53.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.978572>  
**[In Persian]**
- 41-Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. (No Title). 1988 Feb 13.
- 42-Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*. 1983; 13(3): 595-605.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S003329170048017>
- 43-Akhavan Abiri F, Shaeiri M. Validity and Reliability of Symptoms Check-list-90-Revised (SCL-90-R) and Brief Symptoms Inventory-53 (BSI-53). *Journal of Clinical Psychology and Personality*. 2020.  
[https://www.researchgate.net/publication/344252127\\_Validity\\_and\\_Reliability\\_of\\_Symptom\\_Checklist-90-Revised\\_SCL-90-R\\_and\\_Brief\\_Symptom\\_Inventory-53\\_BSI-53](https://www.researchgate.net/publication/344252127_Validity_and_Reliability_of_Symptom_Checklist-90-Revised_SCL-90-R_and_Brief_Symptom_Inventory-53_BSI-53)
- 44-Zahedifar S, Najarian B, Shokrkon H. Construction and validation a scale for measuring aggression. *Journal of education and psychology of Shahid Chamran University of Ahvaz*. 2001; 3(1): 73-102.  
<https://doi.org/10.22055/edus.2000.16084> **[In Persian]**
- 45-Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*. 1951(16): 297-334.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF02310555>
- 46-Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. New York: McGraw Hill; 1994.
- 47-Gray S, Woltering S, Mawjee K, Tannock R. The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): utility in college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *PeerJ*. 2014; 2: e324. <https://doi.org/10.7717/peerj.324>
- 30-Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHR) in college students of Shiraz University (Persian). *Journal of psychology*. 2002; 20(4): 381-98.  
[https://www.researchgate.net/publication/256840200\\_Validity\\_ane\\_Reliability\\_of\\_the\\_General\\_Health\\_Questionnaire\\_GHQ-28\\_in\\_College\\_Students\\_of\\_Shiraz\\_University](https://www.researchgate.net/publication/256840200_Validity_ane_Reliability_of_the_General_Health_Questionnaire_GHQ-28_in_College_Students_of_Shiraz_University)
- 31-Derogatis L, Lipman R, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. 1973; 9(1):13-28. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report - PubMed
- 32-Derogatis LR, Unger R. Symptom checklist-90-revised. *The Corsini encyclopedia of psychology*. 2010: 1-2.
- 33-Fallahi Kheshtmasjedi M. *Normalizing SCL-90-R*. Tehran: Islamic Azad University Central Tehran Branch; 2003.
- 34-De Vries LP, van de Weijer MP, Ligthart L, Willemsen G, Dolan CV, Boomsma DI, et al. A Comparison of the ASEBA Adult Self Report (ASR) and the Brief Problem Monitor (BPM/18-59). *Behavior Genetics*. 2020; (50): 363-73. A Comparison of the ASEBA Adult Self Report (ASR) and the Brief Problem Monitor (BPM/18-59) | Behavior Genetics
- 35-Farahani H, Roshan Chasli R. Essentials for Developing and Validating Psychological Scales: Guide to Best Practices. *Journal of Clinical Psychology and Personality*. 2020; 17(2): 197-212.  
[https://www.researchgate.net/publication/341479935\\_Essentials\\_for\\_developing\\_and\\_validating\\_psychological\\_scales\\_Guide\\_to\\_best\\_practices](https://www.researchgate.net/publication/341479935_Essentials_for_developing_and_validating_psychological_scales_Guide_to_best_practices)
- 36-Asghari Moghaddam M, Saed F, Dibajnia P, Zangane J. A Preliminary Validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non-Clinical Sample. *Daneshvar Raftar*. 200Behavior23-38.
- 37-Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995; 33(3): 335-43.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- 38-Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Journal of Developmental Psychology, Iranian Psychologists*. 2005; 1(4): 299-310.  
[www2.psy.unsw.edu.au/dass/Persian/Sahebi\\_article\\_IJP.pdf](http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Persian/Sahebi_article_IJP.pdf) **[In Persian]**

پاسخ‌دهنده گرامی، در ادامه این صفحات پرسش‌نامه‌هایی را مشاهده می‌نمایید که در مورد برخی ویژگی‌های رفتاری افراد است. خواهشمندیم به دستورالعمل‌های هر پرسش‌نامه توجه نموده؛ پس از مطالعه دقیق به آن‌ها پاسخ دهید. هدف از اجرای این پرسش‌نامه‌ها انجام پژوهش دانشگاهی است، بدین خاطر نام و نام خانوادگی شما مورد نیاز نیست. در صورتی که علاقه‌مند هستید از برخی از ویژگی‌های رفتاری خود اطلاع کسب کنید، لطفاً شماره تماس یا آدرس رایانامه (e-mail) خود را در این برگه بنویسید تا بعد از انجام و نهایی شدن پژوهش نتایج شما خدمتتان ارسال گردد. با تشکر از همکاری شما.

|  |  |                             |  |               |  |
|--|--|-----------------------------|--|---------------|--|
| جنسیت: <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر |  | سن:                         |  | قومیت:        |  |
| رشته:  |  | دانشکده:                    |  | مقطع تحصیلی:  |  |
| تحصیلات پدر:   |  | شغل پدر:                    |  | تحصیلات مادر: |  |
| شغل مادر:  |  | شماره تماس (در صورت تمایل): |  |               |  |
| کد: F101   |  |                             |  |               |  |

### پرسش‌نامه پایش مختصر مشکلات

در زیر فهرستی از موادی آمده که مردم را توصیف می‌کند. لطفاً هر مورد را نمره‌گذاری کنید تا خود را در حال حاضر و یا در ۳۰ روز گذشته، توصیف نمایید. اگر ماده‌ای بسیار درست است لطفاً دور عدد ۲ خط بکشید. اگر ماده‌ای تا اندازه‌ای درست است دور عدد ۱ خط بکشید. و اگر ماده‌ای درست نیست دور عدد ۰ خط بکشید. لطفاً تا آن‌جا که می‌توانید تمام مواد را نمره‌گذاری کنید حتی اگر به نظر نمی‌رسد که بعضی از آن‌ها به شما ربط داشته باشد.

۰ = درست نیست (تا آن‌جا که شما می‌دانید)      ۱ = تا حدی درست      ۲ = بسیار درست

| نظرات  | ۰ | ۱ | ۲ |
|--|---|---|---|
| ۱. ناتوانی در تمرکز، ناتوانی در حفظ کردن توجه خود برای مدت طولانی. |   |   | ۲ |
| ۲. احساس بی‌ارزشی یا حقارت کردن.                                   |   | ۱ | ۲ |
| ۳. تکانشی یا بدون فکر عمل کردن.                                    |   | ۱ | ۲ |
| ۴. نداشتن اعتماد به نفس.   |   | ۱ | ۲ |
| ۵. مورد علاقه دیگران نبودن.  |   | ۱ | ۲ |
| ۶. اشکال در برنامه‌ریزی برای آینده.                                |   | ۱ | ۲ |
| ۷. شکست در تمام کردن چیزهایی که باید انجام شود.                    |   | ۱ | ۲ |
| ۸. عملکرد شغلی ضعیف.   |   | ۱ | ۲ |
| ۹. اشکال در تعیین اولویت.  |   | ۱ | ۲ |
| ۱۰. اشکال در دوست‌یابی یا حفظ دوستی.                               |   | ۱ | ۲ |
| ۱۱. رفتار بسیار متغیر.   |   | ۱ | ۲ |
| ۱۲. اشکال در تصمیم‌گیری.   |   | ۱ | ۲ |
| ۱۳. زود جوش آوردن.   |   | ۱ | ۲ |
| ۱۴. تهدید به آسیب زدن به مردم.                                     |   | ۱ | ۲ |
| ۱۵. ناخشنود، غمگین، و افسرده.                                      |   | ۱ | ۲ |
| ۱۶. احساس ناتوانی در موفق شدن.                                     |   | ۱ | ۲ |
| ۱۷. بسیار آسان ناراحت شدن.   |   | ۱ | ۲ |
| ۱۸. بسیار ناشکیبا.   |   | ۱ | ۲ |

پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس

| خیلی زیاد | تا حد زیادی | تا حدی | اصلاً |  |
|-----------|-------------|--------|-------|--|
|           |             |        |       | پاسخ‌دهنده گرامی، لطفا عبارات زیر را به دقت بخوانید و در مقابل یکی از گزینه‌ها که به بهترین وجه وضعیت شما را در هفته گذشته منعکس می‌کند علامت بزنید. به یاد داشته باشید، برای این عبارات پاسخ صحیح یا غلط وجود ندارد، بلکه آن چه مهم است میزان انطباق هر عبارت با وضعیت شما در هفته گذشته است. |
|           |             |        |       | ۱. دهانم خشک می‌شد.  |
|           |             |        |       | ۲. نمی‌توانستم هیچ‌گونه احساس خوشایندی را تجربه کنم.   |
|           |             |        |       | ۳. نفس کشیدن برایم مشکل بود (مثلاً تنفس کوتاه و بریده بریده یا به شماره افتادن نفس بدون آن که فعالیت جسمی شدیدی انجام داده باشم).  |
|           |             |        |       | ۴. میل داشتم نسبت به موقعیت‌ها و شرایط واکنش‌های تندی نشان دهم.  |
|           |             |        |       | ۵. رسیدن به آرامش برایم مشکل بود.  |
|           |             |        |       | ۶. احساس می‌کردم چیزی که مشتاقانه منتظرش باشم وجود ندارد.  |
|           |             |        |       | ۷. احساس می‌کردم که باید انرژی فکری زیادی مصرف کنم.  |
|           |             |        |       | ۸. احساس می‌کردم که ارزش انسان بودن را ندارم.  |
|           |             |        |       | ۹. احساس می‌کردم که بسیار حساس و زودرنج هستم.  |
|           |             |        |       | ۱۰. بدون دلیل می‌ترسیدم.   |
|           |             |        |       | ۱۱. خارج شدن از حال هیجانی شدید و رسیدن به آرامش برای دشوار بود.   |
|           |             |        |       | ۱۲. بدون این که فعالیت شدیدی انجام داده باشم ضربان قلبم را احساس می‌کردم (مثلاً احساس می‌کردم ضربان قلبم افزایش یافته یا قلبم دیگر نمی‌تپد).   |
|           |             |        |       | ۱۳. احساس گرفتگی و دلتنگی می‌کردم.   |
|           |             |        |       | ۱۴. احساس می‌کردم که نزدیک است هراس و وحشت بر من مستولی شود.   |
|           |             |        |       | ۱۵. احساس می‌کردم که نمی‌توانم نسبت به چیزی علاقه‌مند باشم.  |
|           |             |        |       | ۱۶. نسبت به هر چیزی که مرا از انجام کاری که به آن مشغول بودم باز می‌داشت، بی‌تحمل بودم.  |
|           |             |        |       | ۱۷. احساس می‌کردم که زندگی پوچ و بی‌معنی است.  |
|           |             |        |       | ۱۸. احساس بی‌قراری می‌کردم.  |
|           |             |        |       | ۱۹. درباره موقعیت‌هایی که ممکن است با قرار گرفتن در آن‌ها دچار وحشت شوم و کار احمقانه‌ای از من سر زند، نگران بودم.   |
|           |             |        |       | ۲۰. لرزش داشتم (مثلاً دست‌هایم می‌لرزید).  |
|           |             |        |       | ۲۱. برداشتن قدم نخست برای شروع کارها، برایم سخت بود.   |



پرسش نامه سلامت عمومی

|  |                |                     |                     |                      |
|--|----------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| پاسخ‌دهنده گرامی، می‌خواهیم بدانیم که در چند هفته گذشته، ناراحتی جسمانی داشته‌اید و یا به طور کلی، وضع عمومی سلامت شما چگونه بوده است. لطفاً دور پاسخی که فکر می‌کنید بیشتر از پاسخ‌های دیگر با وضع شما مطابقت دارد، یک دایره بکشید. یادتان باشد که ما می‌خواهیم وضع کنونی شما را بدانیم و نه آن چه در گذشته وجود داشته است. |                |                     |                     |                      |
| احساس کرده‌اید که حال‌تان بسیار خوب است و از سلامت خوبی برخوردارید؟  | بیش از معمول   | در حد معمول         | بدتر از معمول       | بسیار بدتر از معمول  |
| ۲. احساس کرده‌اید که به یک داروی نیروبخش موثر احتیاج دارید؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۳. احساس کرده‌اید که نیروی کافی ندارید و حال‌تان خوش نیست؟   | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۴. احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۵. دچار سردردهایی شده‌اید؟   | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۶. در سر خود احساس سنگینی و فشار کرده‌اید؟   | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۷. احساس سرمای شدید یا گرگرفتگی کرده‌اید؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۸. خواب‌تان به دلیل نگرانی زیاد بسیار کم شده است؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۹. اغلب هنگام شب، پس از به خواب رفتن از خواب بیدار شده‌اید؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۱۰. احساس کرده‌اید که مدام خسته‌اید؟   | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۱۱. عصبی و بدخلق شده‌اید؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۱۲. بی‌دلیل از چیزی ترسیده و یا دچار وحشت‌زدگی شده‌اید؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۱۳. احساس می‌کنید که همه چیز از اختیار شما خارج شده است؟   | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۱۴. همواره عصبی و برآشفته هستید؟   | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۱۵. به گونه‌ای برنامه‌ریزی کرده‌اید که خود را مشغول و سرگرم نگه دارید؟   | بیش از معمول   | در حد معمول         | کمتر از حد معمول    | بسیار کمتر از معمول  |
| ۱۶. برای انجام کارها بیش از گذشته وقت صرف کرده‌اید؟  | کمتر از معمول  | در حد معمول         | بیشتر از معمول      | بسیار بیشتر از معمول |
| ۱۷. روی هم‌رفته احساس می‌کنید کارها را خوب انجام داده‌اید؟   | بهرتر از معمول | تقریباً در حد معمول | بدتر از معمول       | بسیار بدتر از معمول  |
| ۱۸. از روشی که برای انجام وظایف خود به کار برده‌اید راضی هستید؟  | بیش از معمول   | تقریباً در حد معمول | کمتر از معمول       | بسیار کمتر از معمول  |
| ۱۹. احساس می‌کنید که نقش موثری در کارها دارید؟   | بیش از معمول   | در حد معمول         | کمتر از معمول       | بسیار کمتر از معمول  |
| ۲۰. احساس می‌کنید قادر به تصمیم‌گیری در امور هستید؟  | بیش از معمول   | در حد معمول         | کمتر از معمول       | بسیار کمتر از معمول  |
| ۲۱. می‌توانید از انجام فعالیت‌های عادی خود لذت ببرید؟  | بیش از معمول   | در حد معمول         | کمتر از معمول       | بسیار کمتر از معمول  |
| ۲۲. خود را فرد بی‌ارزشی می‌دانید؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۲۳. احساس می‌کنید زندگی کاملاً ناامیدکننده است؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۲۴. احساس می‌کنید زندگی ارزش زنده ماندن را ندارد؟  | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۲۵. درباره امکاناتی فکر کرده‌اید که می‌توانند شما را از شر خودتان خلاص کنند؟   | هرگز           | چنین فکر نمی‌کنم    | گاهی به ذهنم می‌آید | قطعاً چنین است       |
| ۲۶. بارها فکر کرده‌اید که به علت ناراحتی عصبی هیچ کاری را نمی‌توانید انجام دهید؟   | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۲۷. احساس می‌کنید که آرزو دارید بمیرید و از همه چیز راحت شوید؟   | به هیچ وجه     | نه بیش از معمول     | بیش از معمول        | بسیار بیشتر از معمول |
| ۲۸. احساس می‌کنید که فکر از بین بردن خود، ذهنتان را مشغول می‌کند؟  | هرگز           | چنین فکر نمی‌کنم    | گاهی به ذهنم می‌آید | قطعاً چنین است       |

### پرسش‌نامه خودگزارشی نقص توجه و بیش‌فعالی بزرگسالان

| هرگز | به ندرت | گاهی اوقات | اغلب | تقریباً همیشه |  |
|------|---------|------------|------|---------------|--|
|      |         |            |      |               | پاسخ‌دهنده گرامی، خواهشمند است پرسش‌های زیر را به دقت مطالعه نموده و پاسخ هر پرسش را با توجه به وضعیت و احساس خود در ۶ ماه گذشته در سمت چپ با گذاشتن علامت ضربدر (x) در مربع مربوط، مشخص نمایید. لطفاً به تمامی پرسش‌ها پاسخ دهید. |
|      |         |            |      |               | ۱. پس از انجام قسمت‌های چالش‌انگیز یک طرح یا برنامه، برای اتمام جزئیات نهایی آن چه قدر دچار مشکل می‌شوید؟  |
|      |         |            |      |               | ۲. چه قدر برای انجام کارها با تکالیفی که نیازمند نظم و سازمان‌دهی هستند، دچار مشکل می‌شوید؟  |
|      |         |            |      |               | ۳. برای به یاد آوردن قرار ملاقات‌ها یا تعهدات و وظایف‌تان چه قدر دچار مشکل می‌شوید؟  |
|      |         |            |      |               | ۴. وقتی باید کاری انجام دهید که نیازمند تفکر زیاد است، چه قدر از انجام آن کار خودداری می‌کنید یا انجام آن را به تاخیر می‌اندازید؟  |
|      |         |            |      |               | ۵. وقتی مجبورید برای مدتی طولانی یک جا بنشینید، چه قدر سر جای‌تان تکان می‌خورید (وول می‌خورید) یا با دست و پایتان بازی می‌کنید؟  |
|      |         |            |      |               | ۶. چه قدر احساس می‌کنید بیش از حد فعالیت و مجبورید کاری انجام دهید؛ گویی عاملی شما را به حرکت وامی‌دارد؟   |
|      |         |            |      |               | ۷. وقتی کاری کسل‌کننده یا دشوار را انجام می‌دهید، چه قدر مرتکب اشتباهاتی می‌شوید که ناشی از بی‌دقتی است؟   |
|      |         |            |      |               | ۸. هنگام انجام یک کار کسل‌کننده و تکراری، چه قدر برای متمرکز کردن حواستان دچار مشکل می‌شوید؟   |
|      |         |            |      |               | ۹. وقتی شخصی مستقیماً با شما صحبت می‌کند، چه قدر برای تمرکز کردن روی آن چه به شما می‌گوید دچار مشکل می‌شوید؟   |
|      |         |            |      |               | ۱۰. در خانه یا محل کار، چه قدر در به یاد آوردن محل قراردادن شیئی یا در پیدا کردن آن دچار مشکل می‌شوید؟   |
|      |         |            |      |               | ۱۱. چه قدر فعالیت‌ها یا سر و صداها اطراف حواستان را پرت می‌کند؟  |
|      |         |            |      |               | ۱۲. در جلسات یا دیگر موقعیت‌هایی که لازم است مدتی را به صورت نشسته بمانید، چه قدر صندلی‌تان را ترک می‌کنید؟  |
|      |         |            |      |               | ۱۳. هر چند وقت یک بار، احساس بی‌قراری و بی‌تابی می‌کنید؟   |
|      |         |            |      |               | ۱۴. در اوقات فراغت، چه قدر استراحت کردن و آرامش داشتن برای‌تان مشکل است؟   |
|      |         |            |      |               | ۱۵. هنگامی که در یک مجلس یا جمعی هستید، چه قدر احساس می‌کنید که بیش از حد حرف می‌زنید؟   |
|      |         |            |      |               | ۱۶. هنگام گفت‌وگو با دیگران، چه قدر جملات آن‌ها را کامل می‌کنید قبل از این که خودشان حرف‌شان را تمام کنند؟   |
|      |         |            |      |               | ۱۷. در مواقعی که حفظ نوبت ضروری است، چه قدر منتظر ماندن برای‌تان مشکل است؟   |
|      |         |            |      |               | ۱۸. هنگامی که دیگران مشغول انجام کاری هستند، چه قدر مزاحم کار آن‌ها می‌شوید؟   |

پرسش‌نامه سیاهه نشانه‌های بیماری

| خیلی زیاد | زیاد | تا حدی | کمی | هیچ |   |
|-----------|------|--------|-----|-----|---|
|           |      |        |     |     | پاسخ‌دهنده گرامی، در زیر فهرستی از مشکلات و شکایاتی است که مردم برخی مواقع بیان می‌کنند. لطفا هرکدام را با دقت بخوانید و دور عددی که به بهترین شکل وضعیت شما در هفته گذشته توصیف می‌کند خط بکشید.<br>لطفا برای هر عبارت تنها یک گزینه را انتخاب کنید. |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱. آیا بی‌جهت دل‌شوره دارید و توی دل‌تان می‌لرزد؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲. آیا ضعف می‌کنید و سرتان گیج می‌رود؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳. آیا فکر می‌کنید که اختیار فکرهای شما به دست دیگران است؛ یعنی افکار شما را دیگران کنترل می‌کنند و یا با دستگاه‌هایی از راه دور مغز یا فکر شما را در اختیار خود دارند؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴. آیا احساس می‌کنید به‌خاطر بیشتر گرفتاری‌های شما دیگران را باید سرزنش کرد؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۵. آیا فراموش کار شده‌اید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۶. آیا زود دلخور و عصبانی می‌شوید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۷. در ناحیه قلب یا سینه احساس دردهایی داشته‌اید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۸. آیا از رفتن به جاهای وسیع و یا کوچه و بازار می‌ترسید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۹. آیا فکر اینکه به زندگیتان خاتمه بدهید به سرتان آمده‌است؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۰. آیا احساس می‌کنید که به بیشتر مردم نمی‌توان اعتماد کرد؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۱. آیا بی‌اشتها شده‌اید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۲. آیا ناگهان و بدون هیچ علتی می‌ترسید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۳. آیا ناگهان آنچنان از کوره در می‌روید که نمی‌توانید جلوی خودتان را بگیرید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۴. آیا در میان جمع هم خود را تنها حس می‌کنید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۵. آیا احساس می‌کنید که کارهایتان پیشرفت نمی‌کند مثل این که گره در کارتان افتاده باشد؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۶. آیا احساس تنهایی می‌کنید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۷. آیا احساس غمگینی می‌کنید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۸. آیا نسبت به همه چیز بی‌علاقه شده‌اید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۱۹. آیا همیشه احساس ترس می‌کنید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۰. آیا حساس و زود رنج شده‌اید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۱. آیا فکر می‌کنید که رفتار مردم نسبت به شما غیر دوستانه است؛ یا آن که شما را دوست ندارند؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۲. در میان کسانی که مثل شما هستند؛ احساس می‌کنید از آن‌ها کمتر هستید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۳. حالت تهوع یا دل‌آشوبی داشته‌اید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۴. آیا احساس می‌کنید که دیگران شما را زیر نظر دارند و یا درباره شما با دیگران حرف می‌زنند؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۵. آیا دیر خواب‌تان می‌برد؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۶. وقتی کاری را انجام می‌دهید آیا مجبور هستید آن را چند بار تکرار کنید تا مطمئن شوید آن را درست انجام داده‌اید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۷. آیا تصمیم گرفتن برایتان مشکل است؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۸. آیا از مسافرت با اتوبوس یا قطار یا هر وسیله نقلیه عمومی دیگر می‌ترسید؟  |

### ادامه پرسش‌نامه سیاهه نشانه‌های بیماری

| خیلی زیاد | زیاد | تا حدی | کمی | هیچ |  |
|-----------|------|--------|-----|-----|--|
|           |      |        |     |     | پاسخ‌دهنده گرامی، در زیر فهرستی از مشکلات و شکایاتی است که مردم برخی مواقع بیان می‌کنند. لطفا هر کدام را با دقت بخوانید و دور عددی که به بهترین شکل وضعیت شما در هفته گذشته توصیف می‌کند خط بکشید.<br>لطفا برای هر عبارت تنها یک گزینه را انتخاب کنید. |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۲۹. آیا دچار تنگی نفس شده‌اید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۰. آیا ناگهان احساس می‌کنید که گر گرفته‌اید (داغ شده‌اید) و یا یخ می‌کنید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۱. آیا مجبور هستید بعضی کارها را نکنید و یا بعضی جاها نروید یا دست به بعضی چیزها نزنید برای اینکه از آن‌ها بی‌دلیل می‌ترسید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۲. آیا اتفاق می‌افتد حس کنید که نمی‌توانید فکر بکنید مثل این که سرتان از فکر خالی است؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۳. آیا قسمت‌هایی از بدنتان خواب می‌رود یا گزگز (سوزن سوزن) می‌شود؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۴. آیا فکر می‌کنید که آن‌قدر گنه‌کارید که باید عذاب و عقوبت ببینید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۵. آیا نسبت به آینده ناامید هستید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۶. آیا وقتی کاری را انجام می‌دهید برای‌تان مشکل است که تمام حواس‌تان را جمع آن بکنید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۷. آیا در بعضی قسمت‌های بدن‌تان احساس ضعف می‌کنید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۸. آیا عصبی (کم تحمل) هستید و زود از جا در می‌روید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۳۹. آیا فکرهای زیادی درباره مرگ و مردن دارید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۰. آیا حس می‌کنید که میل شدیدی به کتک‌زدن و آسیب رساندن به دیگران دارید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۱. آیا گاهی حس می‌کنید که دل‌تان می‌خواهد چیزی را پرت کنید؛ خرد کنید؛ بشکنید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۲. آیا وقتی با دیگران هستید زیاده از حد در فکر و رفتارتان مراقب هستید که مبادا کاری کنید که آبروی‌تان برود؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۳. آیا وقتی در جمع مردم هستید احساس ناراحتی و غریبگی می‌کنید مثل این‌که با آن‌ها فرق دارید یا این‌که از آن‌ها خجالت می‌کشید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۴. آیا نزدیک و صمیمی شدن با افراد برای‌تان خیلی مشکل است؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۵. آیا ناگهان دچار هول شدید و وحشت‌زدگی می‌شوید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۶. آیا زیادی درگیر می‌شوید و جرو بحث می‌کنید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۷. آیا وقتی تنها می‌مانید مضطرب می‌شوید؟ می‌ترسید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۸. آیا دیگران قدر و قیمت شما را نمی‌دانند؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۴۹. این روزها طوری بی‌قرار و ناآرام می‌شوید که نمی‌توانید یک جا بنشینید؟   |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۵۰. آیا فکر می‌کنید که آدم به‌دردنخور و بی‌ارزشی شده‌اید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۵۱. آیا حس می‌کنید که اگر به دیگران زیاد رو بدهید از شما سوءاستفاده کنند؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۵۲. آیا بیشتر اوقات احساس تقصیر و گناه می‌کنید؟  |
| ۴         | ۳    | ۲      | ۱   | ۰   | ۵۳. احساس می‌کنید دارای یک نوع ناراحتی روانی هستید یا چیزی ذهن شما را آزار می‌دهد؟   |

پرسش‌نامه‌ پرخاشگری اهواز

| همیشه | گاهی | به ندرت | هرگز | پاسخ‌دهنده‌ گرامی: لطفا عبارات زیر را به دقت بخوانید و در مقابل یکی از گزینه‌ها که به بهترین وجه وضعیت شما را به طور کلی منعکس می‌کند علامت بزنید. به یاد داشته باشید که برای این عبارات پاسخ صحیح یا غلط وجود ندارد، بلکه آنچه مهم است میزان انطباق هر عبارت با وضعیت شما است. |
|-------|------|---------|------|---|
|       |      |         |      | ۱. برخی مسائل جزئی و ناچیز مرا اذیت می‌کند.   |
|       |      |         |      | ۲. وقتی به وقایع گذشته نظر می‌کنم، بی‌اختیار رنجیده می‌شوم.   |
|       |      |         |      | ۳. کارهای زیادی می‌کنم که بعداً احساس ندامت می‌کنم.   |
|       |      |         |      | ۴. وقتی چیزهایی مانع تحقق یافتن برنامه‌ها و نقشه‌هایم می‌شوند، عصبانی می‌شوم.   |
|       |      |         |      | ۵. از بی‌انصافی دیگران عصبانی می‌شوم.   |
|       |      |         |      | ۶. تحمل شکست و ناکامی برای من خیلی مشکل است.  |
|       |      |         |      | ۷. حتی وقتی عصبانیت خود را از دیگران مخفی می‌کنم، مدت طولانی درباره‌ آن فکر می‌کنم.   |
|       |      |         |      | ۸. بعضی از دوستانم عاداتی دارند که مرا بسیار خشمگین می‌کنند.  |
|       |      |         |      | ۹. خودم را سرزنش می‌کنم.  |
|       |      |         |      | ۱۰. از کارهای احمقانه دیگران عصبانی می‌شوم.   |
|       |      |         |      | ۱۱. بار سنگینی روی دوشم احساس می‌کنم.   |
|       |      |         |      | ۱۲. وقتی مورد انتقاد قرار می‌گیرم، شدیداً خشمگین می‌شوم.  |
|       |      |         |      | ۱۳. از تأخیر و تعلل دیگران عصبانی می‌شوم.   |
|       |      |         |      | ۱۴. وقتی حرفم به کرسی نمی‌نشیند خیلی دلگیر می‌شوم.  |
|       |      |         |      | ۱۵. وقتی عصبانی می‌شوم کنترلی روی حرف‌هایم ندارم.   |
|       |      |         |      | ۱۶. وقتی که خشمگین می‌شوم به دیگران دشنام می‌دهم.   |
|       |      |         |      | ۱۷. آن‌قدر خشمگین می‌شوم که رفتارهای غیرمنطقی از من سر می‌زند.  |
|       |      |         |      | ۱۸. در مواضع فکری خود مقاوم و پایدار هستم.  |
|       |      |         |      | ۱۹. وقتی از کوره به در می‌روم، توی گوش دیگران می‌زنم.   |
|       |      |         |      | ۲۰. آن‌قدر عصبانی می‌شوم که چیزی را پرتاب می‌کنم.   |
|       |      |         |      | ۲۱. افکار بدی در سر می‌پرورانم که مرا دچار احساس شرمندگی می‌کند.  |
|       |      |         |      | ۲۲. دیگران مرا فردی خشن و پرخاشگری تلقی می‌کنند.  |
|       |      |         |      | ۲۳. اگر در مغازه‌ای، فروشنده‌ای با من بدرفتاری کند، جار و جنجال به راه می‌اندازم.   |
|       |      |         |      | ۲۴. اگر فردی مطلبی احمقانه بگوید حقش را کف دستش می‌گذارم.   |
|       |      |         |      | ۲۵. اگر یک اتومبیل در حین عبور از کنارم، احتیاط نکند، بر سر راننده‌ آن فریاد می‌کشم.  |
|       |      |         |      | ۲۶. با هر کسی که به من و یا خانواده‌ام توهین کند درگیر می‌شوم.  |
|       |      |         |      | ۲۷. اگر فردی به من صدمه بزند، من هم به او صدمه می‌زنم.  |
|       |      |         |      | ۲۸. به ورزش‌های خشن علاقه دارم.   |
|       |      |         |      | ۲۹. مردمی که آزارم می‌دهند، تنش‌ها را برای کتک می‌خارد.   |
|       |      |         |      | ۳۰. وقتی که دیگران با من مخالفت می‌کنند، با آن‌ها جر و بحث می‌کنم.  |

پرسش‌نامهٔ پایش مختصر مشکلات (فرم دیگری)

در زیر فهرستی از موادی آمده که مردم را توصیف می‌کند. لطفاً هر مورد را نمره‌گذاری کنید تا فردی را که ارزیابی می‌کنید را در حال حاضر و یا در ۳۰ روز گذشته، توصیف نمایید. اگر ماده‌ای بسیار درست است لطفاً دور عدد ۲ خط بکشید. اگر ماده‌ای تا اندازه‌ای درست است دور عدد ۱ خط بکشید. و اگر ماده‌ای درست نیست دور عدد ۰ خط بکشید. لطفاً تا آن‌جا که می‌توانید تمام مواد را نمره‌گذاری کنید حتی اگر به نظر نمی‌رسد که بعضی از آن‌ها به ایشان (فرد مورد ارزیابی) ربط داشته باشد.

۰ = درست نیست (تا آن‌جا که شما می‌دانید).  
 ۱ = تا حدی درست  
 ۲ = بسیار درست

| نظرات  | ۰ | ۱ | ۲ |
|--|---|---|---|
| ۱. ناتوانی در تمرکز، ناتوانی در حفظ کردن توجه خود برای مدت طولانی. | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲. احساس بی‌ارزشی یا حقارت کردن.                                   | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۳. تکانشی یا بدون فکر عمل کردن.                                    | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۴. نداشتن اعتماد به نفس.   | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۵. مورد علاقهٔ دیگران نبودن.                                       | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۶. اشکال در برنامه‌ریزی برای آینده.                                | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۷. شکست در تمام کردن چیزهایی که باید انجام شود.                    | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۸. عملکرد شغلی ضعیف.   | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۹. اشکال در تعیین اولویت.  | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۰. اشکال در دوست‌یابی یا حفظ دوستی.                               | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۱. رفتار بسیار متغیر.   | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۲. اشکال در تصمیم‌گیری.   | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۳. زود جوش آوردن.   | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۴. تهدید به آسیب زدن به مردم.                                     | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۵. ناخشنود، غمگین، و افسرده.                                      | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۶. احساس ناتوانی در موفق شدن.                                     | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۷. بسیار آسان ناراحت شدن.   | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱۸. بسیار ناشکیبا.   | ۰ | ۱ | ۲ |

# اعتباریابی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی

نویسندگان

احمد بایندریان<sup>۱</sup>، علی خدائی<sup>۲\*</sup>، امید شکری<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. ahmadbaindooryan@gmail.com

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

۳. استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. oshokri@yahoo.com

چکیده

**مقدمه:** والدین نخستین عوامل اجتماعی شدن کودکان و نوجوانان هستند، همچنان رصده حساس‌گونه نقش انکارناشدنی قلمرو مطالعاتی والدگری، در بین اولویت‌های تحقیقاتی محققان مختلف، از موقعیت ویژه‌ای برخوردار است. در این میان، از بین راهبردهای والدگری متفاوت، کنترل روان‌شناختی والدینی به طرز ویژه، مورد توجه بوده است؛ بنابراین این پژوهش با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین انجام شد.

**روش:** در این پژوهش پیمایشی توصیفی، ۳۰۰ نوجوان که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند به مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی (ژو، دو و پان، ۲۰۲۳م)، مقیاس والدگری توانمندساز (جک، سان، لوتون، چین و واترز، ۲۰۱۸م) و نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی هیجان (گارفنلسکی و کرایچ، ۲۰۰۶م)، پاسخ دادند. در پژوهش ژو و همکاران (۲۰۲۳م) نتایج روش‌های آماری تحلیل اکتشافی و تأییدی در نمونه‌های مستقلی از نوجوانان، از ساختاری مشتمل بر ۳ وجه القای ارتباطی، کنترل روان‌شناختی خشن و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، به طور تجربی، حمایت کردند.

**نتایج:** نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد، مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی با ساختاری مشتمل بر سه عامل القای ارتباطی، کنترل روان‌شناختی خشن و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، از روایی عاملی خوبی برخوردار بود. علاوه بر این، نتایج مربوط به همبستگی بین ابعاد کنترل روان‌شناختی والدینی با والدگری توانمندساز و راهبردهای انطباقی/ناانطباقی نظم‌بخشی شناختی هیجان در نوجوانان، از روایی همگرایی نسخه فارسی مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی، حمایت کرد. ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های القای ارتباطی، کنترل روان‌شناختی خشن و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ به دست آمد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** در مجموع، نتایج مربوط به روایی‌یابی نسخه فارسی مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی، شواهد مضاعفی را در حمایت از ماهیت چندبعدی کنترل روان‌شناختی والدینی و مفهوم‌پردازی‌های وابسته به فرهنگ زیرطبقات آن، فراهم آورد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۲/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۳/۰۴/۱۰



کلیدواژه‌ها

کنترل روان‌شناختی، والدگری، ویژگی‌های روان‌سنجی، اعتباریابی.

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

alikhodaei@pnu.ac.ir

## مقدمه

جهان روان‌شناختی و احساس فردیت کودک و نوجوان انحراف نشان می‌دهند و سبب نادیده‌گیری نیازهای روان‌شناختی بنیادین وی می‌شود؛ بنابراین با فشار روانی مضاعف دچار احساس حقارت می‌شود و بر مدل تحول کودک و نوجوان، تأثیر مخرب غیرقابل انکاری دارد [۷ و ۸]. در این بین، نتایج برخی مطالعات با تأکید بر تأثیر فرابافتاری برخی از وجوه کنترل روان‌شناختی، به طور باثباتی از اثرات کاهنده کنترل روان‌شناختی بر بهزیستی کودکان و نوجوان پرده برداشته‌اند [۹]. البته، نتایج مطالعاتی دیگری مانند شک و ژو [۱۰] و ژو و شک [۱۱] نشان داده‌اند، تحلیل ویژگی‌های کارکردی اشکال مختلف کنترل‌گری روان‌شناختی باید در بستر عنصر بافتاری فرهنگ رصد شود. به بیان دیگر، تمایز در محتوای ارزشی بافتار غالب، الگوی تأثیرات اشکال مختلف کنترل‌گری روان‌شناختی را متفاوت ساخته است [۱۲]. البته، نتایج مطالعه فراتحلیل یان و همکاران [۲]، از نقش تعدیل‌گر عنصر بافتاری فرهنگ در متن مرور رفتارهای ناظر بر کنترل‌گری روان‌شناختی والدین، باز ماند. در مجموع، چنین الگوی پیچیده‌ای از یافته‌ها نشان‌دهنده آن است که اگر برخی اشکال کنترل‌گری روان‌شناختی والدین دارای کارکردی فرابافتاری هستند، اشکال دیگری از این راهبرد، وابسته به بافت، نقش می‌آفرینند. در فرهنگ‌های غربی و متمایل به ارزش‌های فردگرا، برای خودمختاری، استقلال و تفرد به عنوان بلوک‌های سازنده ادراک از خود و تحول سالم کودک، ارزش‌گذاری می‌شود و در جوامع جمع‌گرا، برای بهم‌وابستگی و روابط متقابل در خانواده، اولویت‌گذاری می‌گردد [۱۳]. برای مثال والدین چینی خود را موظف می‌دانند که زندگی فرزندانشان را در ساحت‌های مختلفی مانند پیشرفت تحصیلی، سازگاری رفتاری، هیجانی و اجتماعی مدیریت کنند و البته به آنها کمک می‌کنند که با اجتماع پیرامون خود سازگار شوند [۱۴]؛ بنابراین در جوامع متمایل به ارزش‌های جمع‌گرا، برای تسهیل درک اولویت‌های جامعه‌پذیری، به جای طرد و خصومت، از القای احساس گناه<sup>۸</sup> به عنوان یک راهبرد کنترل‌گری روان‌شناختی، استفاده می‌شود [۱۵]. برای مثال، در برخی جوامع جمع‌گرا مانند فرهنگ چینی، احساس گناه به عنوان

مرور نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد، در سال‌های اخیر محققان کوشیده‌اند روند شتابان افول در شاخص‌های بهزیستی نوجوانان را پس از همه‌گیری بیماری کووید ۱۹، در کانون توجه قرار دهند [۱]. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد، از آنجاکه والدین، نخستین عوامل اجتماعی شدن کودکان و نوجوانان تلقی می‌شوند، همچنان رصد حساس‌گونه نقش انکارناشدنی قلمرو مطالعاتی والدگری، در متن اولویت‌های تحقیقاتی محققان مختلف، از موقعیت ویژه‌ای برخوردار است [۲]. در این بخش، از میان راهبردهای والدگری متفاوت، کنترل روان‌شناختی والدینی<sup>۱</sup>، به طرز خاص مورد توجه بوده است [۳]. در مقایسه با کنترل رفتاری والدین<sup>۲</sup> که به اقتدار و وظایف والد درباره رفتارها و فعالیت‌های کودک و نوجوان مربوط می‌شود و اغلب با پیامدهای تحولی مثبت و مطلوبی در کودکان همراه است، کنترل روان‌شناختی به نوع کژکارکردی از کنترل والدینی اشاره می‌کند که بیانگر استیلای ناروای والدین بر افکار و احساسات کودکان از طریق گروه وسیعی از راهبردهای مخرب و مزاحم است [۴]. این راهبردها عبارتند از: عدم ارزش‌گذاری برای احساسات کودک<sup>۳</sup> (نارزنده‌سازی افکار و احساسات کودک)، محدودسازی بیان کلامی<sup>۴</sup> (جلوگیری یا قطع بیان کودک)، حمله فردی<sup>۵</sup> (حمله به هویت و احساس خودارزشمندی کودک)، القای احساس گناه و احساس شرم<sup>۶</sup> (برانگیختن احساس گناه و احساس شرمساری در کودک) و طفره رفتن از دوست داشتن<sup>۷</sup> (تهدید کردن کودک به دوست نداشتن یا فقدان واقعی محبت، عشق و توجه والدینی). براین‌اساس، کنترل روان‌شناختی از طریق رجوع به رویه‌های قهرآمیز، نفوذ به حوزه شخصی و بی‌احترامی به فردیت، مفهوم‌سازی می‌شود [۵ و ۶].

نتایج مطالعات مختلف نشان داده‌اند، از آنجاکه تاکتیک‌های معطوف بر کنترل روان‌شناختی والدینی، از

1. Parental Psychological Control.
2. Parental Behavioral Control.
3. Invalidating Children's Feelings.
4. Constraining Verbal Expression.
5. Personal Attack.
6. Shaming and Guilty Induction.
7. Love Withdrawal.

8. Guilt Induction.



مطالعاتی تلقی می‌شود [۲۱]. طبق دیدگاه ژو و همکاران [۲۱]، تحقق دغدغه معماری چندبُعدی بنای مفهومی سازه کنترل روان‌شناختی والدینی، در بستر روی‌آوری ارزیابانه به دیرینه اطلاعاتی پیرامون سنجش کنترل‌گری روان‌شناختی والدین، معنا می‌یابد. در تعقیب بافتاری حدود و ثغور معنایی کنترل روان‌شناختی والدینی، تمایزگذاری بین کنترل روان‌شناختی خشن<sup>۴</sup> و القای ارتباطی<sup>۵</sup>، از اهمیت زیادی برخوردار است [۸]. کنترل روان‌شناختی خشن با شمول شناساننده‌هایی مانند محدودسازی بیان کلامی، نامعتبرسازی و حمله فردی، بیانگر خشونت و طرد والدینی نسبت به کودک است که اثرات مخرب آن، فرابافتاری است. در مقابل، در جوامع جمع‌گرا، از آنجاکه راهبرد القای ارتباطی با شمول قطعاتی مفهومی مانند القای احساس گناه، شرمسار ساختن و کناره‌گیری از محبت، اساساً با هدف تشویق کودکان برای استفاده از هنجارهای اجتماعی انتخاب می‌شوند؛ بنابراین در این بافت‌ها از ضریب تخریب کمتری برخوردارند [۸ و ۲۲]. علاوه بر این، فانگ و لائو [۸] اگر چه بنیان مفهومی زیربنایی روی‌آوری چندوجهی را نسبت به سازه کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی توسعه داده‌اند، اما تأکید آنها بر گروه‌بندی وجوهی چندگانه از رفتارهای کنترل‌گر روان‌شناختی ذیل طبقات و ابعادی وسیع‌تر، فاقد توجه مفهومی مکفی بوده است. در این بخش، اصرار محققان بر توسعه‌مندی ابعاد مفهومی کلان‌تری از کنترل‌گری‌های روان‌شناختی با شمول اشکال متفاوتی از زیرطبقات معطوف بر مفهوم مزبور سبب شده است که انتخاب زیرگروه‌های شکل‌دهنده به ابعاد کلان‌تر کنترل‌گری نه با تأسی از موضعی جامع‌نگر که بر اساس تلاشی مقتصدانه انجام شود [۲۳]. همچنین، باربر و همکاران [۲۴]، چی و همکاران [۱۲] و یو و همکاران [۳] یادآوری می‌کنند که تجمیع اشکالی از زیرگروه‌های رفتارهای کنترل‌گر روان‌شناختی ذیل یک طبقه مفهومی واحد به طرز انجام شده است که با رجوع به روی‌آوری بافتی‌نگر، ضرورتاً اجتماع یافتگی نشانگرهای کنترل‌گری، مشابهت در کارکردهای زیرگروه‌های متعلق به هر طبقه مفهومی کلان را سبب نمی‌شود [۲۵]. برای مثال فانگ و همکاران [۱۴]، تأکید می‌کنند که تمایز یافتگی در گنش‌وری زیرگروه‌هایی

یک عنصر بنیادین اخلاقی و نشانگری از تقوای فرزند<sup>۱</sup> یا فضیلت احترام به والدین و بزرگان، تلقی می‌شود که کمک می‌کند تعهدات و وظایف در متن تعاملات بین‌فردی تحقق یابند [۱۶].

مرور شواهد نشان می‌دهد، دغدغه سنجش ایده خطیر کنترل‌گری روان‌شناختی والدین، همواره در زمره اولویت‌های اساسی محققان علاقه‌مند به این قلمرو مطالعاتی بوده است. در بافت‌های غربی، برای غالب محققان استفاده از مقیاس کنترل روان‌شناختی<sup>۲</sup> [۱۷] با ۸ ماده و شمول قلمروهایی مانند محدودسازی بیان کلامی، نامعتبرسازی، کناره‌گیری از محبت و حمله فردی، یک اولویت بوده است. محققان یادآوری می‌کنند که با وجود آن که خاستگاه مفهومی زیربنایی مقیاس کنترل روان‌شناختی، انواع متفاوتی از شناساننده‌های کنترل‌گری روان‌شناختی والدین را شامل می‌شود، اما از شمول القای احساس گناه و شرم که اغلب در جوامع جمع‌گرا متداول است، باز مانده است [۱۸]. علاوه بر این، با وجوه شواهد متقنی در دفاع از ساختار چندوجهی سازه کنترل‌گری روان‌شناختی، اصرار بر ساختاری تک‌عاملی و برخوردار از کمترین تعداد ماده، فقط سبب می‌شود که سازه مزبور به طرز کلی و نه با تأکیدی مکفی بر یکایک شناساننده‌های آن سنجش شود [۱۹]. براین اساس، وانگ، پومرانز و چن [۲۰] کوشیدند با توسعه نسخه تجدیدنظرشده شاخص کنترل‌گری روان‌شناختی والدین، ساختاری مشتمل بر سه وجه القای احساس گناه، کناره‌گیری از عشق و ابرازگری اقتدارمابانه<sup>۳</sup> را برای آن برگزینند. محدودیت این ابزار سنجش نیز این بود که همگرایی معنایی وجوه منتخب برای بنای مفهومی آن سبب می‌شد که همچنان سنجش شناساننده‌های کنترل‌گری روان‌شناختی با تأکید بر کارکرد اختصاصی ابعاد سازنده این مفهوم، انجام نشود. طبق دیدگاه یو و همکاران [۳]، چنین چالشی، وجه اختصاصی مشخصه‌های کارکردی ابعاد چندگانه سازه چندوجهی کنترل‌گری روان‌شناختی را محدود می‌سازد.

براین اساس، در شرایط فعلی، تلاش برای مفهوم‌پردازی چندوجهی و بافتاری از سازه کنترل روان‌شناختی والدینی، چالشی اساسی برای محققان علاقه‌مند به این قلمرو

4 . Harsh Psychological Control.  
5 . Relational Induction.

1 . Filial Piety.  
2 . Psychological Control Scale.  
3 . Authority Assertion.

حمایت کردند. علاوه بر این، همبستگی مثبت بین وجوه ادراک نوجوانان از کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی با طرد والدینی و همبستگی منفی ابعاد کنترل‌گری با گرمی والدینی، شواهد مضاعفی در دفاع از روایی ملاکی مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی، فراهم آورد.

بسنجی بنیان مفهومی نسخه ۳۰ ماده‌ای مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین و مقبولیت مشخصه‌های فنی روایی و پایایی آن با برخورداری از ساختاری چندبُعدی، سبب شد که محققان در این پژوهش، ویژگی‌های روان‌سنجی و روایی عاملی نسخه فارسی مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی را، بررسی کنند؛ بنابراین، این پژوهش با هدف تحلیل روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس چندبُعدی کنترل روان‌شناختی والدینی، انجام شد.

### روش

در این پژوهش پیمایشی - توصیفی، موافق با پیشنهاد کلاین [۲۷]، با رجوع به قاعده تطابق بین تعداد ماده‌های آزمون و تعداد مشارکت‌کنندگان و بر اساس قاعده ۱۰ به ۱، به ازای ۳۰ ماده مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی، تعداد ۳۰۰ مشارکت‌کننده انتخاب شدند. در این پژوهش، پسران نوجوانی (با میانگین سنی ۱۴/۱۹ سال و انحراف استاندارد ۰/۶۷ و با کمینه و بیشینه ۱۳ تا ۱۵ سال) شرکت کردند و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش، تعداد ۱۰۱ نوجوان (برابر با ۳۴ درصد) از پایه هفتم، تعداد ۱۰۷ نوجوان (برابر با ۳۶ درصد) از پایه هشتم و در نهایت، تعداد ۹۲ نوجوان (برابر با ۳۰ درصد) از پایه نهم انتخاب شدند. در این پژوهش، هیچ یک از مشارکت‌کنندگان در مرحله غربالگری داده‌ها حذف نشدند.

### ابزارهای سنجش

**مقیاس والدگری توانمندساز<sup>۳</sup>.** جک و همکاران [۲۸]، با رجوع به موضع‌گیری واترز [۲۹]، درباره ایده والدگری توانمندسازی، مقیاس سنجش والدگری توانمندساز را توسعه دادند. این مقیاس شامل ۱۴ ماده است که مشارکت‌کنندگان به هر ماده بر روی یک طیف هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷)، پاسخ می‌دهند. این مقیاس از دو زیرمقیاس دانش توانمندی‌ها و

مانند کناره‌گیری از محبت یا القای احساس گناه و اصرار به گنجاندن آنها در یک طبقه مفهومی کلان مانند القای ارتباطی، بر بنیان این مفروضه استوار بوده است که ضریب تخریب آنها، میل به همگرایی نشان می‌دهد و این در حالی است که الزاماً کارکرد آسیب‌زای آنها در بافت‌های فرهنگی متفاوت، یکسان نیست. به بیان دیگر، کناره‌گیری از عشق ورزیدن و محبت به کودک به طرز بحث‌انگیزی از القای ارتباطی متفاوت است [۱۴]. همچنین، موافق با مواضع اسمیتانا و همکاران [۱۸] تلاش برای اخذ روی‌آوری چندوجهی و البته بافتاری به مفهوم کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی مستلزم تمایزگذاری آگاهانه بین «شرم مشترک<sup>۱</sup>» از «شرم ناشی از مقایسه اجتماعی<sup>۲</sup>» است. در حالی که در وضعیت شرم مشترک، رفتار کودک سبب می‌شود والدین وجهه خود را از دست دهند، این حالت بر تأثیر اعمال ناشیست والدین یا کودکانان، متمرکز است. در وضعیت شرم ناشی از مقایسه اجتماعی که بر اساس آن کودک از طریق والد، به اندازه کافی خوب ارزیابی نمی‌شود، بر احساس ناامیدی والد در شرایط مقایسه کودک با دیگر کودکان دلالت دارد. در حالی که در جوامع جمع‌گرا، راهبرد شرم مشترک، اساساً با هدف ترویج نُرم‌های فرهنگی معطوف بر بهم‌وابستگی در روابط متقابل خانوادگی دلالت دارد، پدیده شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، از طریق مقایسه کاهنده کودک با دیگران، طرد و بی‌توجهی والد را نسبت به کودک باعث می‌شود [۳ و ۲۶].

بنابراین، ژو و همکاران [۲۱] پس از واریس ارزیابانه دنباله اطلاعاتی در قلمرو سنجش کنترل‌گری روان‌شناختی، با هدف گذار از محدودیت‌های معطوف بر بنیان مفهومی کنترل‌گری و همچنین، توسعه‌مندی نسخه چندبُعدی و نه تک‌عاملی و البته، حساس به بافت مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی، نسخه ۳۰ ماده‌ای مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین را برای اندازه‌گیری ادراک نوجوانان از کنترل روان‌شناختی والدین، معرفی کردند. در پژوهش ژو و همکاران [۲۱]، نتایج روش‌های آماری تحلیل اکتشافی و تأییدی در نمونه‌های مستقلی از نوجوانان، از ساختاری مشتمل بر ۳ وجه القای ارتباطی، کنترل روان‌شناختی خشن و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، به طور تجربی،

1. shared Shared shame Shame.

2. social Social comparison Comparison shame Shame.

3. Strength-Based Parenting Scale (SBPS).

۰/۶۷، ۰/۶۳ و ۰/۷۴ به دست آمده است. در این پژوهش، ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌های خودسرزنش‌گری، نشخوارگری، بازتمرکز مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، دیدگاه‌گیری، بازارزیابی مثبت، فاجعه‌سازی و دیگرسرزنش‌گری به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ به دست آمد.

**مقیاس شایستگی والدینی<sup>۱۱</sup>** ریبازاز و همکاران [۳۳]، همکاران [۳۳]، پس از مرور ارزیابانه ابزارهای سنجش در قلمرو مطالعاتی سبک‌های والدگری و اطلاع از نابسندگی خاستگاه نظری زیربنایی ابزارهای مزبور، با اخذ روی‌آوردی مثبت و فعالانه نسبت به قلمرو والدگری، مقیاس شایستگی والدینی را توسعه دادند. این مقیاس شامل ۳۵ ماده است که نوجوانان ادراک خود از کفایت‌مندی والدینی را برای هر ماده بر روی طیفی پنج درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵)، مشخص می‌کنند. در پژوهش ریبازاز و همکاران [۳۳] نتایج روایی عاملی مقیاس شایستگی والدینی از ساختار چهار عاملی مشتمل بر گرمی والدینی<sup>۱۲</sup>، مطالبه‌گری والدینی<sup>۱۳</sup>، ارزش اجتماعی شکیبایی<sup>۱۴</sup> و ارزش اجتماعی احترام به حریم خصوصی<sup>۱۵</sup>، به طور تجربی، حمایت کرد. در پژوهش ریبازاز و همکاران [۳۳] ضرایب همسانی درونی تمامی وجوه شایستگی والدینی بیشتر از ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش خدایی و رحیمی [۳۴] نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد، مقیاس شایستگی والدینی با ساختاری مشتمل بر چهار عامل گرمی والدینی، مطالبه‌گری والدینی، ارزش اجتماعی شکیبایی و ارزش اجتماعی احترام به حریم خصوصی، از روایی عاملی خوبی برخوردار بود. همچنین، مقادیر قابل قبول ضرایب همسانی درونی مقیاس شایستگی والدینی در فاصله ۰/۷۸ تا ۰/۸۶، از پایایی نسخه فارسی مقیاس مزبور دفاع کرد.

#### شیوه اجرای پژوهش

در این پژوهش، پس از آماده‌سازی بسته ابزارهای سنجش، محققان برای جمع‌آوری اطلاعات به مدارس پسرانه مراجعه کردند. موافق با پیشنهاد مدیران مدارس،

استفاده از توانمندی‌ها که هر یک شامل هفت ماده هستند، تشکیل شده است. نتایج مطالعات مختلف از ویژگی‌های فنی روایی و پایایی مقیاس والدگری توانمندساز، حمایت کرده‌اند [۲۸]. در پژوهش جک و همکاران [۲۸]، نتایج تحلیل عاملی مقیاس والدگری توانمندساز از ساختار دو عاملی مقیاس، به طور تجربی، حمایت کرد. در پژوهش جک و همکاران [۲۸]، ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های شناخت و استفاده از توانمندی‌ها به ترتیب برابر با ۰/۹۵ و ۰/۹۵ به دست آمد. در پژوهش اردشیر لاریجانی، شکری و شریفی [۳۰] نیز ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های شناخت و استفاده از توانمندی‌ها به ترتیب برابر با ۰/۹۴ و ۰/۹۴ به دست آمد.

#### نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی

**هیجان<sup>۱</sup>** نخستین بار به منظور سنجش ابعاد شناختی نظم‌بخشی هیجان نسخه اصلی پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی هیجان دربرگیرنده ۳۶ ماده و ۹ مقیاس خودسرزنش‌گری<sup>۲</sup>، پذیرش<sup>۳</sup>، نشخوارگری<sup>۴</sup>، بازتمرکز مثبت<sup>۵</sup>، برنامه‌ریزی مجدد<sup>۶</sup>، باز ارزیابی مثبت<sup>۷</sup>، دیدگاه‌گیری<sup>۸</sup>، فاجعه‌سازی<sup>۹</sup> و دگرسرزنش‌گری<sup>۱۰</sup> در گروهی از نوجوانان هلندی، توسعه داده شد [۳۱]. در این پرسش‌نامه، مشارکت‌کنندگان به هر ماده بر روی یک طیف پنج درجه‌ای لیکرتی (از ۱ هرگز تا ۵ همیشه) پاسخ می‌دهند. ویژگی‌های فنی پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی هیجان بر روی نمونه‌های مختلف آزمون و تأیید شده است [۳۱]. در مطالعه حسین‌آبادی و شکری [۳۲]، مقادیر ضرایب همسانی درونی نسخه کوتاه پرسش‌نامه نظم‌بخشی شناختی هیجان برای زیرمقیاس‌های خودسرزنش‌گری، پذیرش، نشخوارگری، بازتمرکز مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، بازارزیابی مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و دگرسرزنش‌گری به ترتیب برابر با ۰/۵۵، ۰/۶۴، ۰/۶۲، ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۷۵،

- 1 . Emotion Cognition Regulation Questionnaire-Revised (ECRQ-R).
- 2 . Self-Blame.
- 3 . acceptance Acceptance.
- 4 . rumination Ruminaton.
- 5 . positive Positive refocusing Refocusing.
- 6 . refocus Refocus on planning Planning.
- 7 . Positive Reappraisal.
- 8 . Putting into Perspective.
- 9 . Catastrophizing.
- 10 . Other-Rumination.

- 11 . Parental Competence Scale.
- 12 . Parental Warmth.
- 13 . Parental Demandingness.
- 14 . Social Value of Fortitude.
- 15 . Social Value of Privacy.

پس از گردآوری داده‌ها و معرفی آنها به بسته آماری SPSS، از نرم‌افزار AMOS برای تحلیل داده‌ها، استفاده شد.

#### یافته‌ها

جدول ۱، اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف استاندارد و آماره‌های چولگی و کشیدگی را برای ماده‌های نسخه فارسی مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین در نوجوانان نشان می‌دهد.

پس از هماهنگی‌های لازم، اجرای بسته سنجش به صورت گروهی و در کلاس‌های درس انجام شد. در این بخش، محققان پس از حضور در هر کلاس و معرفی خود و مسئله منتخب، داده‌ها فقط از بین داوطلبان به مشارکت، جمع‌آوری شد. در این بخش، محققان، نسبت به رعایت جمیع ملاحظات اخلاقی مانند رازداری و محرمانگی، رضایت آگاهانه و رعایت حریم شخصی آنها، به نوجوانان، اطمینان خاطر دادند. هر اجرای کلاسی، حدود ۳۰ دقیقه به طول می‌انجامید.

جدول ۱. اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی ماده‌های مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین

| ماده‌ها  | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کشیدگی |
|--|---------|------------------|-------|--------|
| ۱. وقتی کارها را به درستی انجام نمی‌دهم، والدینم می‌گویند که آنها را ناراحت می‌کنم.  | ۲/۹۳    | ۱/۴۰             | ۰/۱۷  | -۱/۲۶  |
| ۲. والدینم از من انتظار دارند که قدرشان باشم و آنها را از خود ناامید نکنم.   | ۲/۸۶    | ۱/۴۹             | ۰/۱۶  | -۱/۳۹  |
| ۳. وقتی انتظارات پدر و مادرم را برآورده نمی‌کنم، می‌گویند که قدرشان فداکاری‌هاشان نبوده‌ام.                                | ۳/۰۱    | ۱/۴۵             | -۰/۰۲ | -۱/۳۸  |
| ۴. والدینم می‌گویند اگر قرار است واقعاً مراقب آنها باشم، نباید کارهایی را که باعث نگرانی آنها می‌شود، انجام دهم.           | ۲/۶۸    | ۱/۴۳             | ۰/۳۵  | -۱/۲۰  |
| ۵. والدینم تمام کارهایی را که برایم انجام داده‌اند، به من می‌گویند.  | ۲/۵۸    | ۱/۴۴             | ۰/۴۲  | -۱/۱۹  |
| ۶. والدینم به من می‌گویند که برایم خیلی فداکاری می‌کنند.   | ۲/۴۴    | ۱/۳۲             | ۰/۵۱  | -۰/۸۷  |
| ۷. والدینم می‌گویند وقتی انتظارات آنها را برآورده نمی‌کنم، در مقابل دیگران، خجالت می‌کشند.                                 | ۳/۰۵    | ۱/۴۲             | -۰/۰۲ | -۱/۳۲  |
| ۸. والدینم می‌گویند اگر عملکرد بهتری داشته باشم، مرا بیشتر دوست خواهند داشت.   | ۳/۲۲    | ۱/۴۲             | -۰/۱۹ | -۱/۲۸  |
| ۹. والدینم می‌گویند باید برای احترام به خانواده، عملکرد خوبی داشته باشم.   | ۲/۷۵    | ۱/۴۷             | ۰/۲۳  | -۱/۲۳  |
| ۱۰. والدینم می‌گویند کاری که آنها از من می‌خواهند انجام دهم، برایم بهترین کار است. بنابراین، باید به درخواست آنها عمل کنم. | ۲/۵۷    | ۱/۴۷             | ۰/۵۰  | -۱/۱۷  |
| ۱۱. والدینم می‌گویند اگر رفتار بدی داشته باشم، مردم فکر می‌کنند آنها والدین خوبی نبودند.                                   | ۳/۲۱    | ۱/۳۸             | -۰/۱۷ | -۱/۲۳  |
| ۱۲. والدینم می‌گویند عملکرد ضعیف من به آبروی خانواده لطمه می‌زند.  | ۲/۵۷    | ۱/۵۳             | ۰/۴۳  | -۱/۳۱  |
| ۱۳. اگر والدینم از من ناراحت شوند، تا زمانی که دوباره آنها را خوشحال نکنم، با من صحبت نمی‌کنند.                            | ۲/۳۰    | ۱/۱۸             | -۰/۱۳ | -۰/۹۲  |
| ۱۴. والدینم اغلب حرفم را قطع می‌کنند.  | ۲/۴۵    | ۱/۱۶             | -۰/۳۵ | -۰/۶۶  |
| ۱۵. هر وقت قرار است درباره موضوعی با والدینم صحبت کنم، آنها بحث را عوض می‌کنند.  | ۲/۱۷    | ۱/۰۹             | ۰/۱۰  | -۰/۷۱  |
| ۱۶. وقتی والدینم از من راضی نیستند، مرا سرزنش می‌کنند.   | ۲/۷۸    | ۱/۰۶             | -۰/۶۹ | -۰/۲۳  |
| ۱۷. اگر موافق با والدینم نبیندیشم و عمل نکنم، غیردوستانه و سرد با من رفتار خواهند کرد.                                     | ۲/۸۱    | ۱/۲۵             | -۰/۸۳ | -۰/۳۸  |
| ۱۸. احساس می‌کنم والدینم در هر کاری که انجام می‌دهم، دخالت می‌کنند.  | ۲/۰۵    | ۱/۲۱             | ۰/۱۴  | -۰/۸۶  |
| ۱۹. مهم نیست که من چگونه می‌اندیشم یا عمل می‌کنم، غالب اوقات نظر آنها درباره من منفی است.                                  | ۲/۲۵    | ۱/۲۱             | -۰/۲۱ | -۰/۸۲  |
| ۲۰. وقتی والدینم از من ناامید می‌شوند، از نگاه کردن به من اجتناب می‌کنند.  | ۲/۲۶    | ۱/۳۱             | -۰/۱۹ | -۱/۰۹  |

ادامه جدول ۱. اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی ماده‌های مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین

| ماده‌ها  | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کشیدگی |
|--|---------|------------------|-------|--------|
| ۲۱. اگر کاری انجام دهم که والدینم دوست ندارند، والدینم با من رفتاری سرد و غیردوستانه خواهند داشت.  | ۲/۳۹    | ۱/۲۸             | -۰/۲۴ | -۱/۰۳  |
| ۲۲. والدینم فکر می‌کنند که افکارم، ساده‌لوحانه است.  | ۲/۵۷    | ۱/۳۰             | -۰/۴۳ | -۱/۰۵  |
| ۲۳. والدینم هرگز از من تعریف نمی‌کنند.   | ۲/۷۳    | ۱/۰۷             | -۰/۴۴ | -۰/۷۳  |
| ۲۴. والدینم اصرار می‌کنند که من کارها را به روش آنها انجام دهم.                                    | ۲/۱۶    | ۱/۴۳             | -۰/۰۹ | -۱/۳۱  |
| ۲۵. والدینم اغلب مرا با دیگران مقایسه می‌کنند.   | ۲/۵۶    | ۱/۲۴             | -۰/۵۸ | -۰/۶۴  |
| ۲۶. والدینم مرا با بچه‌هایی مقایسه می‌کنند که می‌توانند نظر والدینم را تایید نمایند.               | ۲/۱۶    | ۱/۳۷             | -۰/۲۰ | -۱/۱۹  |
| ۲۷. والدینم مرا با بچه‌هایی مقایسه می‌کنند که در بعضی موارد بهتر از من هستند.                      | ۲/۳۹    | ۱/۳۵             | -۰/۳۳ | -۱/۱۲  |
| ۲۸. والدینم از من می‌پرسند که چرا نمی‌توانم به خوبی بچه‌های دیگر باشم؟                             | ۲/۲۵    | ۱/۳۸             | -۰/۱۶ | -۱/۲۳  |
| ۲۹. وقتی انتظارات والدینم را برآورده نمی‌کنم، به من می‌گویند که به اندازه بچه‌های دیگر، خوب نیستم. | ۲/۳۲    | ۱/۴۲             | -۰/۳۰ | -۱/۲۲  |
| ۳۰. وقتی اشتباهی از من سر می‌زند، والدینم می‌گویند که به اندازه بچه‌های دیگر خوب نیستم.            | ۲/۱۳    | ۱/۳۴             | -۰/۱۱ | ۱/۱۵   |

پیشنهادی میرز، گامست و گارینو [۳۵] شامل: شاخص مجذور خی ( $\chi^2$ )، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با ۱۴۹۶/۱۰، ۳/۶۹، ۰/۵۷، ۰/۶۶، ۰/۶۳ و ۰/۱۰ به دست آمد که بر برازش ضعیف مدل با داده‌ها، دلالت دارد (جدول ۲). در نهایت، ساختار سه‌بعدی مرتبه اول با شمول سه بُعد القای ارتباطی، کنترل روان‌شناختی خشن و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، انتخاب و آزمون شد. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل سه‌عاملی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی میرز و همکاران [۳۵] شامل: ( $\chi^2$ )، ( $\chi^2/df$ )، (CFI)، (GFI)، (AGFI) و (RMSEA) به ترتیب برابر با ۸۰۲/۹۳، ۱/۹۹، ۰/۹۴، ۰/۹۴، ۰/۹۰ و ۰/۵۸ به دست آمد که بر برازش مطلوب مدل با داده‌ها دلالت داشت (جدول ۲).

در این بخش، به منظور ارزیابی برازندگی مدل، مدل استقلال با مدل مفروض، مقایسه شد. نتایج نشان داد، اندازه‌های نیکویی برازش برای مدل استقلال، که در آن فرض می‌شود همه متغیرها ناهمبسته‌اند، بر برازندگی ضعیفی مدل مزبور با داده‌ها، دلالت داشت ( $\chi^2/df = ۶/۷۱$ )، با وجود اطلاع از ساختار چندبُعدی زیربنای مفهومی مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی، به عنوان یک مدل مفهومی ارجح، اما ضرورت مصاف این منطق مفهومی ترجیح داده شده، با دیگر مدل‌های رقیب، فرصت مطمئن‌تری برای دفاع از ساختار چندبُعدی مفروض برای ابزار سنجش کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی فراهم خواهد کرد. براین‌اساس، در ادامه، با هدف آزمون مدل‌های اندازه‌گیری رقیب، ساختار تک‌عاملی ابزار سنجش کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی واریسی شد. در این بخش، نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل تک‌عاملی برای هر یک از شاخص‌های

جدول ۲. اندازه‌های نیکویی برازش و مقادیر بارهای عاملی مدل‌های اندازه‌گیری رقیب

| مدل‌های رقیب           | $\chi^2$ | $\chi^2/df$ | GFI  | AGFI | CFI  | RMSEA |
|------------------------|----------|-------------|------|------|------|-------|
| مدل استقلال            | ۲۹۱۹/۹۶  | ۶/۷۱        | ۰/۴۲ | ۰/۳۹ | ۰/۰۰ | ۰/۱۴  |
| مدل تک‌عاملی           | ۱۴۹۶/۱۰  | ۳/۶۹        | ۰/۶۷ | ۰/۶۳ | ۰/۵۷ | ۰/۱۰  |
| مدل سه‌عاملی مرتبه اول | ۸۰۲/۹۳   | ۱/۹۹        | ۰/۹۴ | ۰/۹۰ | ۰/۹۴ | ۰/۵۸  |

جدول ۳. بارهای عاملی، آلفای کرانباخ، همبستگی هر ماده با نمره کل و مقدار آلفا با فرض حذف ماده برای مدل سه عاملی مرتبه اول مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی

| Cronbach's Alpha if Item Deleted               | Corrected Item-Total Correlation | بار عاملی | ماده‌ها |
|--|----------------------------------|-----------|---------|
| زیرمقیاس القای ارتباطی $\alpha=0/88$           |                                  |           |         |
| 0/87   | 0/70                             | 0/76      | ۱       |
| 0/87   | 0/67                             | 0/71      | ۲       |
| 0/87   | 0/66                             | 0/72      | ۳       |
| 0/87   | 0/63                             | 0/70      | ۴       |
| 0/87   | 0/60                             | 0/61      | ۵       |
| 0/87   | 0/56                             | 0/61      | ۶       |
| 0/87   | 0/57                             | 0/60      | ۷       |
| 0/87   | 0/51                             | 0/52      | ۸       |
| 0/87   | 0/53                             | 0/56      | ۹       |
| 0/87   | 0/56                             | 0/62      | ۱۰      |
| 0/87   | 0/51                             | 0/51      | ۱۱      |
| 0/87   | 0/53                             | 0/56      | ۱۲      |
| زیرمقیاس کنترل روان‌شناختی خشن $\alpha=0/80$   |                                  |           |         |
| 0/75   | 0/54                             | 0/62      | ۱۳      |
| 0/76   | 0/49                             | 0/55      | ۱۴      |
| 0/76   | 0/46                             | 0/53      | ۱۵      |
| 0/76   | 0/50                             | 0/58      | ۱۶      |
| 0/76   | 0/46                             | 0/50      | ۱۷      |
| 0/76   | 0/40                             | 0/44      | ۱۸      |
| 0/76   | 0/43                             | 0/50      | ۱۹      |
| 0/76   | 0/42                             | 0/47      | ۲۰      |
| 0/76   | 0/43                             | 0/49      | ۲۱      |
| 0/76   | 0/40                             | 0/41      | ۲۲      |
| 0/76   | 0/42                             | 0/46      | ۲۳      |
| 0/78   | 0/52                             | 0/55      | ۲۴      |
| زیرمقیاس شرم ناشی مقایسه اجتماعی $\alpha=0/77$ |                                  |           |         |
| 0/73   | 0/56                             | 0/68      | ۲۵      |
| 0/74   | 0/50                             | 0/61      | ۲۶      |
| 0/74   | 0/50                             | 0/57      | ۲۷      |
| 0/74   | 0/48                             | 0/57      | ۲۸      |
| 0/76   | 0/45                             | 0/50      | ۲۹      |
| 0/76   | 0/42                             | 0/48      | ۳۰      |

### روایی همگرا

در این بخش، به منظور تعیین روایی همگرای مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی، موافق با پیشینه نظری و تجربی، همبستگی بین وجوه مختلف کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی با والدگری توانمندساز و راهبردهای انطباقی/ناانطباقی نظم‌بخشی هیجانی در نوجوانان، محاسبه شد. در این بخش، نتایج مربوط به همبستگی بین ابعاد کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی با والدگری توانمندساز و راهبردهای انطباقی/ناانطباقی نظم‌بخشی هیجانی در نوجوانان، شواهد متقنی در دفاع از روایی همگرای مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی، فراهم آورد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، برای هر سه زیرمقیاس، جمع وزن‌های رگرسیونی از لحاظ آماری معنادارند ( $P < 0/001$ ). در جدول ۳، ضرایب رگرسیونی برای زیرمقیاس القای ارتباطی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶، برای زیرمقیاس کنترل روان‌شناختی خشن بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۲ و در نهایت، برای زیرمقیاس شرم معطوف بر مقایسه اجتماعی بین ۰/۴۷ تا ۰/۶۸، به دست آمد. علاوه بر این، در جدول ۳، مقادیر آلفای کرانباخ، همبستگی هر ماده با نمره کل و مقدار آلفا با فرض حذف ماده برای مدل سه‌عاملی مرتبه اول مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. همبستگی کنترل روان‌شناختی والدینی با والدگری توانمندساز و راهبردهای نظم‌بخشی در نوجوانان

| شرم ناشی از مقایسه اجتماعی | کنترل روان‌شناختی خشن | القای ارتباطی |                                     |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------------------------------|
| ۰/۴۱**                     | ۰/۴۷**                | ۰/۳۹**        | والدگری توانمندساز                  |
| ۰/۳۶**                     | ۰/۳۸**                | ۰/۳۳**        | راهبردهای انطباقی نظم‌بخشی هیجانی   |
| ۰/۳۸**                     | ۰/۴۰**                | ۰/۳۷**        | راهبردهای ناانطباقی نظم‌بخشی هیجانی |

\*\*P < 0/01

علاقه‌مند به قلمرو مطالعاتی والدگری، ویژگی‌های کارکردی مفهوم کنترل روان‌شناختی والدینی را واری کرده‌اند. در این پژوهش، نتایج روایی عاملی مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی همسو با یافته‌های مطالعه ژو و همکاران [۲۱] از ساختاری مشتتمل بر سه عامل القای ارتباطی، کنترل روان‌شناختی خشن و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، به طور تجربی حمایت کرد. به بیان دیگر، نتایج این پژوهش موافق با یافته‌های مطالعه ژو و همکاران [۲۱] با تکرار ساختاری مشتتمل بر سه قلمرو القای ارتباطی، کنترل روان‌شناختی خشن و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، شواهد مضاعفی در دفاع از ماهیت چندبعدی سازه کنترل‌گری روان‌شناختی والدین، فراهم آورد. علاوه بر این، یافته‌های این پژوهش موافق با نتایج مطالعات یو و همکاران [۷] و اسزی [۲۳]، با تأکید بر تمایز در مشخصه‌های کارکردی ابعاد مختلف کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی، بیش از پیش بر ضرورت سنجش بافتاری راهبردهای معرف کنترل روان‌شناختی والدینی

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تحلیل مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین انجام شد. نتایج روش آماری تحلیل عاملی تأییدی با تکرار ساختاری مشتتمل بر سه عامل القای ارتباطی، کنترل روان‌شناختی خشن و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی از روایی عاملی مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین، حمایت کرد. علاوه بر این، نتایج مربوط به همبستگی بین وجوه کنترل‌گری روان‌شناختی با ادراک نوجوانان از والدگری توانمندساز و راهبردهای انطباقی/ناانطباقی نظم‌بخشی هیجانی در نوجوانان، شواهد قانع‌کننده‌ای در دفاع از روایی همگرای مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین، فراهم آورد. در نمونه نوجوانان ایرانی، ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی در بازه ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ به دست آمد که نشان داد مقیاس مزبور از پایایی قابل قبولی برخوردار بود. در این پژوهش، محققان موافق با دیگر پژوهشگران

کنترل‌گری روان‌شناختی والدین، القای ارتباطی با شمول تاکتیک‌هایی مانند القای احساس گناه و شرم مشترک مشخص شده است و راهبرد کناره‌گیری والد از محبت‌کردن و عشق ورزیدن به کودک یا نوجوان، در طبقه کنترل‌گری روان‌شناختی خشن قرار گرفته است. به بیان دیگر، در نظام مفهومی ژو و همکاران [۲۱] کناره‌گیری از محبت یک تاکتیک خصمانه تلقی می‌شود. نتایج این پژوهش موافق با یافته‌های مطالعه ژو و همکاران [۲۱] (۲۰۲۳م) نشان داد که کناره‌گیری از عشق ورزیدن از منظر مفهومی در مقایسه با دیگر تاکتیک‌های کنترل‌گری مانند القای احساس گناه و شرمساری، خصمانه‌تر، تلقی می‌شود. البته نتایج مطالعاتی مانند رانر و همکاران [۳۶] و چی و همکاران [۱۲] نیز نشان داده‌اند که ادراک کودکان و نوجوان از راهبرد کناره‌گیری از محبت در مقایسه با تاکتیکی همچون القای احساس گناه، غیردوستانه‌تر و خشن‌تر است. محققان دیگری مانند وانگ و همکاران [۲۰]، لی و همکاران [۲۵]، هی و همکاران [۲۶] و گائو و همکاران [۱] یادآوری می‌کنند که این تناقض تا حدی از فرض چالش‌زای مشابهت در حدود معنایی و کارکردهای کناره‌گیری از محبت و القای احساس گناه، مستخرج می‌شود.

در بخشی دیگر، یافته‌های این پژوهش موافق با نتایج مطالعات ژو و همکاران [۲۱]، فانگ و همکاران [۱۴] و ناهمسو با نتایج مطالعات باربر و همکاران [۲۲]، شک [۳۷] و یو و همکاران [۴] از کارکرد انحصاری و تمیزیافته شرم ناشی از مقایسه اجتماعی به مثابه یکی از شناساننده‌های کنترل‌گری روان‌شناختی والدین به طور تجربی، حمایت کرد. علاوه بر این، نتایج این پژوهش، همسو با یافته‌های پژوهش ژو و همکاران [۲۱] و ناهمسو با یافته‌های مطالعات یو و همکاران [۴] و اسزی [۲۳] بر ضرورت تمایزگذاری بین دو وجه شرم مشترک و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، تأکید ورزید. به بیان دیگر، نتایج این پژوهش نشان داد، شرم ناشی از مقایسه اجتماعی از منظر مفهومی از شرم مشترک متفاوت است. به طور کلی، ویژگی تمیزدهنده شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، از طریق ادراک کودک از حقارت و ضعف‌های خود در مقایسه با دیگران، مشخص می‌شود. بر اساس دیدگاه اسمیتانا و همکاران [۱۸]، اگر چه ممکن است مقایسه رو به بالا، انتظارات والدین را نسبت به الگوهای موفقیت و پیشرفت تصریح کند؛ اما برچسب‌زنی منفی و

تأکید ورزیدند. به طور کلی، در این بخش، یافته‌ها ضمن یادآوری ضرورت تمایزگذاری بین ابعاد کنترل‌گری روان‌شناختی والدین، بر اهمیت گذار از روی‌آوردن به مثابه رویکردی غیرواقعه‌نگرانه و ساده‌اندیشانه به مفهوم کنترل روان‌شناختی، تأکیدی مضاعف داشت.

علاوه بر این، نتایج این پژوهش موافق با ایده فانگ و یائو [۸] در تلاش برای فهم پهنای مفهومی یا ساختار مفهومی زیربنایی سازه کنترل‌گری روان‌شناختی والدین بر ضرورت تمایزگذاری مفهومی بین رفتارهای معطوف بر القای ارتباطی از رفتارهای خشن‌تر، اصرار ورزیدند. یافته‌های این پژوهش موافق با نتایج مطالعات ژو و همکاران [۲۱] و فانگ و همکاران [۱۴] نشان داد، با تعقیب روی‌آوری بافتاری و بیش واقع‌نگر نسبت به تحلیل مشخصه‌های گنشی بلوک‌های سازنده کنترل‌گری روان‌شناختی، تمایز در پیامدهای تحولی اشکال خشن‌تر کنترل‌گری در مقایسه با رفتارهای معطوف بر القای ارتباطی، بیش از پیش استنباط می‌شود. همچنین، بازتکرار شواهدی ناظر بر تمایز در ویژگی‌های گنشی رفتارهای متفاوت کنترل‌گری روان‌شناختی بیانگر آن است اثرات مخرب رفتارهای خصمانه کنترل روان‌شناختی بر مدل تحول کودک و نوجوان، فرابافتاری و جهان‌شمول بوده است اما، ضریب تأثیر رفتارهای معطوف بر وجه القای ارتباطی در بافت‌های متمایل به ارزش‌های مدل فرهنگی جمع‌گرا در مقایسه با فردگرا، بیشتر است [۱۶]. براین اساس، والدین در بافت‌های فرهنگی متمایل به ارزش‌های جمع‌گرا، از راهبرد القای ارتباطی با هدف آگاه‌سازی کودکان و نوجوانان از فداکاری‌های والدین و مطلع ساختن آنها از تأثیرات مخرب کژرفتارهای کودکان بر آبرو و حیثیت خانواده و همچنین، تشویق کودکان برای پاسخ‌دهی همدلانه به افکار و احساسات والدین‌شان، استفاده می‌کنند [۸ و ۷]. در این بخش، نتایج مطالعات یو و همکاران [۳] و فانگ و همکاران [۱۴] نشان می‌دهد، در یک محیط اجتماعی کاملاً جمع‌گرا، این شیوه از والدگری، یک روش راهبردی برای دستیابی به هدف‌های اجتماعی تلقی می‌شود که نه فقط از منظر فرهنگی قابل قبول است، بلکه کمتر مداخله‌جویانه ارزیابی می‌گردد.

البته در نظام مفهومی ژو و همکاران [۲۱]، در مقایسه با ساختار مفهومی پیشنهادی فانگ و لائو [۸] درباره



### سیاسگزاری

از تمامی مشارکت‌کنندگان عزیز که مسئولانه یاری‌مان کردند، تشکر می‌شود.

### تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### منابع

- 1- Gao D, Liu J, Xu L, Mesman J, van Geel M. Early adolescent social anxiety: differential associations for fathers' and mothers' psychologically controlling and autonomy-supportive parenting. *Journal of Youth and Adolescence*. 2022; 51: 1858-1871. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01636-y>
- 2- Yan F, Zhang Q, Ran G, Li S, Niu X. Relationship between parental psychological control and problem behaviors in youths: A three-level meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 2020; 112: 104900. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.chilyouth.2020.104900>
- 3- Yu J, Cheah CSL, Hart CH, Yang C, Olsen JA. Longitudinal effects of maternal love withdrawal and guilt induction on Chinese American preschoolers' bullying aggressive behavior. *Developmental Psychopathology*. 2019; 31: 1467-1475. <https://doi.org/10.1017/s0954579418001049>
- 4- Yu X, Fu X, Yang Z, Zhang M, Liu X, Fu Y, et al. Bidirectional relationship between parental psychological control and adolescent maladjustment. *Journal of Adolescence*. 2021; 92: 75-85. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.08.007>
- 5- Zhou Z, Shek DTL, Zhu X, Lin L. The influence of moral character attributes on adolescent life satisfaction: the mediating role of responsible behavior. *Child Indicators Research*. 2021; 14: 1293-1313. The Influence of Moral Character Attributes on Adolescent Life Satisfaction: the Mediating Role of Responsible Behavior | Child Indicators Research
- 6- Guo J, Zhang J, Pang W. Parental warmth, rejection, and creativity: the mediating roles of openness and dark personality traits. *Personality and Individual Differences*. 2021; 168: 110369. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110369>

طرح مطالبات افراطی از سوی والدین سبب می‌شود، کودکان این شیوه تربیتی را نامحترمانه، تحقیرآمیز، تهاجمی و طردکننده تلقی کنند. به نظر می‌رسد که چنین منطقی مفروضی در دفاع از رابطه منفی بین شرم ناشی از مقایسه اجتماعی با کیفیت‌های روانی مثبت در کودکان و نوجوانان، حمایت کند.

این پژوهش چند محدودیت دارد. نخست، مشارکت‌کنندگان این پژوهش به کمک راهبرد نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند؛ بنابراین نه فقط کاربرد مقیاس که حتی تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش، محدود خواهد شد. به منظور گذار از این محدودیت پیشنهاد می‌شود که محققان در مطالعات آتی، از یکی از روش‌های نمونه‌گیری احتمالاتی (تصادفی)، استفاده کنند. دوم، در این پژوهش با هدف واری‌های مشخصه‌های فنی روایی و پایایی نسخه فارسی مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی فقط از روش‌های روایی عاملی، روایی همگرا و ضرایب همسانی درونی، استفاده شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود با هدف اطلاع بیشتر از ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس مزبور از دیگر روش‌های فهم مشخصه‌های فنی ابزارهای سنجش مانند روایی ملاکی، روایی تشخیصی و پایایی آزمون - بازآزمون، استفاده شود.

در مجموع، نتایج مربوط به روایی‌یابی نسخه فارسی مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی، شواهد مضاعفی را در حمایت از ماهیت چندبُعدی کنترل روان‌شناختی والدینی و مفهوم‌پردازی‌های وابسته به فرهنگ زیر طبقات آن، فراهم آورد. علاوه بر این، مشارکت‌مندی نظری حاصل از چنین یافته‌هایی، بیش از پیش، احساس نیاز به تمایزگذاری بین کارکردهای انحصاری وجوه فردی کنترل روان‌شناختی را در نمونه نوجوانان ایرانی، موافق با نوجوانان چینی، مورد تأکید قرار می‌دهد. این دغدغه - که البته در مطالعات پیشین کمتر به آن توجه شده است - راهی امیدوارکننده را برای حل و فصل یافته‌های متناقض، در قلمرو مطالعاتی کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی، فراهم خواهد آورد. تهیه نسخه انطباق یافته مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی در نوجوانان ایرانی و استفاده محققان از آن سبب خواهد شد که همبسته‌ها، سازوکارهای زیربنایی و اثرات انکارناشدنی کنترل‌گری روان‌شناختی بر ساحت‌های مختلف تحول کودک و نوجوان، مشخص گردد.

- 14-Fang Q, Liu C, Tang Y, Shi Z, Wang Q, Helwig CC. Types of parental psychological control and rural and urban Chinese adolescents' psychological well-being and academic functioning. *Child Development*. 2022; 93: 484-501. <https://doi.org/10.1111/cdev.13699>
- 15-Wang Y, Yu M, Zhou H. Co-development of mindful awareness and Chinese youth's mental health problem: based on parallel-process latent growth curve model. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 295: 997-1004. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.113>
- 16-Chen B, Soenens B, Vansteenkiste M, Van Petegem S, Beyers W. Where do the cultural differences in dynamics of controlling parenting lie? Adolescents as active agents in the perception of and coping with parental behavior. *Psychologica Belgica*. 2016; 56: 169-192. <https://doi.org/10.5334/pb.306>
- 17-Barber BK. Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Development*. 1996; 67: 3296-3319. <https://doi.org/10.2307/1131780>
- 18-Smetana JG, Yau JYP, Rote WM. How do Chinese youth in Hong Kong evaluate maternal guilt and shame induction? Age, form, and domain differences. *Journal of Youth and Adolescent*. 2021; 50: 2096-2107. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01468-2>
- 19-Ng FFY, Wang Q. "Asian and Asian American parenting" in Handbook of Parenting: Volume 4: Social Conditions and Applied Parenting. ed. M. H. Bornstein. 3rd ed (New York, NY: Routledge). 2019; 108-109.
- 20-Wang Q, Pomerantz EM, Chen H. The role of parents' control in early adolescents' psychological functioning: a longitudinal investigation in the United States and China. *Child Development*. 2007; 78: 1592-1610. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01085.x>
- 21-Zhu X, Dou D, Pan Y. Developing and validating a multidimensional Chinese Parental Psychological Control Scale. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14: 1116625. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1116625>
- 7- Yu J, Cheah CSL, Hart CH, Sun S, Olsen JA. Confirming the multidimensionality of psychologically controlling parenting among Chinese-American mothers: love withdrawal, guilt induction, and shaming. *International Journal of Behavior Development*. 2015; 39:285-292. <https://doi.org/10.1177/0165025414562238>
- 8- Fung J, Lau AS. Tough love or hostile domination? Psychological control and relational induction in cultural context. *Journal of Family Psychology*. 2012; 26: 966-975. <https://doi.org/10.1037/a0030457>
- 9- Yao X, Wu J, Guo Z, Yang Y, Zhang M, Zhao Y, et al. Parental psychological control and adolescents' problematic mobile phone use: The serial mediation of basic psychological need experiences and negative affect. *Journal of Child and Family Studies*. 2022; 31: 2039-2049. Parental Psychological Control and Adolescents' Problematic Mobile Phone Use: The Serial Mediation of Basic Psychological Need Experiences and Negative Affect | Journal of Child and Family Studies
- 10-Shek DTL, Zhu X. Paternal and maternal influence on delinquency among early adolescents in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16: 1338. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081338>
- 11-Zhu X, Shek DTL. The influence of adolescent problem behaviors on life satisfaction: parent-child subsystem qualities as mediators. *Child Indicators Research*. 2020; 13: 1769-1789. The Influence of Adolescent Problem Behaviors on Life Satisfaction: Parent-Child Subsystem Qualities as Mediators | Child Indicators Research
- 12-Cheah CSL, Yu J, Liu J, Coplan RJ. Children's cognitive appraisal moderates associations between psychologically controlling parenting and children's depressive symptoms. *Journal of Adolescence*. 2019; 76: 109-119. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.005>
- 13-Zhu X, Shek DTL, Dou D. Factor structure of the Chinese CES-D and invariance analyses across gender and over time among Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 2021; 295: 639-646. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.122>

- 30-Ardeshir Larijani1 M, Shokri O, Sharifi M. The mediating role of mental toughness on the relationship between strength-based parenting with psychological resilience among university students. *Current Psychology*. 2022; 16 (2): 103-116. <https://bjcp.ir/article-1-1959-fa.pdf>  
[In Persian]
- 31-Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*. 2006; 41:1045-1053. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- 32-Hoseinabadi M, Shokri O. Examining the gender-based equivalence of factorial structure of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short Form. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2016; 12 (46): 199-211. <https://srb.sanad.iau.ir/en/Article/1054743?FullText=FullText> [In Persian]
- 33-Reparaz C, Rivas S, Osorio A, Garcia-Zavala G. A parental competence scale: Dimensions and their association with adolescent outcomes. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12:652884. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652884>
- 34-Khodaie A, Rahimi R. (under review). Psychometric properties of the Farsi version of the parental competence scale. *Journal of Applied Family Therapy*. <http://dx.doi.org/10.61838/kman.ajtj.5.3.18>  
[In Persian]
- 35-Meyers LS, Gamest G, Guarino AJ. Applied multivariate research, design and interpretation. Thousand oaks. London. New Deihi, Sage publication. 2016. Applied multivariate research: Design and interpretation, 2nd ed.
- 36-Rohner RP, Khaleque A, Cournoyer DE. Parental acceptance-rejection: theory, methods, cross-cultural evidence, and implications. *Ethos*. 2005; 33: 299-334. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1525/eth.2005.33.3.299>
- 37-Shek DTL. Assessment of perceived parental psychological control in Chinese adolescents in Hong Kong. *Research on Social Work Practice*. 2006; 16: 382-391. <https://doi.org/10.1177/1049731506286231>
- 22-Barber BK, Stolz HE, Olsen JA. Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2005; 70: 1-137. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2005.00365.x>
- 23-Sze NL. Distinguishing between adolescents' perception of parental use of intrusive control and manipulative control: Implications for adolescents in the United States and China. Dissertation. Hong Kong: Chinese University of Hong Kong. 2016
- 24-Barber BK, Xia M, Olsen JA, McNeely CA, Bose K. Feeling disrespected by parents: refining the measurement and understanding of psychological control. *Journal of Adolescence*. 2012; 35: 273-287. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.10.010>
- 25-Li D, Li X, Wang Y, Bao Z. Parenting and Chinese adolescent suicidal ideation and suicide attempts: the mediating role of hopelessness. *Journal of Child and Family Studies*. 2016; 25: 1397-1407. Parenting and Chinese Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts: The Mediating Role of Hopelessness | Journal of Child and Family Studies
- 26-He Y, Yuan K, Sun L, Bian Y. A cross-lagged model of the link between parental psychological control and adolescent aggression. *Journal of Adolescence*. 2019; 74: 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.05.007>
- 27-Kline, R. B. (2016). Principles and practices of Structural Equation Modeling (2nd Eds.). New York: Guilford. Principles and practice of structural equation modeling, 4th ed.
- 28-Jach H, Sun J, Loton D, Chin TC, Waters L. Strengths and subjective wellbeing in adolescence: Strength-based parenting and the moderating effect of mindset. *Journal of Happiness Studies*. 2018; 19(2): 567-586. Strengths and Subjective Wellbeing in Adolescence: Strength-Based Parenting and the Moderating Effect of Mindset | Journal of Happiness Studies
- 29-Waters L. Strength-based parenting and life satisfaction in teenagers. *Advances in Social Science Research Journal*. 2015; 2(11):158-173. <https://doi.org/10.14738/assrj.211.1651>

روان‌شناختی خشن و در نهایت، ماده‌های ۲۵ تا ۳۰ به شم ناشی از مقایسه اجتماعی، مربوط می‌شود. در پژوهش ژو و همکاران (۲۰۲۳م) نتایج روش‌های آماری تحلیل اکتشافی و تأییدی در نمونه‌های مستقلی از نوجوانان، از ساختاری مشتمل بر ۳ وجه القای ارتباطی، کنترل روان‌شناختی خشن و شرم ناشی از مقایسه اجتماعی، به طور تجربی، حمایت کردند. علاوه‌براین، همبستگی مثبت بین وجوه ادراک نوجوانان از کنترل‌گری روان‌شناختی والدینی با طرد والدینی و همبستگی منفی ابعاد کنترل‌گری با گرمی والدینی، شواهد مضاعفی در دفاع از روایی ملاکی مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی، فراهم آورد (ژو و همکاران، ۲۰۲۳م).

**مقیاس چندبُعدی کنترل روان‌شناختی والدینی.** ژو و همکاران (۲۰۲۳م) پس از واری‌ارزیابانه دنباله اطلاعاتی در قلمرو سنجش کنترل‌گری روان‌شناختی، با هدف گذار از محدودیت‌های معطوف بر بنیان مفهومی کنترل‌گری و همچنین، توسعه‌مندی نسخه چندبُعدی و نه تک‌عاملی و البته، حساس به بافت مقیاس کنترل روان‌شناختی والدینی، نسخه ۳۰ ماده‌ای مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین را برای اندازه‌گیری ادراک نوجوانان از کنترل روان‌شناختی والدین، معرفی کردند. در این مقیاس، مشارکت‌کنندگان به هر ماده بر روی طیفی پنج درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) پاسخ می‌دهند. در این مقیاس، ماده‌های ۱ تا ۱۲ به القاس ارتباطی، ماده‌های ۱۳ تا ۲۴ به کنترل

#### ماده‌های مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین

| ماده‌ها  |
|--|
| ۱. وقتی کارها را به درستی انجام نمی‌دهم، والدینم می‌گویند که آن‌ها را ناراحت می‌کنم.                                       |
| ۲. والدینم از من انتظار دارند که قدرشان باشم و آن‌ها را از خود ناامید نکنم.  |
| ۳. وقتی انتظارات پدر و مادرم را برآورده نمی‌کنم، می‌گویند که قدرشان فداکاری‌هاشان نبوده‌ام.                                |
| ۴. والدینم می‌گویند اگر قرار است واقعاً مراقب آن‌ها باشم، نباید کارهایی را که باعث نگرانی آن‌ها می‌شود، انجام دهم.         |
| ۵. والدینم تمام کارهایی را که برایم انجام داده‌اند، به من می‌گویند.  |
| ۶. والدینم به من می‌گویند که برایم خیلی فداکاری می‌کنند.   |
| ۷. والدینم می‌گویند وقتی انتظارات آن‌ها را برآورده نمی‌کنم، در مقابل دیگران، خجالت می‌کشند.                                |
| ۸. والدینم می‌گویند اگر عملکرد بهتری داشته باشم، مرا بیشتر دوست خواهند داشت.   |
| ۹. والدینم می‌گویند باید برای احترام به خانواده، عملکرد خوبی داشته باشم.   |
| ۱۰. والدینم می‌گویند کاری که آن‌ها از من می‌خواهند انجام دهم، برایم بهترین کار است؛ بنابراین باید به درخواست آنها عمل کنم. |
| ۱۱. والدینم می‌گویند اگر رفتار بدی داشته باشم، مردم فکر می‌کنند آن‌ها والدین خوبی نبودند.                                  |
| ۱۲. والدینم می‌گویند عملکرد ضعیف من به آبروی خانواده لطمه می‌زند.  |
| ۱۳. اگر والدینم از من ناراحت شوند، تا زمانی که دوباره آن‌ها را خوشحال نکنم، با من صحبت نمی‌کنند.                           |
| ۱۴. والدینم اغلب حرفم را قطع می‌کنند.  |
| ۱۵. هر وقت قرار است درباره موضوعی با والدینم صحبت کنم، آن‌ها بحث را عوض می‌کنند.   |
| ۱۶. وقتی والدینم از من راضی نیستند، مرا سرزنش می‌کنند.   |
| ۱۷. اگر موافق با والدینم نبیندیشم و عمل نکنم، غیردوستانه و سرد با من رفتار خواهند کرد.                                     |

### ماده‌های مقیاس کنترل‌گری روان‌شناختی والدین

| ماده‌ها   |
|---|
| ۱۸. احساس می‌کنم والدینم در هر کاری که انجام می‌دهم، دخالت می‌کنند.                               |
| ۱۹. مهم نیست که من چگونه می‌اندیشم یا عمل می‌کنم، غالب اوقات نظر آنها درباره‌ی من منفی است.       |
| ۲۰. وقتی والدینم از من ناامید می‌شوند، از نگاه کردن به من اجتناب می‌کنند.                         |
| ۲۱. اگر کاری انجام دهم که والدینم دوست ندارند، والدینم با من رفتاری سرد و غیردوستانه خواهند داشت. |
| ۲۲. والدینم فکر می‌کنند، افکارم ساده‌لوحانه است.  |
| ۲۳. والدینم هرگز از من تعریف نمی‌کنند.  |
| ۲۴. والدینم اصرار می‌کنند که من کارها را به روش آنها انجام دهم.                                   |
| ۲۵. والدینم اغلب مرا با دیگران مقایسه می‌کنند.  |
| ۲۶. والدینم مرا با بچه‌هایی مقایسه می‌کنند که می‌توانند نظر والدینم را تأیید نمایند.              |
| ۲۷. والدینم مرا با بچه‌هایی مقایسه می‌کنند که در بعضی موارد بهتر از من هستند.                     |
| ۲۸. والدینم از من می‌پرسند که چرا نمی‌توانم به خوبی بچه‌های دیگر باشم؟                            |
| ۲۹. وقتی انتظارات والدینم را برآورده نمی‌کنم، به من می‌گویند، به اندازه‌ی بچه‌های دیگر خوب نیستم. |
| ۳۰. وقتی اشتباهی از من سر می‌زند، والدینم می‌گویند که به اندازه‌ی بچه‌های دیگر خوب نیستم.         |


Zhu X, Dou D, Pan Y. Developing and validating a multidimensional Chinese Parental Psychological Control Scale. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14: 1116625.


Research Article


# Validation and Psychometric Properties of the Farsi Version of the Parental Psychological Control Scale

Authors

Ahmad Baidrian<sup>1</sup>, Ali Khodaei<sup>2\*</sup>, Omid Shokri<sup>3</sup>

 1. Ph.D student, Department of Psychology, Bo Ali Sina University, Hamadan, Iran. [ahmadbaindooryan@gmail.com](mailto:ahmadbaindooryan@gmail.com)

 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. [oshokri@yahoo.com](mailto:oshokri@yahoo.com)

Abstract

Receive Date:  
09/02/2024

Accept Date:  
30/06/2024



**Introduction:** Parents are the primary agents of socialization for children and adolescents. The significant role of parenting in this process has garnered considerable attention among researchers, making it a key area of study. Among the various parenting strategies, parental psychological control has attracted particular interest. Consequently, this study aims to psychometrically analyze the Persian version of the Parental Psychological Control Scale.

**Method:** This descriptive survey study involved 300 adolescents who were selected using a convenience sampling method. Participants responded to the Parental Psychological Control Scale (Zhou, Du, & Pan, 2023), the Empowering Parenting Scale (Jack, Sun, Luton, Chin, & Waters, 2018), and the short version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnofsky & Kraij, 2006). The study conducted by Zhou et al. (2023) utilized exploratory and confirmatory statistical methods on independent samples of adolescents, which empirically supported a structure comprising three aspects: communicative induction, harsh psychological control, and shame resulting from social comparison.

**Results:** The results of the confirmatory factor analysis indicated that the Parental Psychological Control Scale, which comprises three factors—communicative induction, harsh psychological control, and shame stemming from social comparison—demonstrated good factor validity. Furthermore, the correlations between the dimensions of parental psychological control and empowering parenting, as well as adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies in adolescents, supported the convergent validity of the Persian version of the Parental Psychological Control Scale. The internal consistency coefficients for the subscales of communicative induction, harsh psychological control, and social comparison shame were 0.88, 0.80, and 0.77, respectively.

**Discussion and conclusion:** Overall, the validation of the Persian version of the Parental Psychological Control Scale provided further evidence supporting the multidimensional nature of parental psychological control and the culturally dependent conceptualizations of its subscales.

Keywords

Psychological control, Parenting, Psychometric properties, Validation.

Corresponding Author's E-mail


[alikhodaei@pnu.ac.ir](mailto:alikhodaei@pnu.ac.ir)


Research Article

## Determining the Reliability and Validity of the Persian Version of Brief Problem Monitor™ for Ages 18-59 in Students

Authors

Meysam Tajamolian<sup>1</sup>, Mohammadreza Shaeiri<sup>2\*</sup>, Hojjatollah Farahani<sup>3</sup>

 1. Master of Clinical Psychology, University of Shahed, Tehran, Iran.  
meysam.taj@hotmail.com

 2. Associate Professor of clinical Psychology Department, University of Shahed, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor of Clinical Psychology Department, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran. h.farahani@modares.ac.ir

Abstract

Receive Date:  
19/01/2024

Accept Date:  
20/07/2024



**Introduction:** Since the 1960s, the Achenbach Experience-Based Assessment System (ASEBA) has been utilized for diagnosing mental disorders. The objective of this study was to evaluate the psychometric properties of the Brief Problem Monitoring Test for Ages 18 to 59 (BPM/18-59) within a non-clinical Iranian sample.

**Method:** A Persian version was created by translating, retranslating, and obtaining approval for the final version of the translation from the instrument manufacturer. Afterward, the BPM/18-59 form was administered to a sample of 337 undergraduate students from the University of Tehran and Tehran University of Medical Sciences during the 2019-2020 academic year, utilizing a convenience sampling method. Additionally, 58 individuals from the subjects' surroundings completed the "Other" form. To calculate the test-retest coefficient of this tool, a retest was administered to 41 participants from the initial sample after an interval of two weeks. To assess the concurrent validity of this tool, the ASRSI-v I.I, DASS-21, GHQ-28, BSI-53, and AAI questionnaires were utilized. Data analysis was conducted using Pearson correlation, confirmatory factor analysis, and hierarchical regression.

**Results:** The findings indicate a significant correlation between BPM/18-59 and other tools ( $P < 0.001$ ); therefore, it demonstrates acceptable levels of concurrent validity. The two-week test-retest reliability and Cronbach's alpha for the BPM/18-59 self-report were 0.70 and 0.85, respectively, while the Cronbach's alpha for bystander reports was 0.72. Additionally, factor analysis demonstrated a good fit for the initial three-factor model.

**Discussion and conclusion:** BPM/18-59 demonstrates appropriate psychometric properties for application in research and clinical trials involving Iranian individuals.

Keywords

Brief Problem Monitor™ for ages 18-59 (BPM-18-59), Validity, Reliability, Factor Analysis.

Corresponding Author's E-mail


shairi@shahed.ac.ir


Research Article

## Cross-validation of the Persian Version of the Revised Scale of Prolonged Grief Disorder

Authors

Rahim Yousefi <sup>1\*</sup>, Armin Haghazari Esfahlan <sup>2</sup>

 1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

 2. M.A in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. haghazariarmin@yahoo.com

Abstract

**Receive Date:**  
15/11/2023

**Accept Date:**  
23/04/2024



**Introduction:** Prolonged Grief Disorder is a newly established diagnostic category included in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. The present study aimed to introduce and psychometrically validate the Persian version of the Revised Prolonged Grief Scale.

**Method:** The study employs a descriptive-survey design. For this purpose, 400 undergraduate students from Shahid Madani University of Azerbaijan were selected through purposive sampling and assessed using the Persian version of the Revised Prolonged Grief Scale and the Grief Experience Questionnaire.

**Results:** Exploratory factor analysis indicated that a general factor can be extracted, accounting for 52% of the total variance in the scores. Confirmatory factor analysis demonstrated that the extracted single factor exhibits a good fit. The item homogeneity coefficient was 0.89 when calculated using Cronbach's alpha and 0.88 when determined through the split-half method. The positive and significant correlation coefficient between the scores of prolonged grief disorder and the experience of grief indicates the convergent validity of the prolonged grief disorder scale. The diagnostic validity of the Prolonged Grief Disorder Scale was confirmed by comparing two groups: subjects diagnosed with prolonged grief disorder and their normal counterparts, revealing a significant difference between the two groups.

**Discussion and conclusion:** The Persian version of the Prolonged Grief Disorder Scale demonstrates adequate validity for the local sample and can be utilized as a reliable and effective tool for both clinical and research purposes.

Keywords

Complex Grief, Prolonged Grief, Validation, Psychometry.

Corresponding Author's E-mail

yousefi@azaruniv.ac.ir





Research Article

## Rasch Model Analysis of the Psychometric Properties of the Positive Mental Health Scale in Students

Authors

Noorellah Yousefi<sup>1\*</sup>, Alireza Pirkhaefi<sup>2</sup>

 1. Ph.D in educational psychology, Farhangian University lecturer, Varamin campus, Varamin, Iran. (Corresponding Author)

 2. Associate Professor, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran. [apirkhaefi@gmail.com](mailto:apirkhaefi@gmail.com)

Abstract

Receive Date:  
04/01/2024

Accept Date:  
23/06/2024



**Introduction:** Mental health encompasses more than just the absence of pathological symptoms or diseases; it also includes the presence of positive mental health indicators. The aim of the present study was to determine the psychometric properties of the Positive Mental Health Scale based on the Rasch model.

**Method:** This study was quantitative and descriptive, focusing on the analysis of students' responses to the Positive Mental Health Scale, which is based on the Rasch model. Therefore, the study was psychometric in nature. The sample consisted of 609 students from Farhangian University in Tehran during the academic year 2021-2022. These students were selected through convenience sampling and completed the Positive Mental Health Scale.

**Results:** The results of the exploratory factor analysis and parallel analysis indicated the presence of a dominant factor. Additionally, the confirmatory factor analysis corroborated the findings of the exploratory factor analysis. None of the items exhibited local dependence; therefore, the hypothesis that the scale is unifactorial was confirmed. Based on the Partial Credit Model (PCM), the values of the two Infit and Outfit indices ranged from 0.5 to 1.5, indicating a good fit of the scale items with the Rasch model. The item difficulty index was determined to be at a moderate level, ranging from -0.2008 to 0.1486. The results of the item characteristic curves indicated that all items demonstrated good suitability. Additionally, the scale exhibited measurement stability across different genders. No item differential interaction (DIF) was identified based on gender. The person-item reliability coefficient was 0.88, Cronbach's alpha was 0.86, and McDonald's omega coefficient was 0.84.

**Discussion and conclusion:** The results of the study indicated that the Positive Mental Health Scale is a unidimensional instrument with favorable psychometric properties for assessing positive mental health in students. It can also be utilized to evaluate interventions in this area.

Keywords

Well-Being, Rash Analysis, Positive Mental Health, Psychometric Properties.

Corresponding Author's E-mail


[n.y3562@gmail.com](mailto:n.y3562@gmail.com)


Research Article


## Examining the Validity and Reliability of Iranian Women's Sexual Self-Efficacy Questionnaire

Authors

Fatemeh Shabani<sup>1</sup>, Rasol Roshan Chesli<sup>2\*</sup>, Soheila Ghomian<sup>3</sup>

 1. M.Sc, Clinical Psychology, Azad University, Shiraz, Iran. rahil.sh1991@gmail.com

 2. Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.  
(Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Mazandaran, Mazandaran, Iran. s.ghomian@umz.ac.ir

Abstract

Receive Date:  
26/12/2023

Accept Date:  
26/06/2024



**Introduction:** Women's sexual self-efficacy is a crucial factor in the quality of couples' sexual relationships. Sexual self-efficacy reflects an individual's confidence in their ability to engage in a successful sexual relationship. Therefore, this research was conducted to investigate the validity and reliability of the sexual self-efficacy questionnaire for women in both clinical and non-clinical samples in Iran.

**Method:** This research was applied (developmental) in terms of its purpose and survey method. After preparing the questionnaire, each participant from both the clinical and non-clinical samples completed scales assessing women's sexual self-efficacy, women's sexual performance, the multidimensional scale of women's sexual satisfaction, and a scale measuring anxiety, stress, and depression. This was done to evaluate convergent and divergent validity. A separate sample of 60 participants completed the women's sexual self-efficacy questionnaire twice, with an interval of one month between the assessments. The non-clinical sample consisted of 360 married women from the general population, selected using the Morgan table and available sampling methods. The clinical sample consisted of 60 married women who had sought assistance at medical centers for sexual issues and were selected through clinical interviews. Convergent validity, variance analysis, and factor analysis methods were employed to assess the validity of the questionnaire. Additionally, traditional methods of internal consistency, including Cronbach's alpha and dichotomization, were utilized to evaluate its reliability.

**Results:** Data analysis indicated that premarital education, which focused on risk factors using a cognitive-behavioral approach, positively influenced the resilience and quality of life of the engaged couples. However, this beneficial effect was not observed in the control group.

**Discussion and conclusion:** The research concludes that the validity and reliability of this scale for use among Iranian married women have been confirmed and supported by the evidence obtained.

Keywords

Women's sexual self-efficacy, Reliability, Validity.

Corresponding Author's E-mail


rasolroshan@yahoo.com

Research Article

# Psychoactive Substance Uses and Sexual Behavior

Authors

Esmail Naseri<sup>1\*</sup>

 1. Assistant Professor, Department of Psychology, Institute for Humanities and Cultural Studies, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

**Receive Date:**  
14/01/2024

**Accept Date:**  
19/05/2024



**Introduction:** The relationship between psychoactive substances and sexual behavior is an increasingly important area of research in substance use, primarily due to the prevalence of high-risk sexual behaviors among individuals with substance dependence. The aim of this study was to examine the various relationships between the use of different psychoactive substances and sexual behavior.

**Method:** This study employed a narrative review methodology. To collect data, relevant articles were searched using the keywords substance use, functions and dysfunctions, sexual behaviors, and sexual assault. using Google Scholar and PubMed, as well as the NOORMAGS, SID, and Irandoc databases.

**Results:** Behavioral substance use is relatively common. Acute substance use can enhance or improve sexual function and facilitate sexual behavior by reducing inhibitions. Chronic substance use is linked to sexual dysfunctions, such as decreased libido and erectile dysfunction. Additionally, substance use contributes to high-risk sexual behaviors and increases the incidence of sexually transmitted infections (STIs). Substance-facilitated sexual assault is prevalent, yet it is often underreported.

**Discussion and conclusion:** Evaluating the relationship between substance use and sexual behavior is a crucial component of comprehensive assessment and treatment planning. The clinical benefits of addressing these issues can be substantial, ranging from a reduction in risky sexual behaviors to an enhancement of individuals' quality of life.

Keywords

Sexualized drug use, Sexual dysfunction, Sexually transmitted diseases.

Corresponding Author's E-mail


e.naseri@ihcs.ac.ir


Research Article

# Comparing the Effectiveness of Self-determination Skills Training and Affect Phobia Therapy on the Meta-Emotional and Mental Toughness in Adolescent Girls with Sexual Abuse Experience

Authors

Fatemeh Dafeian<sup>1\*</sup>, Zahra Yousefi<sup>2</sup>

 1. Ph.D Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. (Corresponding Author)

 2. Assistant Professor, Group Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.  
z.yousefi@khuif.ac.ir

Abstract

Receive Date:  
03/02/2024

Accept Date:  
25/07/2024



**Introduction:** The sexual abuse of children and adolescents is a significant public health issue that leads to a variety of detrimental social, cultural, and familial consequences. The aim of the present study was to compare the effectiveness of self-determination skills training and agoraphobia treatment on emotional regulation and psychological resilience in adolescent girls who have experienced sexual abuse.

**Method:** This study employed a quasi-experimental design featuring a pretest-posttest approach, including a control group and a two-month follow-up period. The statistical population comprised all adolescent girls who experienced sexual abuse in Isfahan in 2023. 45 participants were selected using convenience sampling and subsequently randomly assigned to three groups. The data collection tools used in this study were the Mittmannsgruber Hyperemotion Questionnaire (2009) and the Kloof et al. Psychological Resilience Questionnaire (2002). The first experimental group underwent ten sessions of self-determination skills training based on the Field and Hoffman protocol (1994), while the second experimental group participated in eight sessions of agoraphobia treatment following the McCullough protocol (2003). The control group was also placed on a waiting list. The data were analyzed using SPSS version 23, employing a mixed analysis of variance with repeated measures statistical method.

**Results:** The results indicated that the mean ages of the participants in the self-determination skills training group, the agoraphobia group, and the control group were 15.2, 16.5, and 15.7 years, respectively. Furthermore, the members of all three groups were comparable and homogeneous. The findings indicated that both self-determination skills training and agoraphobia treatment interventions were effective in enhancing positive meta-emotion and psychological resilience among adolescent girls with a history of sexual abuse during the post-test and follow-up stages ( $p < 0.05$ ). However, only the agoraphobia treatment was effective in improving negative meta-emotion. There was a significant difference between the two experimental groups regarding the effectiveness of treatment on hyperemotion and psychological resilience. The treatment for agoraphobia proved to be more effective than the training in self-determination skills.

**Discussion and conclusion:** The findings indicate that both treatment methods—agoraphobia therapy and self-determination skills training—are effective in enhancing the psychological well-being of adolescent girls who have experienced sexual abuse. Notably, agoraphobia therapy demonstrates a greater effectiveness in improving hyper-emotionality and psychological resilience among these individuals. Consequently, these treatments can serve as complementary approaches to alleviate the psychological challenges faced by girls who have undergone sexual abuse.

Keywords

Affect Phobia Therapy, Meta-Emotional, Mental Toughness, Self-determination Skills Training, Sexual Abuse.

Corresponding Author's E-mail

fatemehdafeian1377@gmail.com


Research Article

# The Moderating Role of Self Silencing in Relationship Between Attachment and Marital Satisfaction in Married People

Authors

Parisa Moghadas Sharif<sup>1</sup>, Zahra Abdekhodaie<sup>2\*</sup>, Leili Panaghi<sup>3</sup>

 1. Master of Clinical Psychology (Family Therapy), Faculty of Psychology and Education Science, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. [parisa.mghds.sh@gmail.com](mailto:parisa.mghds.sh@gmail.com)

 2. Assistant Professor, Ph.D in Clinical Psychology, Basic Studies Department of the Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran  
(Corresponding Author)

 3. Associate Professor, Social Medicine, Family Health Department of the Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. [l\\_panaghi@sbu.ac.ir](mailto:l_panaghi@sbu.ac.ir)

Abstract

Receive Date:  
27/01/2024

Accept Date:  
22/07/2024



**Introduction:** The present study aims to investigate the moderating role of self-silencing in the relationship between attachment and marital satisfaction among married individuals.

**Method:** This study employed a correlational regression design. The statistical population consisted of married Iranian individuals aged 18 to 60 years, from which a sample of 300 participants (150 women and 150 men) was selected using convenience sampling. Participants completed the Enrich Marital Satisfaction, Self-Silencing, and Close Relationship Experience questionnaires. The data were analyzed using the Pearson correlation coefficient and hierarchical regression in SPSS.

**Results:** The relationship between avoidant and anxious attachment styles and all dimensions of self-silencing, except for the self-sacrifice dimension, is negative and significant in relation to marital satisfaction. The relationship is insignificant only in the self-sacrifice dimension. It was also concluded from the regression analysis that all attachment styles and self-silencing can predict marital satisfaction. The results of the moderated regression analysis indicated that the moderating effects of the Silencing the Self and Divided Self dimensions on the relationship between anxious attachment and marital satisfaction, as well as the moderating effects of the Self-Sacrifice and Self-Silencing dimensions on the relationship between avoidant attachment and marital satisfaction, are significant.

**Discussion and conclusion:** The results of this study indicate that varying levels of certain dimensions of self-silencing influence the relationship between attachment styles and marital satisfaction. Furthermore, managing attachment styles and self-silencing can enhance marital satisfaction.

Keywords

Self silencing, Attachment, Marital Satisfaction.

Corresponding Author's E-mail


[z\\_abdekhodaie@sbu.ac.ir](mailto:z_abdekhodaie@sbu.ac.ir)


Research Article

## Descriptive Phenomenology from Instances of Dishonesty in Psychotherapy by Psychotherapists

Authors

Hossein Alipour<sup>1</sup>, Mahdi Akbari<sup>2\*</sup>

 1. Master's Degree in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Amoly branch, Amol, Iran. alipoor58@yahoo.com

 2. Associate Professor, Department of Psychology and Counselling, Farhangian University, P.O. Box 14665-889, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:  
22/12/2023

Accept Date:  
21/07/2024



**Introduction:** There is evidence that people encounter lies, deceive others, or conceal the truth in various aspects of their lives. However, it is somewhat surprising and even concerning to acknowledge that this occurs in psychotherapy. The aim of the present study was to identify instances of dishonesty in psychotherapy from the perspective of psychotherapists in 2023.

**Method:** The method employed in this study was a qualitative descriptive phenomenological approach. The statistical population for this study comprised all psychotherapists working in counseling centers in Amol city in 2023 who participated through a theoretical sampling method. A total of 16 psychotherapists constituted the sample for this research, and data were collected using a five-axis semi-structured interview protocol focused on psychotherapy dishonesty. The seven-step Colaizzi descriptive method was employed to analyze the data.

**Results:** Results showed that coding reliability, measured by Cohen's Kappa agreement across five axes from four raters, yielded an average score of 0.81 (ranging from 0.72 to 0.91). This indicates a level of agreement classified as "almost complete. The findings indicate that dishonesty in the treatment room is unavoidable. The reasons for therapists' dishonesty include personal factors, such as the professional role of the therapist, as well as extrinsic factors, including the client's sexual experiences, privacy concerns, therapeutic benefits, and societal experiences.

**Discussion and conclusion:** The results indicate that psychotherapists often conceal emotions such as anger, hatred, and sadness during therapy sessions. They tend to avoid discussing sensitive topics, including sexual issues, unpleasant experiences, and family disputes, with their clients. Furthermore, any dishonesty exhibited by therapists is typically unintentional and arises from a desire to help and support their clients.

Keywords

Client, Dishonesty of psychotherapy, Psychotherapist, Self-disclosure.

Corresponding Author's E-mail

mahdiakbari1362@gmail.com


Research Article


# Investigating the Structural Model of Predicting Sleep Disorders Through Symptoms of Rumination with the Mediating Role of Social Support in Dialysis Patients

Authors

Farhad Ghorbani<sup>1</sup>, Amin Rafiepoor<sup>2\*</sup>, Niloufar Tahmouresi<sup>3</sup>, Reza Hosseinpour<sup>4</sup>

 1. Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Basic Science, Islamic Azad University Neyshaboor Branch, Neyshaboor, Iran. [dr\\_fghorbani@yahoo.com](mailto:dr_fghorbani@yahoo.com)

 2. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University Karaj Branch, Karaj, Iran. [niloofartahmouresi@yahoo.com](mailto:niloofartahmouresi@yahoo.com)

 4. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Imam Hossein University, Tehran, Iran. [hosseinpour\\_reza@yahoo.com](mailto:hosseinpour_reza@yahoo.com)

Abstract

**Receive Date:**  
29/12/2023

**Accept Date:**  
08/07/2024



**Introduction:** This study aims to investigate the structural model that predicts sleep disorders based on symptoms of rumination, with social support serving as a mediating factor among dialysis patients.

**Method:** The design of the current research employed a correlational structural equation modeling approach. The study sample comprised 250 dialysis patients from hospitals in Tehran during the years 2022-2023, selected using a convenience sampling method. The research instruments included the Pittsburgh Sleep Quality Index, as well as the social support and rumination scales developed by Zammit et al. Structural equation modeling was employed for data analysis.

**Results:** The results indicated that social support serves as a mediating factor in the relationship between rumination and sleep disorders. Additionally, the direct relationship between anxiety, depression, and rumination, as well as social support and sleep disorders, was statistically significant.

**Discussion and conclusion:** In conclusion, social support and rumination significantly impact the sleep disorders experienced by dialysis patients. Therefore, it is essential to focus on identifying and addressing the effective and causal factors when developing therapeutic interventions for these sleep disorders.

Keywords

Dialysis patients, Rumination, Sleep disorders, Social support.

Corresponding Author's E-mail

[rafiepoor2000@yahoo.com](mailto:rafiepoor2000@yahoo.com)




Research Article


# Comparison of Brain-Behavioral Systems, Decision Making Styles and Cognitive Emotion Regulation in Adults with and without ADHD

Authors

Asiyeh vakia<sup>1</sup>, Reza Soltani Shal<sup>2\*</sup>, Abbas Abolghasemi<sup>3</sup>

 1. M.A of Psychology of Exceptional Children, Department of Psychology University of Guilan, Rasht, Iran. [asiyehvakia6@gmail.com](mailto:asiyehvakia6@gmail.com)

 2. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology University of Guilan, Rasht, Iran. (Corresponding Author)

 3. Professor of Psychology, Department of Psychology University of Guilan, Rasht, Iran. [abolghasemi\\_44@yahoo.com](mailto:abolghasemi_44@yahoo.com)

Abstract

Receive Date:  
07/12/2023

Accept Date:  
02/07/2024



**Introduction:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults can have numerous negative consequences for both the individual and society. Consequently, it is essential to identify the factors associated with this disorder.

The aim of the present study was to compare behavioral brain systems, decision-making processes, and cognitive emotion regulation in adults with and without ADHD.

**Method:** The research design employed a causal-comparative approach. The population for this study consisted of students at the University of Guilan, from which a sample of 320 individuals was selected through convenience sampling. This sample included 120 students exhibiting symptoms and 200 students without symptoms. The research tools utilized in this study included the World Health Organization Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Rating Scale (ASRS), the Brain/Behavioral Systems Questionnaire (BAS-BIS), the General Decision-Making Styles Questionnaire (GDMS), and the Short Form of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). The research data were analyzed using univariate and multivariate analysis of variance with SPSS version 16 software.

**Results:** The results indicated that there was no significant difference in the activation system and behavioral inhibition system between adults with ADHD and those without. However, a significant difference was observed between the two groups regarding the rational, intuitive, dependent, impulsive, and avoidant components of cognitive decision-making.

Additionally, maladaptive emotion regulation strategies were more prevalent in adults with ADHD compared to those without the condition; however, adaptive emotion regulation strategies were found to be equally utilized by both groups.

**Discussion and conclusion:** The findings of this study provide evidence for the psychopathology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults and highlight the role of cognitive variables in this disorder.

These findings indicate that decision-making styles and cognitive emotion regulation are among the variables that influence adult ADHD. Consequently, psychological training can be employed to modify these characteristics, as well as to address adult ADHD.

Keywords

Attention deficit-hyperactivity disorder, Brain/behavioral Systems, Decision making, Cognitive emotion regulation.

Corresponding Author's E-mail

[Soltani.Psy@gmail.com](mailto:Soltani.Psy@gmail.com)





Research Article

## Evaluation of Personality Type and Source of Control in Patients with Coronary Heart Disease

Authors

Maede Bagheri<sup>1</sup>, Maryam Sotoudeh Asl<sup>2\*</sup>

 1. Assistant professor in Health psychology, psychosomatic research center, Mazandaran university of medical sciences, Sari, Iran. Bagheri.ma@mazums.ac.ir

 2. Ph.D student in educational psychology, Department of Educational Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:  
05/04/2024

Accept Date:  
24/06/2024



**Introduction:** Given the high prevalence of coronary heart disease and its associated mortality worldwide, particularly in Iran, this study aims to evaluate personality traits and locus of control in patients with coronary heart disease compared to healthy individuals.

**Method:** In this descriptive causal-comparative study, 35 male patients with coronary heart disease, referred to the cardiovascular centers of Shahrshari hospitals, and 35 male companions of the patients were selected using a convenience sampling method. The Big Five Personality Inventory (NEO) and the Rotter Locus of Control (RLOC) scale were utilized to gather data. The data were analyzed using SPSS version 23 software, employing both descriptive and inferential statistics at a significance level of 0.05. The p-value was less than or equal to 0.

**Results:** The results indicated that patients with coronary heart disease exhibited significant differences in four personality factors: neuroticism ( $p = 0.007$ ), extraversion ( $p = 0.02$ ), openness ( $p = 0.04$ ), and agreeableness ( $p = 0.02$ ) when compared to healthy individuals. However, no significant difference was observed in the conscientiousness factor ( $p = 0.88$ ).

Although the difference in locus of control scores between the two groups was not significant ( $p = 0.051$ ), the score for the patient group was lower than the cutoff point. This indicates that patients with coronary heart disease tend to have a more external locus of control compared to healthy individuals.

**Discussion and conclusion:** This study demonstrated that patients with coronary heart disease exhibit distinct personality traits compared to healthy individuals, specifically in the areas of neuroticism, extraversion, openness, and agreeableness. Additionally, patients with coronary heart disease displayed a higher locus of control than their healthy counterparts.

Keywords

Coronary Heart disease, Five-factor model of personality, Locus of control.

Corresponding Author's E-mail

maryamsotoudehasl@semnan.ac.ir


Research Article

## The Effect of Group Training Based on Compassion on Psychological Flexibility and Sleep Quality of Firefighters in Isfahan City

Authors

Afsaneh Ebrahimi<sup>1</sup>, Sima Janatian<sup>2\*</sup>

 1. Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.  
afsanehebrahimi40015020733016@gmail.com

 2. Faculty member of Ragheb Isfahani Higher Education Institute, Isfahan, Iran  
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:  
17/03/2024

Accept Date:  
22/06/2024



**Introduction:** Firefighting is a demanding profession that necessitates elevated levels of physical and mental exertion. Considering the significance of firefighting and the insufficient research on the psychological impacts associated with this profession, this study examined the effects of compassion-based group training on the psychological flexibility and sleep quality of firefighters in Isfahan.

**Method:** In this study, a quasi-experimental method with a pre-test-post-test design was employed. A sample of 30 firefighters from the Isfahan Fire Department was selected using convenience sampling. The Psychological Flexibility Questionnaire by Dennis and Vanderwaal (2010) and the Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (1989) were utilized. The experimental group participated in compassion-based group training, which consisted of eight sessions, each lasting 90 minutes. Finally, the obtained data were analyzed using the multivariate analysis of covariance (MANCOVA) method in SPSS version 20 software.

**Results:** The statistical findings of the study indicated a significant difference between the subjects' scores in the pre-test and post-test stages ( $p < 0.05$ ). The mean age and standard deviation of the subjects in the experimental group were  $6.33 \pm 3.01$ , while in the control group, they were  $4.4 \pm 0.33$ . In the pre-test, the average scores for psychological flexibility and sleep quality in the experimental group were 4.96 and 8.96, respectively. In the post-test, these scores changed to 8.10 and 2.60. Therefore, it can be concluded that compassion-based group training has significantly and positively increased the scores of the subjects in the experimental group.

**Discussion and conclusion:** Given the confirmation of the effectiveness of the training and the improvement of research variables, it can be concluded that compassion-based group training may serve as a novel educational approach. This method is likely an effective intervention for reducing psychological issues, enhancing psychological flexibility, and improving individuals' sleep quality.

Keywords

Group training based on compassion, Psychological flexibility, Sleep quality.

Corresponding Author's E-mail


Janatian\_sima@yahoo.com


Research Article


# The Causal Relationship of the Feature Personality Traits Following Mediation Therapy Perceived Social Support in Female Cancer Patients

Authors

Maryam Mardani<sup>1</sup>, Manijeh Firoozi<sup>2\*</sup>, Tina Vosoughi<sup>3</sup>

 1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. maryammardani@ut.ac.ir

 2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor of Internal Medicine Department, Hematologist and medical oncologist, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur university of medical sciences, Ahvaz, Iran. vosoughi.hto@gmail.com

Abstract

**Receive Date:**  
27/03/2024

**Accept Date:**  
16/07/2024



**Introduction:** Treatment adherence is a critical issue in both physical and mental health, as it plays a vital role in saving the lives of many individuals. The present study aimed to investigate the causal relationship between personality traits and treatment adherence, as well as the mediating role of social support in female cancer patients.

**Method:** The research method employed was descriptive, and the research design utilized correlational structural equation modeling (SEM). A total of 310 women with cancer in Ahvaz were selected during the winter of 2023 using convenience sampling. The instruments utilized in this study included the Treatment Adherence Questionnaires (Seyedfatemi et al., 2018), the NEO Personality Inventory (Costa and McCrae, 1992), and the Perceived Social Support Scale (Zimt et al., 1988). SPSS software was utilized for descriptive data analysis, while AMOS software was employed to assess the model. Direct relationships were calculated using AMOS software, while indirect relationships were assessed through the bootstrap method in AMOS. The analysis reported absolute fit, relative or incremental fit, and adjusted fit indices. Structural equation modeling analyses confirmed that the proposed model was appropriate.

**Results:** The results also indicated that personality traits and their subscales—neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness—affected treatment adherence through the mediation of social support.

**Discussion and conclusion:** Given the critical issue of treatment adherence, it is essential to focus on related and influential factors, such as personality traits and social support. Health and mental health officials, as well as policymakers, should prioritize these variables to enhance treatment adherence.

Keywords

Adherence to treatment, Characteristic Personality traits, Social support.

Corresponding Author's E-mail


mfiroozy@ut.ac.ir


Research Article


## The Relationship of Loneliness with Psychological Well-Being and Rumination in College students: Investigating the Mediating Role of Perceived Stress

Authors

Basir Torkashvand<sup>1</sup>, Abdulaziz Aflakseir<sup>2\*</sup>, Mahdi Imani<sup>3</sup>

 1. M.A in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. [basir.t.d@gmail.com](mailto:basir.t.d@gmail.com)

 2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. (Corresponding Author)

 3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. [dr.mahdiimani@gmail.com](mailto:dr.mahdiimani@gmail.com)

Abstract

Receive Date:  
15/11/2023

Accept Date:  
12/06/2024



**Introduction:** The present study aimed to investigate the relationship between loneliness, psychological well-being, and rumination among students, as well as to examine the mediating role of perceived stress in this relationship.

**Method:** For this study, 360 students from Shiraz University were selected from eight faculties during the 2021-2022 academic year using a multi-stage cluster sampling method. The methodology of this study is both correlational and descriptive. To gather research data, we utilized several psychological well-being questionnaires: the short form of the Riff (1989) questionnaire, the Rumination Scale by Nolen-Hoeksema and Morrow (1991), the Loneliness Scale by Russell (1996), and the Perceived Stress Scale by Cohen (1983). For data analysis, Pearson correlation tests and regression analysis were conducted, followed by the use of IMOS software for path analysis and model presentation.

**Results:** After examining and meeting the assumptions of path analysis, as well as identifying the proposed model, it was time to test the research model and analyze both the direct and indirect effects. The results of the study indicated that loneliness directly and significantly predicts psychological well-being and rumination. Loneliness significantly predicts psychological well-being and rumination through perceived stress. Finally, the fit indices were analyzed, and these indices demonstrated a favorable fit with the data.

**Discussion and conclusion:** The findings highlight the importance of loneliness and perceived stress in negative mental health outcomes. Increased levels of loneliness are accompanied by increased levels of perceived stress, which in turn decrease psychological well-being and increase rumination. Therefore, it is crucial to prevent or curtail loneliness and perceived stress among the youth.

Keywords

Loneliness, Perceived Stress, Psychological Well-Being, Rumination.

Corresponding Author's E-mail


[aafakseir@shirazu.ac.ir](mailto:aafakseir@shirazu.ac.ir)


Research Article


## Structural Model of the Relationship Between Sexual Satisfaction and Body Image Concern in Women and Men: Mediating Role of Self-esteem and Gender as Moderator in University Students

Authors

Hosein Moradi<sup>1</sup>, Abbasali Allahyari<sup>2\*</sup>, Hojjatollah Farahani<sup>3</sup>

 1. Master Student in General Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. [hosein\\_moradi@modares.ac.ir](mailto:hosein_moradi@modares.ac.ir)

 2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. [h.farahani@modares.ac.ir](mailto:h.farahani@modares.ac.ir)

Abstract

Receive Date:  
01/12/2023

Accept Date:  
05/06/2024



**Introduction:** Sexual satisfaction plays a crucial role in individuals' overall well-being, particularly concerning marital issues and divorce. Among the most significant factors influencing this aspect are body image concerns, self-esteem, and gender. This study investigated the simultaneous relationships among these variables within a structural model.

**Method:** The research design of this study was correlational in nature. The target population comprised all married students attending universities in Tehran. The desired sample consisted of 200 individuals who were selected through convenience sampling and responded to the questionnaire items. To measure the research variables, we utilized the Larson Sexual Satisfaction Questionnaire (LSQQ), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and the Body Image Concern Inventory (BICI).

**Results:** The results of the data analysis indicate that the proposed model demonstrates a satisfactory fit following the removal of a non-significant path. The fit indices of the model indicated a good fit, with the following values: AGFI, NNFI, CFI, GFI, and NFI all exceeding 0.9. Therefore, the results of the path analysis revealed that self-esteem mediates the relationship between sexual satisfaction and body image concerns ( $p < 0.01$ ).

**Discussion and conclusion:** Body image concerns significantly influence sexual satisfaction. However, in this context, it is essential to thoroughly consider the significant and influential role of individuals' self-esteem. As demonstrated by the modeling results in this study, there is a correlation between sexual satisfaction and body image concerns. However, when considering the role of self-esteem in this relationship, it becomes clear that body image concerns only contribute to a decrease in sexual satisfaction by affecting individuals' self-esteem.

Keywords

Sexual Satisfaction, Body Image Concern, Self-Esteem, Gender.

Corresponding Author's E-mail


[allahyar@modares.ac.ir](mailto:allahyar@modares.ac.ir)


Research Article


## The Relationship Between Attachment Styles and Difficulty in Emotion Regulation: Investigating the Moderating Role of Reflective Functioning


Authors

Fatemeh Arab Alidosti<sup>1</sup>, Mahmood Dehghani<sup>2\*</sup>, Maryam Roshan<sup>3</sup>, Somayeh Robat Milli<sup>4</sup>

 1. Ph.D student of psychology, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [falidoosty@yahoo.com](mailto:falidoosty@yahoo.com)

 2. Assistant Professor, Faculty of Behavioral and Health Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran. [maryamroshan@pnu.ac.ir](mailto:maryamroshan@pnu.ac.ir)

 4. Assistant Professor of Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [robatmili@ut.ac.ir](mailto:robatmili@ut.ac.ir)

Abstract

Receive Date:  
05/12/2023

Accept Date:  
25/05/2024



**Introduction:** While numerous studies have confirmed the relationship between attachment and emotional regulation, there has been limited focus on the mediating factors involved. The term a new concept in psychoanalysis that refers to psychological processes grounded in mentalization. This concept shares common roots with these two constructs and has been examined in the present study. The aim of this study was to investigate the moderating role of reflective functioning in the relationship between attachment styles and difficulties in emotion regulation.

**Method:** The design of this study is non-experimental and correlational. The participants included students from Payam Noor Universities in West Azerbaijan (Miandoab, Shahindej, Bukan, and Urmia) who were enrolled during the academic year 2018-2019. 180 individuals were selected using multi-stage cluster sampling, which involved three stages: the first stage was the university, the second stage was the faculty, and the third stage was the class. These participants completed the Reflective Functioning Questionnaires (RFQ), the Attachment Styles questionnaire (Hazem and Shaver, 1987), and the Difficulty in Emotion Regulation Scale (Gratz, 2004).

**Results:** Hierarchical regression analysis indicated that individuals with a stronger secure attachment style exhibit greater confidence, which in turn facilitates easier emotion regulation. In addition, possessing an avoidant or anxious attachment style, coupled with high levels of uncertainty, complicates the process of emotion regulation.

**Discussion and conclusion:** The results of the present study indicate that the reflective function of certainty and uncertainty moderates the relationship between attachment styles and difficulties in emotion regulation. Specifically, secure attachment styles, along with the reflective function of certainty, are associated with reduced difficulties in emotion regulation, while insecure attachment styles and the reflective function of uncertainty are linked to increased difficulties in emotion regulation.

Keywords

Reflective function, Attachment styles, Emotion regulation difficulty, Certainty, Uncertainty.

Corresponding Author's E-mail

[dehghani.m@iums.ac.ir](mailto:dehghani.m@iums.ac.ir)





Research Article


# The Effectiveness of Mindfulness-Based Schema Therapy on Anxiety, Quality of life and Frustration Tolerance of Patients with Multiple Sclerosis

Authors

Niloofer Jafarian<sup>1</sup>, Ali Rezaie<sup>2\*</sup>, Fatemeh Izadi<sup>3</sup>

 1. M.Sc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr-Isfahan, Iran. jafariannilofar07@gmail.com

 2. M.Sc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr-Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, PhD in Clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr -Isfahan, Iran. izadi@iaukhsh.ac.ir

Abstract

Receive Date:  
15/10/2023

Accept Date:  
29/03/2024



**Introduction:** Multiple sclerosis is a progressive neurological disease that leads to various disabilities in affected individuals. The combination of symptoms and the chronic nature of this condition can significantly impact a person's mental well-being, contributing to broader psychological issues related to the progression of the disease. Consequently, the aim of the present study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based schema therapy on anxiety, quality of life, and frustration tolerance in patients with multiple sclerosis.

**Method:** This study employed a quasi-experimental pre-test-post-test design with a control group. The statistical population consisted of individuals with multiple sclerosis in Shahrekord. A total of 30 participants were purposefully selected and randomly assigned to either the experimental or control group. The intervention was conducted in a group format over eight sessions for the experimental group. The instruments utilized in the study included Young's Primary Maladaptive Schemas Questionnaire, the Beck Anxiety Inventory (BAI), the MS Quality of Life Scale (MSQOL), and the Harrington Frustration Tolerance Questionnaire. Participants completed these assessments during both the pre-test and post-test phases. Data analysis was performed using analysis of covariance (ANCOVA).

**Results:** The results indicated that 97.3% of the changes were associated with anxiety reduction, 96.8% with improvements in frustration tolerance, and 98.5% with enhancements in quality of life during the post-test phase. These changes were attributed to the effects of mindfulness-based schema therapy, which resulted in decreased anxiety, increased quality of life, and improved frustration tolerance ( $p < 0.001$ ).

**Discussion and conclusion:** The results indicate that mindfulness-based schema therapy significantly reduced anxiety, enhanced quality of life, and increased frustration tolerance in the experimental group when compared to the control group.

Keywords

Mindfulness-based schema therapy, Anxiety, Quality of life, Frustration tolerance, Multiple Sclerosis.

Corresponding Author's E-mail


ali.rezaie.112psy@gmail.com


Research Article

# Structural Equation Modeling of the Mediating Role of Resilience in the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Well-Being of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Authors

Mohammad Reza Tamannaefar<sup>1\*</sup>, Zahra Shirani<sup>2</sup>

 1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran (Corresponding Author)

 2. M.A in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran. Zahra.shirani@grad.kashanu.ac.ir

Abstract

Receive Date:  
04/01/2024

Accept Date:  
30/04/2024



**Introduction:** Irritable bowel syndrome (IBS) is a chronic and often debilitating functional disorder characterized by disrupted gut-brain interactions. It poses a significant public health challenge, impacting individuals' work, social participation, and psychological well-being. In this context, the objective of the current study was to examine the structural equation modeling of the mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation strategies and the psychological well-being of patients with irritable bowel syndrome.

**Method:** The current study employed a descriptive and correlational methodology. The statistical population consisted of all patients with irritable bowel syndrome who were referred to the Digestive Health Center at Al-Zahra Hospital in Isfahan in 2023. The sample size of 300 individuals was determined using the Klein model (2023) and the convenience sampling method. The research data collection tools included the Compel Seal, the Resilience Scale (CD-RISC) developed by Austin (2007), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) created by Granofsky et al. (2001), and the Psychological Well-Being Scale (PWBS) designed by Reiff (1989). Statistical analysis of the data was conducted using SPSS and AMOS version 28 software.

**Results:** The research findings indicated that maladaptive cognitive emotion regulation ( $\beta = -0.68$ ,  $p = 0.002$ ) and adaptive cognitive emotion regulation ( $\beta = 0.73$ ,  $p = 0.002$ ) had a direct and significant impact on psychological well-being. Finally, resilience ( $\beta = 0.71$ ,  $p < 0.05$ ) had a direct and significant effect and may serve as an important mediator in the relationship between cognitive emotion regulation strategies and psychological well-being. The final model of the study demonstrated a good fit, with an RMSEA of 0.026 and a p-value of less than 0.05.

**Discussion and conclusion:** In conclusion, given the significant mediating role of resilience, it is possible to enhance the psychological well-being of patients with irritable bowel syndrome through effective interventions, such as emotion regulation training and resilience training.

Keywords

Psychological well-being, Resilience, Cognitive emotion regulation Strategies, Irritable bowel syndrome.

Corresponding Author's E-mail

tamannai@kashanu.ac.ir





Research Article


## The Role of Religious Orientation and Defense Mechanisms in the Use of Sexual Pornography

Authors

Zahra Pirbonyan<sup>1</sup>, Zahra Nikmanesh<sup>2\*</sup>, Sana Nourimoghadam<sup>3</sup>

 1. M.A of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran. [pirbonyan@gmail.com](mailto:pirbonyan@gmail.com)

 2. Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.  
(Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran. [s.nourimoghadam@ped.usb.ac.ir](mailto:s.nourimoghadam@ped.usb.ac.ir)

Abstract

**Receive Date:**  
08/11/2023

**Accept Date:**  
13/04/2024



**Introduction:** The widespread negative effects of pornography, which is an increasingly prevalent issue in today's society, have raised numerous questions regarding the factors that influence the tendency to engage with it. The purpose of this study was to investigate the role of religious orientation and defense mechanisms in the use of pornography among a group of students.

**Method:** The method of the present study was both descriptive and correlational. The statistical population comprised all students at the University of Sistan and Baluchestan. A total of 377 individuals were selected as samples using a multi-stage cluster sampling method. To gather information, we utilized the pornography questionnaires developed by Kerr et al. (2013), the religious self-regulation scale by Ryan et al. (1993), and the defense mechanisms inventory created by Andrews et al. (1993). Data analysis was conducted using Pearson correlation and regression analysis.

**Results:** The findings indicated a significant inverse relationship between the dimensions of introverted and self-accepting religious orientation and sexual pornography. Additionally, there was a significant direct relationship between immature defense mechanisms and sexual pornography. Additionally, the results of the stepwise regression indicated that self-accepting religious orientation and immature defense mechanisms were included in the equation during the first step, explaining 0.13% and 0.02% of the variance in sexual pornography, respectively ( $p = 0.01$ ).

**Discussion and conclusion:** Religious adherence, attitudes toward pornography, and defense mechanisms play a crucial role in predicting the desire for sexual pornography. Therefore, community health professionals can utilize religious teachings and mature defense mechanisms to develop preventive and therapeutic programs aimed at combating sexual pornography.

Keywords

Religious Orientation, Defense Mechanisms, Sexual Pornography.

Corresponding Author's E-mail


[znikmanesh@ped.usb.ac.ir](mailto:znikmanesh@ped.usb.ac.ir)


Research Article


# Causal Model of Aggression based on Personality Traits, Early Maladaptive Schema and Aggression: Mediating Role of Emotion Regulation Strategies


Authors

Shila Mohseni<sup>1</sup>, Majid Barzegar<sup>2\*</sup>, Azarmidokht Rezaei<sup>3</sup>, Hossein Bagholi<sup>4</sup>

 1. Ph.D. Candidate of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdash, Iran. Sh.mohseni9898@gmail.com

 2. Assistant Professor, Department of Psychology of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad university, Marvdash, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Psychology of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad university, Marvdash, Iran. rezaei.azar@yahoo.com

 4. Assistant Professor, Department of Psychology of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad university, Marvdash, Iran. bhossein@gmail.com

Abstract

Receive Date:  
11/02/2024

Accept Date:  
31/07/2024



**Introduction:** Aggression is an abnormal phenomenon that is notably prevalent during adolescence, with various factors contributing to its occurrence. The aim of this study was to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between early dysfunctional schemas, personality traits, and aggression.

**Method:** The research design employed correlational analysis and structural equation modeling. The statistical population of the study comprised all second-year high school students in Yasuj during the 2019-2020 academic year. A total of 340 students were selected using multi-stage cluster random sampling. Four questionnaires were utilized to collect data: Young's Early Maladaptive Schemas Short Form (SQ-SF), the Five Factor Model of Personality (NEO), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and the Aggression Questionnaire (AQ). Data analysis was conducted using Pearson correlation methods and structural equation modeling, employing SPSS and AMOS software.

**Results:** The results indicated that, among the personality traits, responsibility, agreeableness, extraversion, and flexibility had a negative and significant impact on maladaptive emotion regulation strategies. Conversely, extraversion and flexibility demonstrated a positive and significant influence on adaptive emotion regulation strategies. Additionally, the schemas of emotional deprivation, abandonment, distrust, and emotional inhibition had a positive and significant impact on maladaptive emotion regulation strategies. Conversely, the schemas of abandonment, deficiency, shame, and entitlement negatively affected adaptive emotion regulation strategies. In addition, the personality trait of agreeableness had a negative direct effect, while the schemas of abandonment, social isolation, failure, emotional inhibition, and entitlement had a positive direct effect on aggression. Finally, among the dimensions of personality traits—responsibility, agreeableness, extraversion, and flexibility—and the dimensions of early dysfunctional schemas—emotional deprivation, abandonment, distrust, shame and inferiority, emotional inhibition, and entitlement—these factors can indirectly influence aggression through cognitive emotion regulation strategies.

**Discussion and conclusion:** In summary, it can be concluded that the interplay of personality trait variables, early dysfunctional schemas, and cognitive emotion regulation strategies significantly contributes to predicting adolescent aggression. The findings of this study can be valuable for school counselors and psychologists in addressing issues related to aggression and emotional dysregulation.

Keywords

Cognitive emotion regulation strategies, Aggression, Early maladaptive schema, Personality traits.

Corresponding Author's E-mail

m.barzegar55@gmail.com


Research Article

# The Role of the Self-Differentiation and Mindfulness in Predicting Disturbed Eating Behaviors in Adolescent's Diabetic

Authors

Khadijeh khoddari<sup>1</sup>, Sana Nourimoghadam<sup>2\*</sup>

 1. Student in MA of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Zahedan, Iran. University of Sistan and Baluchestan, Zahedan.khadijekhoddari@gmail.com

 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:  
17/03/2024

Accept Date:  
18/09/2024



**Introduction:** Diabetes is a chronic metabolic syndrome and the most prevalent endocrine disorder. In addition to physical complications, it also leads to various mental and psychological challenges for patients. Consequently, contemporary treatments adopt a holistic approach that integrates both physiological and psychological care for these individuals. Therefore, the present study aims to determine the role of self-differentiation and mindfulness components in disordered eating behaviors among adolescents with diabetes.

**Method:** This applied study included a sample of 88 adolescents with diabetes who were referred to a specialized diabetes clinic. The study adhered to established inclusion and exclusion criteria and utilized tests for disordered eating behaviors (Garner et al., 1982), self-differentiation (DSI) (Skorn and Friedlander, 1998), and mindfulness (Bauer et al., 2006) for participants aged 12 to 18 years. Data analysis was conducted using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (stepwise regression).

**Results:** The results indicate that the linear combination of predictor variables associated with disordered eating behaviors exhibited multiple correlations ( $r = 0.471$ ,  $p < 0.01$ ). Self-differentiation ( $\beta = 0.191$ ) and mindfulness ( $\beta = 0.188$ ) were both significant at the  $p < 0.01$  level.

**Discussion and conclusion:** The results indicate that self-differentiation and mindfulness play a significant role in predicting disordered eating behaviors among adolescents with diabetes. Therefore, it is recommended that an educational program aimed at enhancing awareness and mindfulness in diabetic adolescents be implemented as an effective strategy for improving disordered eating behaviors.

Keywords

Mindfulness, Disturbed eating behaviors, Differentiation of self, Diabetes.

Corresponding Author's E-mail

s.nourimoghadam@ped.usb.ac.ir


Research Article


# Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Behaviors in Depressed Patients with Bereavement

Authors

Maral Moraveji<sup>1</sup>, Zahra Bagherzadeh Golmakani<sup>2\*</sup>, Mahdi Akbarzadeh<sup>3</sup>

 1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. [m.moraveji73@gmail.com](mailto:m.moraveji73@gmail.com)

 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. [ir.m.akbarzadeh@gmail.com](mailto:ir.m.akbarzadeh@gmail.com)

Abstract

Receive Date:  
01/03/2024

Accept Date:  
29/07/2024



**Introduction:** The experience of grief is one of the most painful challenges an individual may face, often leading to symptoms of depression and potentially resulting in self-harming behavior. This study was conducted to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on the suicidal behaviors of depressed patients experiencing grief.

**Method:** The present study employed a quasi-experimental design featuring a pre-test and post-test, along with a follow-up involving a control group. The statistical population comprised depressed patients experiencing grief who were referred to the Toos Rehabilitation and Treatment Center in Mashhad in 2023. After screening and conducting an initial diagnosis, 45 individuals were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants each: two experimental groups and one control group. Data were collected using depression questionnaires (BDI-II) and assessments of suicidal behaviors (R-SBQ). Initially, all three groups were pre-tested. One experimental group then underwent schema therapy, while the other experimental group received acceptance and commitment therapy for eight 90-minute sessions, held once a week. The control group did not receive any treatment. After the sessions, all three groups underwent post-testing, and follow-up assessments were conducted on all three groups three months later. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) and the Bonferroni post-hoc test.

**Results:** The results indicated that suicidal behaviors decreased from pre-test to post-test and follow-up in both the schema therapy and acceptance and commitment therapy groups ( $P < 0.001$ ). This reduction was more pronounced in the acceptance and commitment therapy group ( $P < 0.001$ ).

**Discussion and conclusion:** Overall, the results suggest that acceptance and commitment therapy is more effective than schema therapy in reducing suicidal behaviors among depressed patients experiencing grief.

It is recommended that specialists in this field utilize Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Schema Therapy to mitigate suicidal behaviors in counseling and treatment centers.

Keywords

Schema therapy, Acceptance and commitment therapy, Suicidal behaviors, Depressed patients with bereavement.

Corresponding Author's E-mail






[z.golmakan@gmail.com](mailto:z.golmakan@gmail.com)

Research Article

# Investigating the Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Depression, Anxiety and Stress of Adolescents

Authors

Shakiba Mahmoudi<sup>1</sup>, Abbas Firoozabadi<sup>2\*</sup>, Seyyed Ruhollah Hosseini<sup>3</sup>,  
Seyyed Kazem Rasoolzadeh Tabatabaei<sup>4</sup>, Maryam Shamsaei<sup>5</sup>

-  1. Master of Cognitive Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. [mahmoodi.shakiba@mail.um.ac.ir](mailto:mahmoodi.shakiba@mail.um.ac.ir)
-  2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author)
-  3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. [r\\_hosseini@um.ac.ir](mailto:r_hosseini@um.ac.ir)
-  4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. [rasool1340@um.ac.ir](mailto:rasool1340@um.ac.ir)
-  5. Master of Cognitive Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. [Maryamshamsaei1995@gmail.com](mailto:Maryamshamsaei1995@gmail.com)

Abstract

Receive Date:  
13/11/2023

Accept Date:  
12/05/2024



**Introduction:** The aim of this study is to investigate the predictive role of cognitive emotion regulation strategies on the levels of depression, anxiety, and stress experienced by adolescents aged 15 to 18 in Mashhad.

**Method:** This study employed a descriptive and correlational design, targeting a population of students in Mashhad aged 15 to 18. A total of 800 participants were selected through cluster random sampling. The data collection tools included demographic information (age, gender, and educational level), the DASS-21 questionnaire, and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-18). After administering the questionnaires to the target sample, data analysis was conducted in two phases: descriptive and inferential statistics. The simultaneous regression method was utilized to test the research hypotheses.

**Results:** The results of this analysis indicate that cognitive emotion regulation strategies significantly predict psychological distress ( $P < 0.001$ ). Specifically, maladaptive emotion regulation strategies directly predict levels of depression, anxiety, and stress experienced by adolescents, while adaptive emotion regulation strategies play an inverse predictive role in determining these mental health outcomes within this age group.

**Discussion and conclusion:** The results of this study indicate that the type of emotion regulation strategies—adaptive versus maladaptive—plays a significant role in predicting the experiences of depression, anxiety, and stress in adolescents. Therefore, implementing therapeutic methods and designing educational programs aimed at enhancing cognitive emotion regulation skills may be effective in reducing psychological distress among adolescents.

Keywords

Adolescent, Emotion Regulation, Depression, Anxiety, Stress, Psychological Distress.

Corresponding Author's E-mail

[a.firoozabadi@um.ac.ir](mailto:a.firoozabadi@um.ac.ir)

Research Article


## Comparison of Dark Personality Traits, Feeling of Alienation and Spiritual Well-Being in People with and without Tendency to Vandalism


Authors

Abbas Abolghasemi<sup>1\*</sup>, Seyyedeh Zahra Seyyed Noori<sup>2</sup>, Morteza Zakeri<sup>3</sup>, Reza Ghorbani<sup>4</sup>

 1. Professor of psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. (Corresponding Author)

 2. Ph.D in psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. zsn.psy@gmail.com

 3. Instruction and Research Center of District 10 of the Organization of Prisons and Security and Educational Measures of the Country, Rasht, Iran. m\_zakeri94@yahoo.com

 4. Ph.D in Sociology of Social Groups, Islamic Azad University, Tehran central Branch, Tehran, Iran. gisom108@yahoo.com

Abstract

Receive Date:  
21/11/2023

Accept Date:  
05/05/2024



**Introduction:** The aim of this study was to compare dark personality traits, feelings of alienation, and spiritual well-being between individuals with a tendency toward vandalism and those without.

**Method:** This survey study employed a causal-comparative design. The population for this study consisted of all individuals residing in prisons within Guilan Province in the year 2020. The sample for the present study consisted of 380 prisoners, including 180 individuals with a history of vandalism and 200 without. These participants were identified and selected from among the prisoners residing in facilities within Guilan Province. To collect data, we utilized the Dark Personality Traits Questionnaire (Jennison & Webster, 2010), the Alienation Scale (Deen, 1961), and the Spiritual Well-being Scale (Golparvar et al., 2014).

The research data were analyzed using statistical methods, specifically analysis of variance and the independent t-test.

**Results:** The results indicated that prisoners convicted of vandalism exhibited higher levels of dark personality traits and feelings of alienation compared to those without vandalism convictions. Additionally, spiritual well-being was significantly lower among prisoners with vandalism (P < 0.01).

**Discussion and conclusion:** These findings have significant implications for pathology, prevention, and the implementation of psychological, social, and spiritual training to address vandalism among prisoners and modify its contributing factors.

Keywords

Dark personality traits, Feeling of Alienation, Spiritual Well-Being, Vandalism.

Corresponding Author's E-mail

abolghasemi1344@guilan.ac.ir





Research Article

# The Role of Perceived Stress in Marital Boredom Due to Ego\_Strength and Mindfulness

Authors

Sheida Alipour<sup>1</sup>, Leila Heydarinasab<sup>2\*</sup>

 1. M.A Student of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.  
Sheida.alipour29@gmail.com

 2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.  
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:  
13/03/2024

Accept Date:  
22/08/2024



**Introduction:** Boredom is defined as a state of mental, emotional, and physical exhaustion resulting from prolonged exposure to emotionally draining conditions. Investigating and identifying the factors that contribute to marital boredom, as well as implementing strategies to prevent it, can significantly strengthen the family unit and sustain the marital relationship. The present study aims to explore the mediating roles of "ego-strength" and mindfulness in the relationship between perceived stress and marital boredom.

**Method:** The present study employs a correlational and structural equation modeling approach, utilizing Amos 23 and SPSS 23 software for data analysis. The statistical population of the study comprises all married female employees from Shahed University, Iran Medical Sciences University, and Shahid Beheshti University in Tehran. A sample of 369 individuals was selected using a purposive sampling method. The instruments utilized in this study include the Paiz Marital Burnout Questionnaire, Cohen's Perceived Stress Scale, Maxstrom et al.'s Self-Strength Scale, and the Five-Factor Mindfulness Questionnaire.

**Results:** The results of the study indicated a meaningful positive relationship between marital boredom and perceived stress. The relationship between marital boredom and both ego-strength and mindfulness is negative and inversely significant. The relationship between perceived stress and both ego-strength and mindfulness is negative and inversely significant. Additionally, the findings indicate that perceived stress, mediated by self-strength and mindfulness, can meaningfully explain marital boredom through structural relationships.

**Discussion and conclusion:** Based on the findings of this study, it can be concluded that the perceived tensions and stresses in the lives of married women, due to their self-strength and mindfulness, can significantly predict their marital burnout in relation to their husbands.

Keywords

Marital Boredom, Perceived stress, Ego-strength, Mindfulness, Married women.

Corresponding Author's E-mail

ihnpsy@gmail.com


Research Article


# Identifying Factors Enhancing and Promoting Marital Satisfaction in a Healthy and Stable Marriage: A Qualitative Study Based on Grounded Theory

Authors

Talat Ahangar<sup>1</sup>, Ahmad Borjali<sup>2\*</sup>, Mahdi Davaei<sup>3</sup>

 1. Ph.D Student, Consulting Department, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [ahangar.ta1544@gmail.com](mailto:ahangar.ta1544@gmail.com)

 2. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [davaei@yahoo.com](mailto:davaei@yahoo.com)

Abstract

Receive Date:  
24/11/2023

Accept Date:  
19/06/2024



**Introduction:** Marital satisfaction is a key indicator of the strength and effectiveness of the family system. The health of a family relies on the presence of a nurturing and evolving relationship; thus, marital satisfaction is essential for establishing a healthy and stable marriage. The present study was conducted to identify the factors that affect marital satisfaction.

**Method:** The present study employed a qualitative, data-driven approach. The study population consisted of premarital counseling specialists who had been professionally active in Tehran in 2021 and had a minimum of five years of counseling experience. A total of 20 specialists participated in the present study. Participants were selected using purposive and accessible sampling methods. The primary tool used in the current study was semi-structured interviews. The analysis of the interviews was conducted using a categorization (coding) method.

**Results:** Data analysis resulted in the identification of 25 open codes, 6 central codes, and a selected code of "marital satisfaction and a healthy, stable marriage." The analysis of the findings revealed that various factors contribute to marital satisfaction. Personality traits serve as reinforcing factors, while satisfying basic needs and strengthening communication skills act as enhancing factors. The results of the study indicate that personality traits—such as emotional stability, high self-confidence, responsibility, flexibility, and moral conscience—along with the fulfillment of basic needs (including the need for love and respect, personal growth, recognition, deep sexual relationships, and physical affection) and the enhancement of communication skills (such as conversational abilities, conflict resolution, interpersonal relationships, empathy, and stress management) significantly contribute to marital satisfaction. The outcomes of the study have been observed at three levels: individual (mental health), couple (adaptation, relationship stability, and reduction of psychological stress), and social (prevention of emotional and legal divorce).

**Discussion and conclusion:** Identifying the factors that enhance and promote marital satisfaction provides valuable insights for counselors and psychologists. This knowledge can assist them in guiding individuals seeking marriage counseling, fostering stable marriages, and mitigating potential harms, as suggested by experts in the Iranian context.

Keywords

Family Health, Personality characteristics, Marital relations, Marital satisfaction, Marital Conflict.

Corresponding Author's E-mail

[borjali@atu.ac.ir](mailto:borjali@atu.ac.ir)





Research Article

# Effectiveness of From Timid To Tiger Program on Clinical Symptoms of Children with Separation Anxiety Disorder and Family Accommodation of Their Parents

Authors

Mohsen Jalali<sup>1\*</sup>, Elnaz Pourahmadi Efstani<sup>2</sup>

 1. Assistant Professor of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Golestan University, Gorgan, Iran. (Corresponding Author)

 2. Department of psychology, Bandargaz Branch, Islamic Aazad University, Bandargaz, Iran. pourahmadi.psycho@yahoo.com

Abstract

Receive Date:  
21/02/2024

Accept Date:  
07/09/2024



**Introduction:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the to Tiger program on the clinical symptoms of children with Separation Anxiety Disorder (SAD) and the family accommodation of their parents.

**Method:** This study employed a semi-experimental research design that included pretests, post-tests, and follow-up assessments with a control group. The statistical population of the research consisted of children with anxiety in Gorgan and their mothers. Thirty-six children were selected using purposive sampling as the research sample and were randomly allocated into experimental and control groups. The Timid to Tiger Program was conducted in 10 sessions for parents in the experimental group. To evaluate the effect of the intervention, the Spence Anxiety Scale and the Family Accommodation Scale were administered to the mothers of all participating children at the beginning, the end of treatment, and during the follow-up stage. Finally, analysis of covariance and the improvement percentage formula were utilized to analyze the data.

**Results:** The results indicated a significant reduction in anxiety among children and improved family accommodation among parents in the experimental group compared to the control group, as observed in both the post-test and follow-up ( $P < 0.05$ ). The results of clinical significance indicated that the anxiety levels of children and the family accommodation of parents in the experimental group significantly improved compared to the control group in both the post-test and follow-up assessments.

**Discussion and conclusion:** The FormTimid to Tiger Program is effective in reducing anxiety in children with Separation Anxiety Disorder and in enhancing parental accommodation. The results of this research, along with similar studies, can be applied in the fields of diagnosis and therapy for anxiety disorders in children.

Keywords

Child, Separation anxiety disorder, From Timid to tiger Program.

Corresponding Author's E-mail

jalali.psycho@yahoo.com

# Contents

## “Some Gueries In Clinical Psychology And Personality”

|  |          |
|--|----------|
| <b>Effectiveness of From Timid To Tiger Program on Clinical Symptoms of Children with Separation Anxiety Disorder and Family Accomadation of Their Parents</b>   |          |
| <i>Jalali, M. and Pourahmadi Esfastani, E.</i> .....   | ۴۴۵ / 1  |
| <b>Identifying Factors Enhancing and Promoting Marital Satisfaction in a Healthy and Stable Marriage: A Qualitative Study Based on Grounded Theory</b>   |          |
| <i>Ahangar, T., Borjali, A. and Davaae, M.</i> .....   | ۴۴۴ / 2  |
| <b>The Role of Perceived Stress in Marital Boredom Due to Ego_Strength and Mindfulness</b>   |          |
| <i>Alipour, Sh. and Heydarinasab, L.</i> .....   | ۴۴۳ / 3  |
| <b>Comparison of Dark Personality Traits, Feeling of Alienation and Spiritual Well-Being in People with and without Tendency to Vandalism</b>  |          |
| <i>Abolghasemi, A., Seyyed Noori, S.Z., Zakeri, M. and Ghorbani, R.</i> .....  | ۴۴۲ / 4  |
| <b>Investigating the Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Depression, Anxiety and Stress of Adolescents</b>   |          |
| <i>Mahmoudi, Sh., Firoozabadi, A., Hosseini, S.R., Rasoolzadeh Tabatabaei, S.K and Shamsaei, M.</i> ....   | ۴۴۱ / 5  |
| <b>Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Behaviors in Depressed Patients with Bereavement</b>  |          |
| <i>Moraveji, M., Bagherzadeh Golmakani, Z. and Akbarzadeh, M.</i> .....  | ۴۴۰ / 6  |
| <b>The Role of the Self-Differentiation and Mindfulness in Predicting Disturbed Eating Behaviors in Adolescent’s Diabetic</b>  |          |
| <i>khoddari, Kh. and Nourimoghadam, S.</i> .....   | ۴۳۹ / 7  |
| <b>Causal Model of Aggression based on Personality Traits, Early Maladaptive Schema and Aggression: Mediating Role of Emotion Regulation Strategies</b>  |          |
| <i>Mohseni, Sh., Barzegar, M., Rezaei, A. and Bagholi, H.</i> .....  | ۴۳۸ / 8  |
| <b>The Role of Religious Orientation and Defense Mechanisms in the Use of Sexual Pornography</b>   |          |
| <i>Pirbonyan, Z., Nikmanesh, Z. and Nourimoghadam, S.</i> .....  | ۴۳۷ / 9  |
| <b>Structural Equation Modeling of the Mediating Role of Resilience in the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Well-Being of Patients with Irritable Bowel Syndrome</b> |          |
| <i>Tamannaefar, M.R. and Shirani, Z.</i> .....   | ۴۳۶ / 10 |
| <b>The Effectiveness of Mindfulness-Based Schema Therapy on Anxiety , Quality of life and Frustration Tolerance of Patients with Multiple Sclerosis</b>  |          |
| <i>Jafarian, N., Rezaie, A. and Izadi, F.</i> .....  | ۴۳۵ / 11 |
| <b>The Relationship Between Attachment Styles and Difficulty in Emotion Regulation: Investigating the Moderating Role of Reflective Functioning</b>  |          |
| <i>Arab Alidosti, F., Deghani, M., Roshan, M. and Robat Milli, S.</i> .....  | ۴۳۴ / 12 |
| <b>Structural Model of the Relationship Between Sexual Satisfaction and Body Image Concern in Women and Men: Mediating Role of Self-esteem and Gender as Moderator in University Students</b>                      |          |
| <i>Moradi, H., Allahyari, A. and Farahani, H.</i> .....  | ۴۳۳ / 13 |

# Contents

**The Relationship of Loneliness with Psychological Well-Being and Rumination in College students: Investigating the Mediating Role of Perceived Stress**

*Torkashvand, B., Aflakseir, A. and Imani, M.* ..... ٤٣٢ / 15

**The Causal Relationship of the Feature Personality Traits Following Mediation Therapy Perceived Social Support in Female Cancer Patients**

*Mardani, M., Firoozi, M. and Vosoughi, T.* ..... ٤٣١ / 15

**The Effect of Group Training Based on Compassion on Psychological Flexibility and Sleep Quality of Firefighters in Isfahan City**

*Ebrahimi, A. and Janatian, S.* ..... ٤٣٠ / 16

**Evaluation of Personality Type and Source of Control in Patients with Coronary Heart Disease**

*Bagheri, M. and Sotoudeh Asl, M.* ..... ٤٢٩ / 17

**Investigating the Structural Model of Predicting Sleep Disorders Through Symptoms of Rumination with the Mediating Role of Social Support in Dialysis Patients**

*vakia, A., Soltani Shal, R. and Abolghasemi, A.* ..... ٤٢٨ / 18

**Investigating the Structural Model of Predicting Sleep Disorders Through Symptoms of Rumination with the Mediating Role of Social Support in Dialysis Patients**

*Ghorbani, F., Rafiepoor, A., Tahmouresi, N. and Hosseinpour, R.* ..... ٤٢٧ / 19

**Descriptive Phenomenology from Instances of Dishonesty in Psychotherapy by Psychotherapists**

*Alipour, H. and Akbari, M.* ..... ٤٢٦ / 20

**The Moderating Role of Self Silencing in Relationship Between Attachment and Marital Satisfaction in Married People**

*Moghadas Sharif, P., Abdekhodaie, Z. and Panaghi, L.* ..... ٤٢٥ / 21

**Comparing the Effectiveness of Self-determination Skills Training and Affect Phobia Therapy on the Meta-Emotional and Mental Toughness in Adolescent Girls with Sexual Abuse Experience**

*Dafeian, F. and Yousefi, Z.* ..... ٤٢٤ / 22

**Psychoactive Substance Uses and Sexual Behavior**

*Nasari, E.* ..... ٤٢٣ / 23

## “Personality and Clinical Evaluation”

**Examining the Validity and Reliability of Iranian Women's Sexual Self-Efficacy Questionnaire**

*Shabani, F., Roshan Chesli, R. and Ghomian, S.* ..... ٤٢٢ / 24

**Rasch Model Analysis of the Psychometric Properties of the Positive Mental Health Scale in Students**

*Yousefi, N. and Pirkhaefi, A.* ..... ٤٢١ / 25

**Cross-validation of the Persian Version of the Revised Scale of Prolonged Grief Disorder**

*Yousefi, R. and Haghazari Esfahlan, A.* ..... ٤٢٠ / 26

**Determining the Reliability and Validity of the Persian Version of Brief Problem Monitor™ for Ages 18-59 in Students**

*Tajamolian, M., Shaeiri, M. and Farahani, H.* ..... ٤١٩ / 27

**Validation and Psychometric Properties of the Farsi Version of the Parental Psychological Control Scale**

*Baindrian, A., Khodaei, A. and Shokri, O.* ..... ٤١٨ / 28

# In The Name Of God

## Journal of Clinical Psychology & Personality

Vol. 22, No. 2, Serial 43, Autumn & Winter 2024-25

**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

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Mohammadali Asghari Moghaddam | Professor of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran                       |
| Gholamali Afrooz              | Professor of Psychology Tehran University, Tehran, Iran                                 |
| Ali Delavar                   | Professor of Statistics & Research Methods, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran |
| Rasol Roshan Chesli           | Professor of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran                                |
| Firouzeh Sepehrian Azar       | Professor of Psychology Urmia University, Urmia, Iran                                   |
| Faramarz Sohrabi Asmaroud     | Professor of Clinical Psychology Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran            |
| Mohammadreza Shairi           | Associate Professor of Psychology Shahed University, Tehran, Iran                       |
| Hossein Shokrkon              | Professor of Psychology Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran                          |
| Mahnaz Aliakbari Dehkordi     | Professor of Psychology Payame Noor University (South Tehran Branch), Tehran, Iran      |
| Abolghasem Isamorad Roodbaneh | Associate Professor of Psychology Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran           |
| Ali Fathi Ashtiani            | Professor of Psychology Baghyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran       |
| Abolghasem Yaghoobi           | Professor, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran  |

**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