# دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»

**دوره ۲٤، شماره ۲، پیاپی ٤۷، پاییز و زمستان ۱٤۰۵**

**صاحب امتیاز:** دانشگاه شاهد
**ویراستار ادبی (انگلیسی):** میلا ملک‌الکلامی

**مدیر مسئول:** رسول روشن چسلی
**شاپای چاپی:** ۲۱۸۸-۲۳٤۵

**سردبیر:** رسول روشن چسلی
**شاپای الکترونیکی:** ٤۷۸٤-۲۳٤۵

**مدیر اجرائی:** مریم قاسم‌پور

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 |
| ٤- رسول روشن چسلی | استاد روانشناسی دانشگاه شاهد،تهران،ایران |
| ۵- فیروزه سپهریان آذر | استاد روانشناسی دانشگاه ارومیه،ارومیه،ایران |
| ٦- فرامرز سهرابی اسمرود | استاد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران |
| ۷- محمدرضا شعیری | دانشیار روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران |
| ۸- حسین شکرکن | استاد روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران |
| ۹- مهناز علی‌اکبری دهکردی | استاد روانشناسی دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب، تهران، ایران |
| ۱۰- ابوالقاسم عیسی‌مراد رودبنه | 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 ـ قم (خلیج فارس) روبروی حرم امام خمینی (ره)، دانشگاه شاهد**

**فاکس: ۰۲۱-۵۱۲۱۵۱۲۴** **صندوق پستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱**

**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، خودکارآمدری، پرخاشگری، درمان شناختی رفتاری، تعارضات زناشویی، ویژگی‌های شخصیتی.

# راهنمای نویسندگان

## بند اول: نحوهٔ نگارش و ارسال مقاله

۱. مجله علمی «روانشناسی بالینی و شخصیت» پذیرای مقاله‌های پژوهشی و مروری اصیل و بدیع تخصصی است که بر اساس ساختار مندرج در راهنمای نویسندگان مجله تنظیم شده باشد.
۲. تمام و یا قسمتی از مقاله ارسالی در هیچ مجله دیگری منتشر نشده باشد و در صورتی که مقاله قبلاً در کنفرانس‌های علمی ارائه شده است، مراتب با ذکر مشخصات کامل کنفرانس مربوطه اعلام گردد.
۳. تا هنگامی که پاسخ پذیرش از نشریه دریافت نشده، مقاله خود را برای نشریه دیگری ارسال نفرمایند.
۴. زبان رسمی مجله فارسی است و مقاله باید به زبان فارسی سلیس و روان نگارش شده باشد.
۵. در متن از به کاربردن کلمات یا اصطلاحات انگلیسی که معادل فارسی قابل فهم دارند خودداری شود. در موارد لازم و ضروری، صورت فارسی واژه در متن و معادل انگلیسی آن در پانویس آورده شود.
۶. مقالات رسیده، توسط سردبیر، هیئت تحریریه و داوران مورد ارزیابی و داوری قرار می‌گیرد و در صورت تایید، پس از انجام اصلاحات (در صورت لزوم) و ویرایش با رعایت نوبت، منتشر خواهد شد.
۷. همراه مقاله ارسالی، نامه‌ای با امضای نویسنده(گان) مقاله، مبنی بر موافقت ایشان برای انتشار مقاله و عدم ارسال همزمان مقاله به مجلات دیگر، ضمیمه شود.
۸. مجله در رد، قبول، ویرایش، تلخیص و اصلاح مقالات، آزاد است و مقالات ارسالی، مسترد نخواهد شد.
۹. ترتیب درج مقالات تابع مقررات خاص خود مجله است و به درجه علمی و شخصیت نویسندگان آن بستگی ندارد.
۱۰. مسئولیت صحت و سقم مندرجات مقاله به عهده نویسنده است.
۱۱. چنانچه مقاله در مهلت اعطا شده به نویسندگان مورد بازنگری قرار نگیرد و در مدت زمان تعیین شده به مجله عودت داده نشود، مجله می‌تواند مقاله را از دستور کار خارج کند. در اینگونه موارد، امکان ارسال مجدد مقاله مذکور به مجله وجود نخواهد داشت.
۱۲. تایپ در محیط نرم‌افزار Microsoft Office Word با تنظیم های کامل زبان فارسی، انجام شود.
۱۳. 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.
۱۴. عنوان (با فونت بولد شده B Traffic با شماره ۲۰).
۱۵. مقاله ارسالی باید دارای صفحه عنوان (انگلیسی و فارسی)، اسامی نویسنده(گان) انگلیسی و فارسی، چکیده مبسوط انگلیسی، چکیده غیرمبسوط انگلیسی و فارسی، واژگان کلیدی (انگلیسی و فارسی) باشد.
۱۶. نویسنده و یا فهرست مشخصات نویسندگان به شکل نمونه زیر (رعایت موارد ذیل، جهت درج مشخصات نویسنده/گان، 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).
۱۷. 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.
۱۸. منحنی‌ها، نمودارها و اشکال به صورت سیاه و سفید و به کمک نرم‌افزار Microsoft Office Word ترسیم و تنظیم، شده باشند.

# راهنمای نویسندگان

۱۹. 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)
۲۰. اسامی و اصطلاحات لاتین باید در زیر همان صفحه، زیرنویس شوند.
۲۱. عناوین مندرج در مقاله شماره‌گذاری نشوند.
۲۲. ضمائم و یاددشت‌ها در انتهای مقاله و بعد از مراجع آورده شوند.
۲۳. نشریه حق رد یا قبول مقالات را برای خود محفوظ می‌دارد.
۲۴. نشریه از دریافت پیشنهادها و انتقادات سازنده در جهت بهبود کیفیت انتشار مقالات استقبال می‌کند.
۲۵. ارسال مقاله تنها از طریق سایت مجله به نشانی زیر https://cpap.shahed.ac.ir/ و پس از ثبت‌نام در آن امکان‌پذیر است.
۲۶. جهت مشاهده منشور اخلاقی به سایت مجله مراجعه شود: صفحه اصلی- اطلاعات نشریه- اصول اخلاقی انتشار مقاله
۲۷. **کد اخلاق: اخذ کد اخلاق از دانشگاه مربوط یا دانشگاه هایی که کمیته اخلاق دارند.**( در صورت امکان)
۲۸. برای دریافت پذیرش نهایی، لازم است مقاله علاوه بر فورمت فعلی، بر اساس قالب زودآیند و سایر قالب‌های مورد نظر مجله که در صورت موفقیت‌آمیز بودن نتایج داوری و تأئید کلیه اصلاحات انجام شده به نویسنده اعلام خواهد شد نیز آماده و در سامانه بارگذاری شود. ضروری است محتوای کلیهٔ نسخه‌های ارسالی مقاله (اعم از نسخهٔ زودآیند، نسخهٔ معمولی بدون کامنت، و نسخهٔ معمولی تغییرات برجسته شده)، به لحاظ محتوا و ساختار مقاله بطور دقیق با یکدیگر یکسان باشند [فورمت زودآیند در صفحه اصلی سامانه مجله موجود است].
۲۹. در هنگام ارسال مقاله در مرحله اولیه، لازم است دو نسخه از فایل مقاله مشتمل بر **نسخه بی نام** و **نسخه با نام** نویسندگان بارگذاری شود.
۳۰. فرم تعهد نویسنده تکمیل شود.
۳۱. فرم تعارض منافع تکمیل شود.
۳۲. فایل مشخصات نویسندگان
۳۳. انصراف نویسنده مسئول از بررسی مقاله تنها تا یک هفته پس از ارسال مقاله به نشریه امکان‌پذیر است. پس از آن که مقاله وارد فرآیند داوری شد، امکان انصراف وجود ندارد. در صورت تمایلِ نویسنده مسئول به ارسال درخواست بازپس‌گیری مقاله پس از فرصت تعیین شده، این درخواست باید الزاماً از طریق گزینه مربوطه در سامانه مجله ارسال شود. شایان ذکر است موافقت سردبیر با درخواست بازپس‌گیری مقاله، نویسنده مسئول موظف است به نمایندگی از کلیه نویسندگان، هزینه‌های بررسی و داوری را پرداخت کند. در صورت استنکاف نویسنده از پرداخت هزینه‌های تعیین شده، مجله می‌تواند بدون اجازهٔ مجدد نویسنده و در صورت صلاحدید، مقاله مذکور را با رعایت حقوق معنوی نویسندگان آن، منتشر کند.
۳۴. ارسال هم‌زمان مقاله به مجلات یا همایش‌های دیگر پیش از دریافت تصمیم نهایی مجله در خصوص مقاله، تخلف پژوهشی محسوب می‌شود و در این صورت مطابق مقررات عمل خواهد شد.
۳۵. مجله حق ارزیابی رعایت موازین اخلاقی، موارد سرقت علمی و سلب اعتبار مقالات را برای خود محفوظ می‌دارد و در هر مرحله از فرایند ارزیابی مقاله یا حتی پس از انتشار، می‌تواند در خصوص قرار دادن نام نویسندگان متخلف در لیست سیاه و سلب اعتبار مقالات یاد شده اقدام کند.

## بند دوم: ترتیب و جزئیات عناوین داخلی و ساختار مقاله

با عنایت به لزوم رعایت نقطه‌نظرات نگارشی و ساختار مقالات مجله، لازم است نویسندگان محترم ساختار و عناوین داخلی مقاله را چه به لحاظ ترتیب و چه به لحاظ شکلی و نحوهٔ نگارش، بطور دقیق مورد بررسی قرار دهند و پس از اطمینان از مطابقت داشتن مقاله با کلیهٔ موارد ذکر شده، نسبت به ارسال آن اقدام کنند. ساختار و کلیدواژگان درونی مقالات مجله به ترتیب زیر است:

# راهنمای نویسندگان

**عنوان انگلیسی مقاله**

نام و نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان به ترتیب نویسندهٔ اصلی، نویسنده دوم و بقیه همراه با مرتبهٔ علمی، سازمان متبوع و کد ORCID آنها در پاورقی اولین صفحه درج شود. علاوه بر این، لازم است نویسنده مسئول (نویسنده عهده‌دار مکاتبات) مشخص باشد.

**چکیده کوتاه یا مختصر به زبان انگلیسی**

چکیده انگلیسی نیز بین 200 تا 250 واژه باشد .همچنین باید از لحاظ مفهوم، منطبق با چکیده مختصر فارسی باشد و بخشهای مختلف آن شامل: Introduction, Method, Results, Discussion and conclusion, Keywords

هر یک از این بخشها در یک پارگراف مجزا نوشته شود.

اندازه قلم و فونت بخشهای مختلف چکیده انگلیسی به صورت زیر نوشته شود:

(Times New Roman, Font size: 9, Bold)

چکیده مبسوط یا گسترده انگلیسی در واقع شرح کاملتر و مفصلتر چکیده کوتاه انگلیسی است .این چکیده باید شامل بخش‌های Introduction، Method، Results، Conclusion،Ethical Considerations (ملاحظات اخلاقی شامل Compliance with ethical guidelines، Funding، Authors' contribution، Conflict of interest، و Acknowledgements) باشد.

**نحوه تدوین چکیده مبسوط انگلیسی**

**(Introduction بین 200 تا 250 واژه)**

کلمه Introduction با فونت Times New Roman ، اندازهٔ قلم ۹ و بولد باشد؛ ولی متن توضیحات این بخش بولد نباشد.

در این بخش موارد مهمی مانند دامنه موضوع، مبانی نظری و پژوهشی، اهمیت و ضرورت، تصریح مسئله پژوهش، و در نهایت هدف مقاله به اختصار نوشته شود .این بخش در واقع تلخیص بخش نخست مقاله کامل شما تا قبل از بخش روش است.

**(Method بین 200 تا 250 واژه)**

کلمه Method با فونت Times New Roman ، اندازهٔ قلم ۹ و بولد باشد؛ ولی متن توضیحات این بخش بولد نباشد.

در این بخش که در واقع تلخیص بخش روش در متن کامل مقاله شما است و شامل نوع مطالعه، تعریف جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری، ابزارها، روش اجرا و روش تحلیل است (اگر مطالعه از نوع مداخلهای است، برنامه مداخلهای قبل از روش اجرا توضیح داده شود.)

**(Results بین 300 تا 350 واژه)**

کلمه Results با فونت Times New Roman ، اندازهٔ قلم ۹ و بولد باشد؛ ولی متن توضیحات این بخش بولد نباشد.

یافته های اصلی پژوهش شامل یافته های توصیفی و استنباطی به صورت خلاصه گزارش شود .این بخش نیز در واقع تلخیص بخش یافته های متن کامل مقاله شما است .لازم نیست پیش فرض های آزمونهای مورد نظر گزارش شود و فقط در یک جمله تصریح شود که مفروضه‌ها رعایت شده است جدول‌ها و یا نمودارهای ضروری، شماره‌گذاری و ارائه شوند. (بیش از دو جدول نباشد).

**(Conclusion بین 200 تا 250 واژه)**

کلمه Conclusion با فونت Times New Roman ، اندازهٔ قلم ۹ و بولد باشد؛ ولی متن توضیحات این بخش بولد نباشد.

نتیجه گیری باید شامل موارد زیر باشد: (۱) اصول و تعمیم های حاصل از نتایج، (۲) استثنا، مشکلات یا محدودیت های کار، (۳) کاربرد نظری و عملی، (۴) نتیجه‌گیری‌ها و پیشنهادها.

کل چکیده مبسوط حداکثر ۴ صفحه

# راهنمای نویسندگان

**بخش ملاحظات اخلاقی به زبان انگلیسی**

این بخش در پایان چکیده مبسوط به زبان انگلیسی به ترتیب با یک عنوان کلی Ethical Considerations و شامل زیرعنوان‌های زیر نوشته شود (تأکید میشود توضیحات هر یک از بخش های زیر باید به زبان انگلیسی نوشته شود):

**Ethical Considerations (اندازه قلم ۹)**

**Compliance with ethical guidelines (اندازه قلم ۹)**

کد اخلاق، شماره و تاریخ صدور مجوزهای لازم برای اجرای مطالعه در این بخش ذکر شود .اگر مقاله برگرفته از پایان نامه است کد پایان نامه و تاریخ تصویب پروپوزال و یا تاریخ دفاع ذکر شود .اگر مقاله برگرفته از طرح پژوهشی است، کد طرح و تاریخ تصویب یا دفاع از طرح پژوهشی ذکر شود .همچنین رضایت افراد نمونه و اصولی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رعایت اصل رازداری در این قسمت تصریح شود.

**Funding (اندازه قلم ۹)**

در این بخش توضیح دهید که از چه سازمان یا مؤسس های بودجه لازم برای اجرای پژوهش دریافت کردید .اگر حامی مالی نداشتید میتوانید بنویسید که این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

**Authors' contribution (اندازه قلم ۹)**

در این قسمت باید توضیح دهید که نقش هر یک از نویسندگان در مقاله چه بوده است .اگر مقاله برگرفته از طرح پژوهشی بوده است میتوانید نام مجری و همکاران را بنویسید .توضیحاتی مانند اجرا کننده مطالعه، نویسنده مقاله، ویراستار علمی، تحلیلگر، و یا استاد راهنما، استاد مشاور و نظایر آن را می توانید به عنوان نقش هر نویسنده در این قمست توضیح دهید.

**Conflict of interest (اندازه قلم ۹)**

در این قسمت در یک جمله بنویسید که آیا در ارائه نتایج پژوهش، تضاد منافع وجود داشته است یا نه.

**Acknowledgements (اندازه قلم ۹)**

در این قسمت از افراد نمونه، مؤسسات صادر کننده مجوزهای لازم، استادان راهنما و مشاور، و هر فرد یا سازمانی که در انجام مطالعه به شما کمک کرده است، تشکر و قدردانی کنید و دقیق دلایل تشکر و قدردانی را بنویسید.

*جهت بهبود کیفیت نگارش چکیده انگلیسی مقالات، لازم است نویسندگان قبل از ارسال مقاله، متن چکیده را در سامانه Grammarly قرار دهند و پس از رفع ایرادات گرفته شده چکیده را برای نشریه ارسال کنند.

**عنوان فارسی مقاله**

نام و نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان به ترتیب نویسندهٔ اصلی، نویسنده دوم و بقیه همراه با مرتبهٔ علمی، سازمان متبوع و کد ORCID آنها در پاورقی اولین صفحه درج شود. علاوه بر این، لازم است نویسنده مسئول (نویسنده عهده‌دار مکاتبات) مشخص باشد.

**چکیده فارسی غیرمبسوط و ساختاریافته** مقاله بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ واژه، شامل بخش‌های: مقدمه، روش، نتایج، بحث و نتیجه گیری و کلید واژه‌ها

**مقدمه**

**فرضیه‌ها یا سوال‌های پژوهش**( درصورت موجود بودن)

# راهنمای نویسندگان

**روش :** شامل( نوع پژوهش ، آزمودنی : جامعه آماری و نمونه پژوهش ، ابزارهای پـژوهش، شـیوه انجـام پـژوهش و شـیوه تحلیـل داده‌ها.)

**نتایج**

**بحث و نتیجه گیری**

**محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش( در صورت موجود بودن)**

**ملاحظات اخلاقی به زبان فارسی**

این بخش که عنوان کلی ملاحظات اخلاقی نام دارد در پایان متن کامل مقاله به زبان فارسی به ترتیـب شـامل مـوارد زیـر نوشـته شود:

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش**

کد اخلاق، شماره و تاریخ صدور مجوزهای لازم برای اجرای مطالعه در این بخش ذکر شود .اگر مقاله برگرفته از پایان نامه ، رسـاله طرح پژوهشی است، ذکر شود.

**حامی مالی**

در این بخش توضیح دهید که از چه سازمان یا مؤسسهای بودجه لازم برای اجرای پژوهش دریافت کردید .اگر حامی مالی نداشتید میتوانید بنویسید که این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است .

**سپاسگزاری( در صورت موجود بودن) تقدیر و تشکر (Acknowledgement and Funding):** [در نسخه بـا نـام مقالـه، درج اطلاعات «تقدیر و تشکر» در قسمت انتهایی مقاله (پیش از فهرست منابع) ضروری است. شایان ذکر است در نسخه بی‌نام مقاله به منظور حفظ محرمانگی، صرفاً درج عنوان «تقدیر و تشکر» کفایت می‌کند و نباید اطلاعات ذیل آن درج شـود. بـدیهی است، پس از نهایی شدن مراحل داوری که از نویسنده خواسته می‌شود تا نسخه‌های نهایی مقاله را بر اساس قالـب‌هـای مـورد نظر مجله بارگذاری کنند، تکمیل اطلاعات این بخش توسط نویسنده ضروری است].

**منابع:** فهرست منابع و همچنین استناددهی درون‌متنی بر اساس سبک استناددهی ونکوور (Vancouver Style) باشد.

**پیوست‌ها** [در صورت موجود بودن]

مقالات ارزیابی تستها پیوست باشد.

## بند سوم: شیوه ارجاع دهی در متن و تنظیم فهرست منابع

۱. استناددهی (ارجاع‌دهی) 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 اسـتفاده در داخـل کروشـه [ ]، انجام داده و تا آخرین منبع استفاده شده، ادامه دهید (از گذاشتن پرانتز در متن مقاله و ذکر؛ فامیل مولـف، سـال و صـفحه در آن، خودداری کنید). چنانچه استفاده از منبعی، تکرار شده است، شماره همان منبع مورد اسـتفاده را مجـددا در مـتن، اشـاره 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.

نمونه فهرست منابع بر اساس سبک ونکوور لینک می‌باشد.

برای تمامی استنادهای درون متن، در فهرست منابع اطلاعات کتابشناختی کامل منبع مورد نظر وجود داشته باشد.

برای تمامی منابع مندرج در فهرست منابع، حتماً استناد درون متنی وجود داشته باشد.

# راهنمای نویسندگان

منابع مندرج در فهرست منابع، منابع واقعی باشند و Fake نباشند. (از طریق جستجو در اینترنت برای تک تک منابع از این امر اطمینان حاصل شود).

برای تمامی منابع در صورتی که DOI دارند، حتماً DOI در اطلاعات کتابشناختی درج شود. در صورتی که DOI ندارند، URL منابع بجای آن درج شود.

منابع فارسی در فهرست منابع بر اساس اطلاعات کتابشناختی انگلیسی که خود مجله در خصوص مقاله ارائه کرده است (شکل انگلیسی نام نویسنده، عنوان مقاله و عنوان مجله با آنچه در مقاله آمده است مطابقت داشته باشد) به انگلیسی ترجمه شده باشد و در انتها حتماً عبارت [In Persian] درج شده باشد.

نویسندگان در ارجاعات خود به حداقل دو مقاله از شماره های قبلی نشریه روان شناسی بالینی و شخصیت ارجاع و آن ها را در فهرست منابع مقاله خود، رنگی کنند.

مقاله های پژوهشی حوزه فرهنگ ایثار و شهادت چنانچه در راستای حیطه موضوعی نشریه باشند، در اولویت قرار می گیرند.

توجه: هزینه انتشار مقاله در نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت، یک میلیون ریال (صد هزار تومان) می باشد.

یادآوری: مقاله‌ای که بر اساس راهنمای نویسندگان مجله تهیه و تنظیم نشده باشد، از دستور کار ارزیابی‌های علمی مجله خارج می‌شود.

# فهرست مطالب

## «جستارهایی در روان‌شناسی بالینی و شخصیت»


**اثربخشی پروتکل درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی، و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی**

*محمدحسن شاملی، احمد برجعلی، ابوالقاسم عیسی مراد رودبنه، افروز افشاری و محمد عسگری* ..... ۱

**اثربخشی تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای بر تکانش‌گری و حافظه فعال در نوجوانان دارای ADHD: یک مطالعه نیمه‌تجربی**

*مینا مصلائی پوریزدی و محسن سعید منش* ..... ۱۷

**مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی – رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری**

*زهرا دلیلی، محمدحسین بیاضی و علی‌اکبر ثمری* ..... ۳۱

**ارائه مدل نشانگان ضربه عشق بر اساس تجارب آزاردیدگی دوره کودکی: بررسی نقش میانجی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه**

*اسماعیل سلیمانی، زهرا عباسی و محمد رستمی* ..... ۴۵

**نقش سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی در شادِن‌فرویدِ Schadenfreude دانشجویان**

*فرشته پورمحسنی کلوری، لطیفه نعمتی و ساحل هادیان شیب‌آبندانی* ..... ۶۱

**ارزیابی مدل ساختاری نشانگان وسواسی جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه**

*سیف‌الله آقاجانی، محمد زارعی نوروزی، شایان نوری لاسکی و محدثه مرادی* ..... ۷۳

**تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم**

*علی تقوایی نیا و سارا طراویان* ..... ۹۱

**پیش‌بینی احتمال خودکشی در نوجوانان بر اساس معنای زندگی با میانجی‌گری تاب‌آوری و تنظیم‌شناختی هیجان**

*زهرا رمضان‌زاده بادله، سید محمد حسینی سورکی و مسعود جان بزرگی* ..... ۱۰۵

**مقایسه تأثیر آموزش خود شفقت‌ورزی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان**

*محمد خاک‌نژاد، علی‌اکبر ثمری و مهدی نیری* ..... ۱۲۳

**تأثیر افزودن تمرین بویایی به مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی بر سبک‌های دفاعی نوجوانان پرخاشگر: طرح تک آزمودنی مقایسه‌ای**

*مسعود رعیت‌دوست، محبوبه طاهر، عباسعلی حسین‌خانزاده و سید موسی طباطبایی* ..... ۱۳۷

**مدل‌یابی استحکام روانی بر اساس خلاقیت هیجانی با نقش میانجی نشخوار فکری مادران نوجوانانِ مبتلا به اوتیسم**

*زهره کرمی، آمنه معاضدیان، رضا زیاری و فائزه جهان* ..... ۱۵۳

# فهرست مطالب


**رشد پس‌آسیبی در مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی ذهنی: نقش شخصیت با میانجی‌گری خودشفقتی**

*الهه اسلمی* ..... ۱۶۹

**اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر شناختی رفتاری متمرکز بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) بر عملکرد جنسی و عزت نفس زنان مبتلا به واژینیسموس**

*زهرا علیزاده بیرجندی و زهره نادعلی* ..... ۱۸۵

**مدل ساختاری رابطه سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری – عملی: نقش میانجی ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی**

*مهسا محمدی، منیژه فیروزی و رضا رستمی* ..... ۱۹۹

**اثربخشی مداخله یکپارچه‌نگر جسم – ذهن – معنویت (IBMS) بر کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک**

*آرزو قاسم خانلو، علی عیسی‌زادگان و اسماعیل سلیمانی* ..... ۲۱۵


## «ارزیابی بالینی و شخصیت»


**از مدل‌یابی عاملی تأییدی تا یادگیری ماشین: بررسی چند رویکردی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس PSS-10**

*نورالله یوسفی، علیرضا پیرخائفی، مرضیه یوسفی و احسان احمدی خاوه* ..... ۲۲۷

**بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ( اعتبار و پایایی) پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI)**

*حمید یعقوبی، سمانه نوری و روح اله عباسی* ..... ۲۵۱

**بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی مقیاس تماس با خویشتن (SCS-P)**

*سید امیرحسین احمدی، بهمن بهمنی، پروین جعفری، راضیه بیدهندی یارندی و سید محسن خیرخواه علوی* ..... ۲۶۳


## «فرهنگ و دانش‌گستری در روان‌شناسی بالینی و شخصیت»


**بازاندیشی در تحریف‌های شناختی با نظر به مغالطات منطقی**

*محمد جواد پاشایی* ..... ۲۷۹

**چکیده انگلیسی** ..... ۲۹۳ –۳۵۲

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۶-۱**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20819.1769

**مقاله پژوهشی**

# اثربخشی پروتکل درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی، و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی

**نویسندگان**

**محمدحسن شاملی [۱]، احمد برجعلی [۲*]، ابوالقاسم عیسی مراد رودبنه [۳]، افروز افشاری [۴]، محمد عسگری [۵]**

۱. دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی،تهران، ایران. Shameli921@atu.ac.ir

۲. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. isamorad@atu.ac.ir

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. a.afshari@alzahra.ac.ir

۵. دانشیار، گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. drmasgari423@gmail.com

**چکیده**

**مقدمه:** افسردگی از شایع ترین اختلالات روانی بوده و در سال‌های اخیر روند رو به رشدی، به خصوص در بین نوجوانان داشته است. در پژوهش های قبلی، اندیشه پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی به عنوان عوامل مهم و مرتبط با افسردگی به ویژه در نوجوانان، مطرح شده‌اند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی پروتکل درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی بود.

**روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس آزمون، همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر و پسر ۱۳ تا ۱۸ سال مبتلا به افسردگی همراه با اندیشه پردازی خودکشی در استان اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود و نمونه مورد بررسی شامل ۳۰ دانش‌آموز بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره آموزش و پرورش استان اصفهان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. جهت سنجش متغیرهای پژوهش از مصاحبه‌ساختاریافته (SCID-5)، پرسش نامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسش نامه مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI)، مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS)، و پرسش نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که نمرات پس‌آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی و عاطفه منفی، در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، کاهش معناداری ($p<0.01$) و نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، افزایش معناداری ($p<0.01$) داشته است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** پروتکل درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر بهبود اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی نوجوانان افسرده اثربخش بوده و می‌تواند به عنوان یک درمان مؤثر در زمینه افسردگی همراه با اندیشه پردازی خودکشی به کار گرفته شود.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۱۲/۰۲

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۶/۰۴

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

درمان شناختی رفتاری هیجان مدار، مدل اسپارس، اندیشه‌پردازی خودکشی، کیفیت زندگی، عاطفه منفی

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

borjali@atu.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

**مقدمه**

آسیب‌های روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی در سال‌های اخیر روند افزایشی چشمگیری داشته است و شمار کودکانی که تشخیص و درمان اختلال‌های روانی مختلف را دریافت می‌کنند، به طور قابل توجهی افزایش یافته‌است [۱]. در این میان، اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی در نوجوانان به شمار می‌رود. شواهد پژوهشی متعدد نشان می‌دهند که میزان شیوع افسردگی در نوجوانان طی یک دهه گذشته افزایش یافته است [۲، ۳، ۴]. این افزایش از آن جهت نگران‌کننده است که افسردگی در نوجوانی با پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌های هیجانی، شناختی، تحصیلی و اجتماعی همراه بوده و می‌تواند مسیر رشد روانی - اجتماعی فرد را ب ه‌طور جدی تحت‌تأثیر قرار دهد [۵] . یکی از ملاک‌های نه‌گانه تشخیصی افسردگی اساسی براساس نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[1]، ویرایش پنجم (DSM-5-TR)، اندیشه‌پردازی خودکشی است [۳]. اندیشه پردازی خودکشی به مجموعه‌ای از افکار، باورها و خودگویی‌های ذهنی اشاره دارد که حول محور مرگ و پایان دادن به زندگی شکل می‌گیرند و یکی از پیش‌بین‌های مهم خودکشی محسوب می‌شوند [۶، ۷]؛ به علاوه افسردگی همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی، با شدت افسردگی بالاتر و عملکرد ضعیف تر به خصوص در نوجوانان همراه است[۸]. این یافته ها بر اهمیت ویژه پرداختن به افسردگی همراه با اندیشه پردازی خودکشی در نوجوانان تأکید دارند. یکی دیگر از عوامل مهم که در بروز و تداوم افسردگی نقش دارد، عاطفه منفی یا روان رنجوری است [۳، ۹]. عاطفه منفی که در ادبیات پژوهشی با مفاهیمی همچون روان‌رنجوری، اضطراب صفت، بازداری رفتاری و اجتناب از آسیب نیز توصیف شده‌است [۱۰]، یک ویژگی شخصیتی نسبتاً پایدار است که با تمایل به تجربه هیجان های منفی، حساسیت بالا به استرس و واکنش های هیجانی شدید مشخص می‌شود. افراد دارای سطوح بالای روان‌رنجوری، در مواجهه با عوامل استرس‌زا، با احتمال بیشتری دچار هیجان‌های منفی و نشانه‌های افسردگی می‌شوند [۱۱]. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که عاطفه منفی نه تنها با علائم افسردگی رابطه معنادار دارد، بلکه به عنوان یک عامل پیش‌بین قوی برای بروز و تداوم افسردگی نیز عمل می‌کند [۱۲و۱۳]. در کنار این موارد، یافته‌های مطالعات طولی نشان داده‌اند که افسردگی به خصوص در نوجوانان با کاهش پایدار کیفیت زندگی نیز همراه است [۱۴و۱۵]. کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی، در چارچوب فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و نیز در ارتباط با اهداف، انتظارات و نگرانی‌هایش اشاره دارد [۱۶]. در نوجوانان، کیفیت زندگی نه تنها با سلامت جسمانی و عملکرد روزمره مرتبط است، بلکه شامل رضایت از زندگی، خودپنداره مثبت، روابط خانوادگی، اجتماعی و توانایی ایجاد ارتباطات جدید نیز می‌شود [۱۷]. بررسی کیفیت زندگی نوجوانان از این جهت مهم است که این دوره رشد با تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی گسترده همراه است و عوامل مختلف فردی و محیطی می‌توانند بر ادراک آنان از کیفیت زندگی تأثیر بگذارند [۱۸]، ضمنا ارزیابی کیفیت زندگی در فرایند درمان، هم می‌تواند به فهم تأثیر افسردگی بر عملکرد فعلی فرد کمک کند و هم معیاری برای تعیین اثر درمان بر کیفیت زندگی فرد باشد [۱۹، ۲۰].

به طور کلی می‌توان بر اساس این شواهد مطرح کرد که عاطفه منفی به عنوان یک سازوکار هیجانی پایدار، با افزایش شدت نشانه‌های افسردگی در نوجوانان مرتبط است و این افزایش شدت، خود با بروز اندیشه‌پردازی خودکشی و کاهش کیفیت زندگی همراه می‌شود [۲۱]؛ بنابراین استفاده از مداخله درمانی مؤثر که بتوانند هم‌زمان بر نشانه‌های افسردگی، عاطفه منفی و پیامدهای آن از جمله اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی اثر بگذارند، ضرورت دارد.

در خصوص انتخاب رویکرد درمانی مناسب، اگرچه درمان شناختی - رفتاری[2] به‌عنوان یکی از مداخلات خط نخست در درمان افسردگی نوجوانان شناخته می‌شود و شواهد قابل توجهی از اثربخشی آن در کاهش نشانه‌های افسردگی و اندیشه‌پردازی خودکشی وجود دارد [۲۲و۲۳]، با این حال بسیاری از رویکردهای شناختی - رفتاری کلاسیک، هیجان را بیشتر به عنوان پیامد پردازش‌های شناختی در نظر گرفته و کمتر بر سازوکارهای هیجانی

1 . Diagnostic and statistical manual of mental disorders

2 . Cognitive Behavioral Therapy

زیربنایی تمرکز کرده‌اند[ ۲۰]. البته در سال‌های اخیر، رویکردهای موج سوم و فراتشخیصی تلاش کرده‌اند به نقش هیجان توجه بیشتری نشان دهند [۲۵،۲۴و۲۶]. برای نمونه می‌توان به دو مدل هیجانی گراس[1] و لینهان[2] نیز اشاره نمود. مدل فرایندی تنظیم هیجان گراس، تنظیم هیجان را به عنوان مجموعه‌ای از راهبردها در مراحل مختلف فرایند هیجان، از جمله انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، جهت‌دهی توجه، بازسازی شناختی و مهار پاسخ، مفهوم‌پردازی می‌کند [۲۷]. در این مدل فرض اساسی، اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگارهیجانی با تمرکز بر روی تغییر است [۲۸] و مدل تنظیم هیجان لینهان که به عوامل زیستی- اجتماعی و محیط‌های تخریب‌گر توجه دارد و بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی تأکید می‌کند[۲۹]. این مدل‌ها در پژوهش‌های داخلی نیز به کار رفته و اثربخشی آن‌ها بر روی افسردگی و اندیشه‌پردازی خودکشی مشخص شده است [۳۰]. علی‌رغم این پیشرفت‌ها، تمرکز اصلی این رویکردها، بیشتر بر راهبردهای تنظیم هیجان یا مهارت‌های درمانی است و کمتر به سازوکارهای شناختی - هیجانی زیربنایی تولید هیجان و تعامل سیستم‌های بازنمایی هیجانی می‌پردازند و اغلب فاقد یک چارچوب نظری منسجم و دقیق در حوزه هیجان هستند [۲۰]. در این راستا، مدل هیجانی اسپارس که به وسیله پاور و دالگلیش[3] تدوین شده است، با ارائه یک چارچوب شناختی - هیجانی مبتنی بر سیستم‌های بازنمایی چندگانه، تبیین دقیق‌تری از تولید، پردازش و تنظیم هیجان فراهم می‌آورد [۳۱]. این مدل شامل چهار سیستم بازنمایی قیاسی[4]، پیوندی (تداعی)[5]، گزاره‌ای[6] و طرحواره‌ای[7] است که در تعامل با یکدیگر، دو مسیر اصلی برای تولید هیجان ایجاد می‌کنند[۳۲]. مسیر نخست، یک مسیر خودکار و سطح پایین است که عمدتاً از طریق سیستم پیوندی عمل می‌کند، و مسیر دوم، یک مسیر ارزیابانه سطح بالا است که از طریق سیستم طرحواره‌ای فعال می‌شود [۳۳]. افزون بر این، مدل اسپارس همسو با دیدگاه اوتلی و جانسون - لیرد[8]، پنج هیجان پایه‌ای غم، خشم، اضطراب، نفرت و شادی را مبنای تجارب هیجانی دانسته و سایر هیجان‌ها را ترکیبی از این هیجان‌های بنیادین می‌داند [۳۴]. بر این اساس، اختلالات هیجانی از جمله افسردگی، نتیجه ارزیابی‌های نادرست، تعارض یا بازداری بین سیستم‌های بازنمایی و جفت‌شدن ناکارآمد هیجان‌ها مفهوم‌پردازی می‌شوند [۳۵]. به عبارت دیگر، با در نظر گرفتن این دو مسیر هیجانی و پنج هیجان اصلی، تبیینی روشن و کاربردی برای اختلالات هیجانی به ویژه اضطراب و افسردگی ارائه می‌شود که قابلیت اضافه شدن به رویکردهای شناختی رفتاری سنتی را داشته و خلأهای موجود را به ویژه در زمینهٔ هیجان پر می‌نماید. در ادامه به چند تحقیق که از مدل اسپارس استفاده کرده‌اند، اشاره گردیده است: در پژوهش فاکس[9] و همکاران [۳۶]، نقش جفت‌شدگی هیجانی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بررسی شد که همسو با مدل اسپارس مشخص شد که در این بیماران نسبت به گروه کنترل جفت شدن هیجان‌های تنفر و خشم بیشتر دیده می‌شود. در پژوهشی دیگر، هیجان‌های پایه و پیچیده در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب بررسی شد که از نظریه هیجانی پایه‌ای پنجگانه در مدل اسپارس حمایت کرد [۳۷]. در ایران نیز در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بررسی شده بود که نتایج از مؤثربودن این درمان حکایت داشته است [۳۸]؛ بنابراین پژوهش‌های انجام شده از تبیین‌های حاصل از این مدل به خصوص برای اختلالات هیجانی حمایت کرده‌اند. در این راستا، در پژوهش حاضر، از پروتکل شناختی - رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس که به وسیله شاملی و همکاران تدوین و اعتباریابی شده[۳۹]، بهره برده است. این پروتکل با تلفیق تکنیک‌های مؤثر شناختی - رفتاری و یافته‌های نوین حوزه هیجان، به طور مستقیم سازوکارهای هیجانی زیربنایی از جمله عاطفه منفی را هدف قرار می‌دهد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی پروتکل شناختی - رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی

1 . Gross
2 . Linehan
3 . Power & Dalgleish
4 . Analogical
5 . Associative
6 . Propositional
7 . Schematic
8 . Oatley & Johnson-Laird
9 . Fox

خودکشی و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است.

## روش

### نوع پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه گروه کنترل (در انتظار درمان) بوده است.

### آزمودنی

### جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر ۱۳تا ۱۸سال مبتلا به افسردگی دارای افکار خودکشی در استان اصفهان در سال ۱۴۰۳ است.

### نمونه پژوهش

نمونه پژوهش نیز ۳۰ نفر از دانش‌آموزان افسرده دارای افکار خودکشی بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش استان اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جای گرفتند. حجم نمونه بر اساس جدول کوهن[۴۰،] برای سطح معناداری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸۰ و اندازه اثر متوسط (۰/۵) انتخاب شده است. ملاک‌های ورود به پژوهش اعلام رضایت کتبی و آگاهانه نوجوان و والدینش، قرار داشتن در بازه سنی ۱۳تا ۱۸ سال، حضور در دوره تحصیلی متوسطه اول یا دوم، نمره بالاتر از ۱۹ در پرسش‌نامه افسردگی بک، ویرایش دوم (BDI-II) و پاسخ غیرصفر به پرسش ۹ این پرسش‌نامه و دریافت تشخیص افسردگی اساسی همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی بدون علائم روان‌پریشی هذیان و توهم که بر اساس ملاک‌های DSM-5 و به وسیله روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی متخصص و بر اساس مصاحبه ساختاریافته (SCID-5)، بود. ملاک های خروج هم عدم تمایل فرد یا والدین به ادامه جلسات، غیبت بیش از دو جلسه و یا اقدام به خودکشی در طول جلسات، در نظر گرفته شده بود.

### ابزارهای پژوهش

**پروتکل شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس**: پروتکلی است که شاملی و همکاران [۳۹] بر مبنای مدل اسپارس تدوین و مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد، این پروتکل دارای روایی محتوا از نظر متخصصین می‌باشد. پروتکل مذکور شامل ۱۲ جلسه بوده که بر اساس مدل اسپارس تدوین شده است. این پروتکل به صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

**جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس**

| جلسه | شرح جلسات |
|---|---|
| اول | اهداف: توضیح کلی در خصوص زمان و روند جلسات و مرور مسائل مرتبط با رازداری<br>توضیح در خصوص روند کار در جلسه فعلی که شامل ارزیابی و مصاحبه تشخیصی، آشنایی با پروتکل درمانی و ارائه تکلیف خواهد بود.<br>تکالیف: نوشتن اهداف کلی مراجع در زندگی، فهرست مشکلات مراجع، تکمیل نمودار پایش خلق روزانه |
| دوم | اهداف: تقویت رابطه و اتحاد درمانی، ایجاد انگیزه جهت ادامه جلسات، تعیین اهداف درمانی، تعیین فعالیت(هایی) جهت بهبود خلق<br>تکالیف: تعیین گام‌های مورد نیاز برای اهداف کلی زندگی، تکمیل اهداف درمانی، انجام یک یا دو فعالیت لذت‌بخش تعیین شده در جلسه و بررسی تأثیر آن بر خلق مراجع، تکمیل نمودار پایش خلق روزانه |
| سوم | اهداف: شروع آموزش مربوط به مهارت‌های فراهیجانی با تمرکز بر آگاهی از هیجان‌های پایه، کاربرد و ضرورت آن‌ها، پذیرش هیجان‌ها، آشنایی با منطق آگاهی غیرقضاوتی<br>تکالیف: تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت هیجانات تجربه شده در طول هفته، تمرین تنفس آگاهانه |
| چهارم | اهداف: نام‌گذاری و تفکیک هیجان‌های تجربه شده، پذیرش هیجان‌ها، شناسایی رخدادهای قبل، در حین و بعد از تجربه هیجانی<br>تکالیف: تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت تجارب هیجانی همراه با رخدادهای قبل، در حین هیجان و بعد از هیجان، انجام تمرین قدم زدن آگاهانه |

**ادامه جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس**

| جلسه | شرح جلسات |
|---|---|
| پنجم | اهداف: تمرکز بیشتر بر تجربه هیجانی، معرفی کامل مؤلفه‌های تجربه هیجانی، نحوه تعامل آن‌ها،<br>آموزش نحوه آگاهی از این مؤلفه‌ها<br>تکالیف: تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت تجارب هیجانی۲، انجام ذهن آگاهی در هنگام تجربه هیجانی |
| ششم | اهداف توضیح در خصوص تعامل مولفه‌های تجربه هیجانی و نحوه تأثیر آن بر هیجان به عنوان راهبردهای<br>تنظیم هیجان، معرفی راهبردهای درونی – بیرونی و کارآمد- ناکارآمد تنظیم هیجان<br>توضیح در مورد رفتارهای هیجانی به عنوان راهبردهای بیرونی تنظیم هیجان (شامل رفتارهایی که برای<br>اجتناب از هیجان انجام می‌شود و رفتارهایی که ناشی از هیجان است)<br>تکالیف: مطالعه جزوه مربوط به رفتارهای اجتنابی و مبتنی بر هیجان، شناسایی و ثبت راهبردهای رفتاری تنظیم هیجان |
| هفتم | اهداف: توجه به مفهوم تفکر به عنوان یکی از مولفه های تجربه هیجان<br>توضیح نحوه تأثیر تفکر بر هیجان تجربه شده<br>معرفی تله‌های فکری به عنوان راهبردهای درونی و ناکارآمد تنظیم هیجان<br>تکالیف: مطالعه جزوه مربوط به افکار، پر کردن جدول راهبردهای تنظیم هیجان |
| هشتم | اهداف: مرور مطالب قبلی، شناسایی هیجان‌های مشکل ساز، شناسایی باورها، بازداری‌ها و هیجان‌های<br>جفت شده، توضیح روند و اهمیت فراخوانی هیجان‌ها<br>تکالیف: تکمیل کاربرگ مربوط به داستان هیجانی۱ |
| نهم تا یادزهم | اهداف: فراخوانی هیجان، بیان نمادین هیجان و دسترسی به هیجان‌های بازداری شده، تأیید تجربه<br>هیجانی مراجع، پذیرش نیازهای مراجع، تسهیل دسترسی به پاسخ‌های هیجانی سالم‌تر<br>تکلیف: تکمیل کاربرگ مربوط به داستان هیجانی ۲ |
| دوازدهم (پایانی) | اهداف: مرور مفاهیم کلیدی درمان - بررسی احساست فعلی مراجع به خصوص نسبت به پایان یافتن جلسات،<br>آمادگی برای استفاده از مطالب جلسات برای چالش‌های آینده زندگی<br>تکالیف: مرور جزوه مربوط به خلاصه جلسات درمانی |

به منظور کنترل نحوه اجرای تکالیف درمانی، در ابتدای هر جلسه زمانی مشخص به بررسی تکالیف جلسه قبل اختصاص داده می‌شد. تکالیف به صورت کاربرگ‌های ساختاریافته در اختیار مراجعان قرار می‌گرفت و نحوه انجام آن‌ها به صورت دقیق توضیح داده می‌شد. درمانگر با مرور کاربرگ‌ها، میزان پایبندی به تکالیف، برداشت‌های نادرست و موانع اجرای تکلیف را شناسایی کرده و بازخورد اصلاحی ارائه می‌داد.

### مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی[1] (SCID-5)

در این پژوهش، برای انتخاب نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی (SCID-5-cv) استفاده شد. این پرسش‌نامه برای تشخیص گذاری بالینی اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. SCID-5، هرچند برای افراد بالای ۱۸ سال طراحی شده است، اما به گفته طراحان با کمی تغییر در جملات، قابل کاربرد برای نوجوانان را دارد [۴۱]. قابلیت اطمینان و پایایی مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات روانی بر اساس DSM-IV در مطالعه ای برای جمعیت ایرانی متوسط تا خوب (کاپا >۰/۶) گزارش شده است [۴۲].

### پرسشنامه افسردگی بک[2] (BDI-II)

پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) دارای ۲۱ پرسش و یک ابزار خود گزارش‌دهی برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان بالاتر از ۱۳ سال

1 . Structured Clinical Interview for Dsm-5 Disorders (Scid-5-cv): Clinician Version

2 . Beck Depression Inventory

است [۴۳]. هر پرسش شامل ۴ گزینه است که به ترتیب شدت علائم، از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات در BDI-II بین صفر تا ۶۳ است. در تحقیقات مختلف، برای این پرسش‌نامه ثبات درونی بالایی گزارش شده است. برای مثال، دوزوایس و کوین[1] [۴۴] با بررسی ۱۳ مطالعه، میانگین ضریب آلفای ۰/۹۱ (بین ۰/۸۹تا ۰/۹۴) به دست آوردند. همچنین، در کتابچه راهنمای پرسش‌نامه، ضریب پایایی آزمون - باز آزمون یک هفته‌ای برابر ۰/۹۳ عنوان شده است [۴۳]. در ایران این مقیاس در پژوهش فتی و همکاران [۴۵] دارای ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب هم‌بستگی میان دونیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته‌ای برابر ۰/۹۴ و ضریب هم‌بستگی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش اول، ۰/۹۳ گزارش شد. قاسم زاده و همکاران [۴۶] نیز در پژوهش خود که بر روی ۱۲۵ دانشجو اجرا شده بود، آلفای کرونباخ ۰/۸۷را برای همسانی درونی و ضریب هم بستگی ۰/۷۴ برای پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه گزارش داده اند که بیانگر پایایی و روایی مطلوب این پرسش‌نامه می‌باشد. ضمناً در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد.

**پرسش‌نامه اندیشه‌پردازی خودکشی بک[2] (BSSI)**

یک پرسشنامه خودگزارش دهی ۱۹ پرسشی است که وجود و شدت افکار خودکشی را در یک هفته قبل ارزیابی می‌کند [۴۷]. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این صورت است که هر پرسش شامل سه گزینه بوده که بر اساس شدت افکار خودکشی از صفر (عدم وجود) تا ۲ (شدت بالا) نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات بین صفر تا ۳۸ است. نمراه بالاتر بیانگر شدت افکار خودکشی بیشتر است. در تحقیقات مختلف، ثبات درونی این تست در نمونه‌های بالینی هم در بزرگسالان و هم نوجوانان بسیار خوب گزراش شده است [۴۸و۴۹]. در خصوص اجرای این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی هم، اصفهانی و همکاران [۵۰،] پژوهشی را در جمعیت عمومی شهر تهران انجام دادند. در این پژوهش، آلفای کرونباخ نسخه ترجمه شده BSSI، رضایت‌بخش گزارش شد (بالاتر از ۰/۸). ضمناً، نمرات افرادی که اقدام به خودکشی را تجربه کرده بودند، بالاتر از سایرین بود و با نمرات مربوط به شاخص افسردگی و شاخص شدت کلی (GSI) در پرسش‌نامه SCL-90-R همبستگی مثبت و با حمایت اجتماعی همبستگی منفی داشت. به صورت کلی ترجمه فارسی BSSI، دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی در زمینه‌های پژوهشی بوده است. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمد.

**مقیاس عاطفه مثبت و منفی[3] (PANAS)**: مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS) یک ابزار خودگزارش دهی ۲۰ ماده‌ای است که عاطفه مثبت و منفی را می‌سنجد و به وسیله واتسون[4] و همکاران [۵۱] معرفی شده است. ادعا شده است که این مقیاس اندازه گیری‌های مستقلی از عاطفه منفی (NA) و عاطفه مثبت (PA) ارائه می‌کند [۵۲]. هر خرده مقیاس ۱۰ ماده دارد که براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (از به هیچ‌وجه یا بسیار کم =۱ تا بسیار زیاد=۵). در این پژوهش از خرده مقیاس عاطفه منفی استفاده شد که نمرات افراد در این خرده مقیاس بین ۱۰ تا ۵۰ قرار می‌گیرد. در خصوص اجرای این تست برای نوجوانان، هبنر و ویو[5] [۵۳] پایایی و روایی این مقیاس را در این جمعیت مناسب ارزیابی کردند. نتایج گزارش شده در این پژوهش که با شرکت ۲۶۶ دانش‌آموز با میانگین سنی ۱۶ سال انجام شده بود، بدین شرح است: همسانی درونی (ضریب آلفا) برای مقیاس عاطفه مثبت و منفی ۰/۸۵ عنوان شد که بیانگر پایایی مناسب است. تحلیل عاملی انجام شده نیز از وجود دو عامل (خرده مقیاس عاطفه مثبت و منفی) حمایت کرد و هم‌بستگی بین عامل‌ها هم ۰/۱۳- محاسبه شد. بر اساس پژوهش های داخلی نیز این تست دارای روایی و پایایی مناسبی ارزیابی شده‌است [۵۴]. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس عاطفه منفی بر اساس آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسش‌نامه کیفیت زندگی[6] (WHOQOL-BREF)**

در این پژوهش از فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی

1 . Dozois & Covin
2 . Beck Scale for Suicide Ideation

3 . Positive and Negative Affect Schedule
4 . Watson
5 . Huebner & Dew
6 . World Health Organization Quality of Life - Brief Version

سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) استفاده شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ ماده است که دو ماده نخست، به صورت کلی در خصوص کیفیت زندگی و سلامت عمومی است و در نمره گذاری لحاظ نمی‌شود؛ بنابراین نمره گذاری بر اساس پرسش‌های ۳ تا ۲۶ انجام می‌شود (۲۴ پرسش) که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد. در این پژوهش از نمره خام کل استفاده شده است. تمامی پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۱تا۵) نمره گذاری شده و نمره خام هر فرد در بازۀ ۲۴ تا ۱۲۰ قرار می‌گیرد که نمره بالاتر بیانگر کیفیت زندگی بهتر است، البته پرسش‌*ی* ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی و روایی تست نیز در تحقیقات مختلف مناسب ارزیابی شده است [۵۵]. در ایران هم نجات و همکاران [۵۶]، پژوهشی را با هدف اعتبار سنجی WHOQOL-BREF بر روی ۱۱۶۷ نفر انجام دادند. مقادیر هم‌بستگی درون خوشه‌ای، و آلفای کرونباخ در تمام حیطه ها بالای ۰/۷ به دست آمد، ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بوده است. در ۰/۸۳ درصد موارد، هم‌بستگی هر پرسش با حیطه اصلی خود از سایر حیطه ها بالاتر بوده است. پژوهشگران این تحقیق در نهایت بر اساس نتایج به دست آمده، روایی و پایایی این ابزار را برای اجرا در کشور ایران قابل قبول دانستند. در پژوهش حاضر نیز، پایایی این پرسش‌نامه، ۰/۸۸ به دست آمد.

**شیوه انجام پژوهش**

نوجوانان ارجاع شده به مراکز مشاوره آموزش پرورش برای بررسی احراز شرایط ورود به پژوهش مورد پایش قرار گرفتند، به این صورت که ابتدا پرسش‌نامه افسردگی بک، ویرایش دوم (BDI-II) برای آن‌ها اجرا و در صورتی که نمره فردی در این تست بالاتر از ۱۹ بوده و به پرسش شمارۀ ۹ نیز که مربوط به فکر خودکشی است، نمره غیر صفر داده باشد، برای ارزیابی به روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی متخصص ارجاع می‌شدند. از بین آن ها ۳۰ نفر که بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5) تشخیص اختلال افسردگی اساسی همراه با افکار خودکشی و بدون همبودی با اختلالات طیف اسکیزوفرنی دریافت کردند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در انتظار درمان) قرار داده شدند. توضیحات مورد نیاز در خصوص نحوه اجرای پژوهش و جلسات مورد نیاز به والدین و نوجوانان ارائه و اخذ رضایت برای شرکت در پژوهش، به صورت کتبی از آن‌ها صورت گرفت. پیش‌آزمون‌ها، شامل پرسش‌نامه مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI)، مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS)، و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) اجرا شد؛ سپس مداخله مورد نظر بر اساس پروتکل تدوین شده به وسیله شاملی و همکاران [۳۹] برای گروه آزمایش اجرا و در نهایت پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام شد. مداخله برای گروه آزمایش، در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴، در مرکز مشاوره سینا واقع در شهرستان شهرضا و به وسیله روان‌شناس بالینی (دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی و تدوین کننده پروتکل) انجام گرفت. به منظور کنترل پدیده انتشار و جلوگیری از انتقال محتوای مداخله به گروه کنترل، جلسات درمانی گروه آزمایش در زمان و مکان مشخص و به صورت مجزا برگزار شد و گروه کنترل در وضعیت انتظار درمان قرار داشت و هیچ‌گونه آموزش یا مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و صرفاً به صورت هفتگی از نظر خطر خودکشی مورد پایش قرار می‌گرفت که این پایش جنبه ارزیابی و پیشگیری از بحران داشته و شامل مداخله درمانی نبود. پس از اتمام پژوهش، به منظور رعایت اصول اخلاقی، مداخله برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

**شیوه تحلیل داده‌ها**

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شده است.

## نتایج

در جدول۲، ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به افراد شرکت‌کننده نشان داده شده است. همان‌طور که در این جدول مشخص است، تعداد افراد شرکت‌کننده ۳۰ نفر بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. میانگین سنی آزمودنی‌ها، جنسیت و مقطع تحصیلی بر هر دو گروه آزمایش و کنترل در جدول مشخص شده است.

**جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به افراد شرکت کننده در فاز دوم پژوهش (N=۳۰)**

| گروه‌ها | | آزمایش | کنترل |
|---|---|---|---|
| میانگین سن | | ۱۵/۶۷ | ۱۵/۲۰ |
| تعداد افراد | | ۱۵ | ۱۵ |
| جنسیت | پسر | ۴ | ۵ |
| | دختر | ۱۱ | ۱۰ |
| مقطع تحصیلی | هشتم | ۳ | ۵ |
| | نهم | ۴ | ۴ |
| | دهم | ۳ | ۴ |
| | یازدهم | ۵ | ۲ |

در جدول۳، میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرهای عاطفه منفی، اندیشه پردزای خودکشی و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است، میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به عاطفه منفی در گروه آزمایش (گروه مداخله) به ترتیب برابر ۳۰/۸۷ و ۲۰/۴ و در گروه کنترل به ترتیب برابر ۲۹ و ۲۵/۲ است؛ میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به اندیشه‌پردازی خودکشی در گروه آزمایش به ترتیب برابر ۲۴/۸۷ و ۱۴/۴ و در گروه کنترل به ترتیب برابر ۲۶/۰۷و ۲۲/۵۳ است؛ میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون مربوط به کیفیت زندگی در گروه آزمایش به ترتیب برابر ۷۰/۲۰و ۸۸/۱۳ و در گروه کنترل به ترتیب برابر ۷۱/۸۷و ۷۸/۴۷ محاسبه شده است.

**جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل**

| گروه | | پیش‌آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی | پیش‌آزمون عاطفه منفی | پیش‌آزمون کیفیت زندگی | پس‌آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی | پس‌آزمون عاطفه منفی | پس‌آزمون کیفیت زندگی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| آزمایش | میانگین | ۲۴/۸۷ | ۳۰/۸۷ | ۷۰/۲۰ | ۱۴/۴۰ | ۲۰/۴۰ | ۸۸/۱۳ |
| | انحراف استاندارد | ۴/۳۶ | ۵/۰۱ | ۶/۶۲ | ۴/۹۱ | ۳/۰۴ | ۱۰/۳۳ |
| کنترل | میانگین | ۲۶/۰۷ | ۲۹ | ۷۱/۸۷ | ۲۲/۵۳ | ۲۵/۲۰ | ۷۸/۴۷ |
| | انحراف استاندارد | ۲/۷۶ | ۴/۴۴ | ۵/۲۲ | ۳/۱۱ | ۳/۳۴ | ۵/۸۹ |

مقایسه نتایج نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل نشان می‌دهد که گروه مداخله بهبودی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند. برای بررسی معناداری آماری این نتایج از آمار استنباطی استفاده شده است. بدین‌منظور تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. این پژوهش دارای یک متغیر مستقل دو سطحی شامل گروه آزمایش (که مداخله را دریافت می‌کند) و گروه کنترل می‌باشد. متغیرهای وابسته هم شامل پس آزمون عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی است. پیش‌آزمون عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای همپراش (کوواریت[1]) در نظر گرفته شده است. بدین‌ترتیب، با توجه به اینکه یک متغیر مستقل و سه متغیر وابسته به همراه متغیرهای همپراش در پژوهش حضور دارند، برای تحلیل نمرات افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل و تعیین معنادار بودن تفاوت آن‌ها نیاز به تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکوا[2] است. که با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شده است. برای برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس با توجه به اینکه نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ها بر اساس طیف لیکرت، قبل و بعد از مداخله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) در نظر گرفته شده است؛ بنابراین این متغیرها فاصله‌ای بوده و این پیش‌فرض رعایت شده است. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند به طوریکه آزمودنی‌های این دو گروه تعاملی با هم دیگر نداشتند،

1 . Covariate

2 . MANCOVA

**جدول ۵. نتایج آزمون کوواریانس تک متغیره برای هرکدام از متغیرهای وابسته**

| منابع | متغیر وابسته | مجموع مجذورات درجه سوم | df | میانگین جذورات | F | معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | پس‌آزمون اندیشه‌پردازی‌خودکشی | ۳۲۵/۸۰۹ | ۱ | ۳۲۵/۸۰۹ | ۳۰/۲۸۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۴۸ |
| | پس‌آزمون عاطفه‌منفی | ۲۲۴/۳۲۸ | ۱ | ۲۲۴/۳۲۸ | ۴۱/۶۱۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۲۵ |
| | پس‌آزمون کیفیت‌زندگی | ۹۸۰/۲۴۰ | ۱ | ۹۸۰/۲۴۰ | ۲۰/۴۱۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۴۹ |
| خطا | پس‌آزمون اندیشه‌پردازی‌خودکشی | ۲۶۸/۹۸۹ | ۲۵ | ۱۰/۷۶۰ | | | |
| | پس‌آزمون عاطفه‌منفی | ۱۳۴/۷۶۰ | ۲۵ | ۵/۳۹۰ | | | |
| | پس‌آزمون کیفیت‌زندگی | ۱۲۰۰/۵۲۶ | ۲۵ | ۴۸/۰۲۱ | | | |

لذا استقلال مشاهده‌ها نیز رعایت شده‌است. برای بررسی نرمال‌بودن توزیع متغیرها آزمون شاپیرو-ویلک[1] اجرا شد که نتایج نشان داد در هیچ سطحی از متغیرها معنادار نیست (P>0.05) و بدین‌ترتیب، می‌توان گفت، توزیع متغیرها از فرض نرمال‌بودن تخطی نکرده است. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج به دست آمده (p=۰/۱۸۷ و F=۱/۴۶۳ و Box's M=۹/۹۴۴) بیانگر برقرار بودن مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس است (P>0.05) و همچنین، از آزمون لوین[2] نیز برای بررسی برابری واریانس‌ها، استفاده شد. نتایج نشان داد سطوح معناداری در هر سه متغیر از ۰.۰۵ بیشتر است (P>0.05)، لذا از نظر آماری معنادار نبوده و این مفروضه نیز برقرار است؛ بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول۴ مشخص شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴ (Partial $\eta^2$=۰/۶۸۵ و P<۰/۰۱ ۰/۳۱۵=لامبدای ویلکز و $F_{(۳و۲۳)}$=۱۶/۶۳۴) می‌توان گفت، که بین نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، بدین‌ترتیب فرضیه کلی مبنی بر اینکه بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون، در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می‌شود. برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر هرکدام از متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در متن

1 . Shapiro-Wilk
2 . Levene's test

**جدول۴. نتایج خاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره**

| اثر | | ارزش | F | فرضیه df | خطا df | معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | اثر پیلای[3] | ۰/۶۸۵ | ۱۶/۶۳۴ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۸۵ |
| | لامبدای ویلکز[4] | ۰/۳۱۵ | ۱۶/۶۳۴ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۸۵ |
| | اثر هاتلینگ[5] | ۲/۱۷۰ | ۱۶/۶۳۴ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۸۵ |
| | بزرگ‌ترین ریشه‌روی[6] | ۲/۱۷۰ | ۱۶/۶۳۴ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۸۵ |

مانکوا، آنکوا انجام شد که در جدول ۵ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمرات پس‌آزمون عاطفه منفی (Partial $\eta^2$=۰/۶۲۵ و P<۰/۰۱ و $F_{(۱و۲۵)}$=۴۱/۶۱۶)، نمرات پس آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی (Partial $\eta^2$=۰/۵۴۸ و P<۰/۰۱ و $F_{(۱و۲۵)}$=۳۰/۲۸۱) و نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی (Partial $\eta^2$= ۰/۴۴۹ و P< ۰/۰۱ و $F_{(۱و۲۵)}$=۲۰/۴۱۳) در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

به منظور تحلیل بهتر نتایج، میانگین تعدیل شده نیز در جدول ۶ ارائه شده است.

3 . Pillai's Trace
4 . Wilks' Lambda
5 . Hotelling's Trace
6 . Roy's Largest Root

**جدول ۶. میانگین تعدیل شده نمرات پس‌آزمون اندیشه پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی**

| متغیر وابسته | گروه | میانگین | خطای استاندار | سطح اطمینان ۹۵ درصد | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | حد پایین | حد بالا |
| پس‌آزمون اندیشه پردازی خودکشی | آزمایش | ۱۴/۹۱۷ | ۰/۸۸۰ | ۱۳/۱۰۴ | ۱۶/۷۳۰ |
| | کنترل | ۲۲/۰۱۶ | ۰/۸۸۰ | ۲۰/۲۰۳ | ۲۳/۸۲۹ |
| پس‌آزمون عاطفه منفی | آزمایش | ۱۹/۸۵۵ | ۰/۶۲۳ | ۱۸/۵۷۲ | ۲۱/۱۳۸ |
| | کنترل | ۲۵/۷۴۵ | ۰/۶۲۳ | ۲۴/۴۶۲ | ۲۷/۰۲۸ |
| پس‌آزمون کیفیت زندگی | آزمایش | ۸۹/۴۵۷ | ۱/۸۶۰ | ۸۵/۶۲۷ | ۹۳/۲۸۷ |
| | کنترل | ۷۷/۱۴۳ | ۱/۸۶۰ | ۷/۳۱۳ | ۸۰/۹۷۳ |

بدین‌ترتیب و بر اساس نتایج جدول‌های ۳تا۶ می‌توان گفت، مداخله شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی اثربخش بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی نوجوانان افسرده انجام شد. یافته‌ها از اثر بخش‌بودن درمان بر این متغیرها حکایت دارد.

در خصوص تأثیر این درمان بر عاطفه منفی در نوجوانان افسرده؛ یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش‌های [ ۵۸،۵۷، ۵۹] همسو است. در زمینه تأثیر بر اندیشه‌پردازی خودکشی، با پژوهش‌های [۶۱،۶۰و۶۲] و نهایتاً در خصوص تأثیر بر کیفیت زندگی نیز با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پژوهش‌های [۶۴،۶۳، ۶۵] همراستا است.

در مورد عاطفه منفی، بر اساس تبیین حاصل از مدل اسپارس، در نوجوانان افسرده هنگام رو به رو شدن با تجارب هیجانی ناخوشایند، واحد های هیجانی به ویژه غم و خشم به هم متصل شده و فعال شدن یکی، فعال شدن دیگری را به همراه دارد؛ لذا این افراد هر نوع تجربه هیجانی ناخوشایند را یا به کل بازداری می‌کنند و یا در صورت وقوع، آن‌ها را به صورت حالت‌های تهدیدآمیز و ناهمخوان با خود تجربه می‌کنند. در فرایند درمان فضایی برای مراجع فراهم شده تا بتواند این هیجان‌ها و خاطرات غیر قابل پذیرش را در محیطی ایمن تجربه کند و این شهامت را پیدا کند که آن خاطرات و هیجان‌ها را در خویشتن یکپارچه کند [۲۰]. از نگاهی دیگر که با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینهٔ تأثیر درمان‌های شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و رویکردهای فراتشخیصی بر اختلالات هیجانی به ویژه افسردگی نیز همسو است [۶۶و۶۷]، کاهش عاطفه منفی در این درمان، از طریق افزایش آگاهی و پذیرش هیجان انجام شده است به این صورت که فرد تشویق می‌شود تجارب هیجانی را به عنوان پدیده‌ای ضروری در زندگی در نظر بگیرد و بدون اجبار برای سرکوب یا کاهش هیجان‌های منفی، به این تجارب با دیدگاه غیرقضاوت‌گرایانه نگاه کند، از آن‌ها آگاه شود، پیام آن‌ها را درک کند و اجازه دهد تجربه هیجانی سیر طبیعی خود را طی کند [۶۶]. بدین‌ترتیب، واکنش فرد به هیجان‌های منفی اصلاح شده و عاطفه منفی یعنی تمایل یا گرایش به تجربه هیجانات ناخوشایند کاهش می‌یابد.

در خصوص تأثیر درمان بر اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان افسرده شرکت کننده در این پژوهش، این تأثیر از سه منظر قابل تبیین است. نخست اینکه عاطفه منفی یا روان‌رنجوری در تحقیقات زیادی به عنوان پیش‌بین قوی برای افکار و رفتارهای خودکشی مطرح شده است [۶۸، ۶۹] یعنی با کاهش تمایل شدید به اجتناب از هیجان‌های منفی و افزایش تحمل پریشانی و به تبع آن، کاهش عاطفه منفی در افراد، افکارخودکشی نیز کاهش می‌یابد. در همین راستا، این درمان با کاهش عاطفه منفی در نوجوانان افسرده که در قسمت قبل بیان شد، به کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی در افراد منجر شده است. تبیین از منظر دوم به این صورت

است که در این درمان، اندیشه‌پردازی خودکشی به عنوان راهبرد درونی و ناکارآمد تنظیم هیجان در نظر گرفته شده و روی آن‌ها کار می‌شود تا با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، فرد به جای اندیشه‌پردازی خودکشی از راهبردهای کارآمدتر تنظیم هیجان استفاده نماید. در واقع، با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی که هدف این درمان است، افراد یاد می‌گیرند به جای گیرکردن در چرخه‌ها، تله‌های فکری و تفسیرهای فاجعه‌بار، تعبیرهای انعطاف‌پذیرتر و واقع بینانه‌تری نسبت به موقعیت‌های هیجانی در نظر بگیرند [۷۰]. علاوه بر این، مراجع با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی و توجه‌آگاهی، یاد می‌گیرد تجارب هیجانی خود (به خصوص تجارب هیجانی منفی) را بدون قضاوت پذیرفته و بدون استفاده از راهبردهای ناسالم تنظیم هیجان، با آن برخورد نماید. این کار باعث بهبود ارتباط میان افکار و احساسات از طریق تغییر توجه از تفکر تکراری به سمت تمرکز بر لحظه حال شده و دیدگاهی وسیع‌تر برای فرد فراهم می‌کند [۷۱] که به تبع آن، استفاده از راهبردهای ناسالم، از جمله افکار خودکشی و نشخوار ذهنی نیز کاهش می‌یابد.

اما تبیین از منظر سوم که اختصاصاً از مدل اسپارس به دست آمده و در رویکردهای شناختی رفتاری دیگر کمتر مورد توجه بوده است، مربوط به نقش هیجان شرم و ارتباط آن با اندیشه‌پردازی خودکشی در افسردگی است. در تحقیقات سال‌های اخیر، مشخص شده است که نوجوانان افسرده دارای اندیشه‌پردازی خودکشی، نسبت به نوجوانان افسرده بدون این افکار، احساس بی‌ارزشی و شرم بیشتری را تجربه می‌کنند [۷۲و۷۳].

همسو با این نتایج، مدل اسپارس، برخلاف رویکردهای هیجان‌مدار دیگر که بیشتر بر نقش غم در افسردگی و خودکشی تمرکز دارند؛ اتصال هیجان‌های غم و تنفر (شرم) را به‌عنوان یک عامل مهم در افسردگی به‌خصوص همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی در نظر می‌گیرد [۳۲و۳۵] و یکی از اهداف اصلی درمان را گسستن این هیجانات از یکدیگر و کمک به فرد برای یادگیری راهکارهای سالم‌تری جهت تنظیم این هیجانات می‌داند. به همین دلیل، ابتدا در طول روند درمانی، فرد از این هیجانات و نحوه اتصال آن‌ها آگاه شده و سپس با تجربه این هیجانات در بستر درمانی و تفکیک آن‌ها از هم، از شدت اتصال هیجان‌ها کاسته شده و به سمت اصلاح هیجانی حرکت می‌کند و هیجان شرم یا تنفر معطوف به خود، در فرد کمتر شده و به تبع آن، افکار خودآسیب‌رسان و خودکشی‌گرا نیز کاهش می‌یابد.

در تبیین بهبود کیفیت زندگی در نوجوانان افسرده که این درمان را دریافت کردند، می‌توان گفت کیفیت زندگی به عنوان یک سازه عمومی و چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که ادراک ذهنی فرد از وضعیت سلامت جسمانی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، محیط زندگی و کیفیت کلی زندگی را توصیف می‌کند [۷۴]. یکی از مؤلفه هایی که در کیفیت زندگی نقش ایفا می‌کند، تنظیم هیجان است که می‌تواند کیفیت زندگی را از طریق ارتقای توانمندی‌های روان شناختی و بین فردی بهبود بخشد. اگر افراد یاد بگیرند که چگونه خطاهای شناختی خود را اصلاح کنند، هیجانات منفی را مدیریت کنند، روابط اثربخش برقرار کنند و استرس محیطی را کنترل نمایند، سطح بالاتری از خودکارآمدی، شایستگی تحصیلی و حمایت اجتماعی را تجربه خواهند کرد که همگی مؤلفه های کلیدی کیفیت زندگی هستند [۷۵]؛ بنابراین در این پروتکل در جلسات درمانی، پس از شناسایی راهبردهای ناسازگار، ابتدا فرد کارکرد این راهبردها در کاهش موقتی هیجان‌های منفی در کوتاه‌مدت و حفظ مشکلات در دراز مدت را درک کرده و با کسب مهارت های فراهیجانی و به تبع آن به کارگیری راهبردهای کارآمدتر تنظیم هیجان، یاد می‌گیرد که به چالش‌های هیجانی به صورت سالم‌تری پاسخ دهد و وضعیت عاطفی و اجتماعی خود را بهبود بخشد[۲۰]. بدین‌ترتیب، این درمان می‌تواند منجر به افزایش احساس رضایتمندی، کارآمدی و نهایتاً ارتقای کیفیت زندگی در فرد شود.

## محدودیت ها و پیشنهادهای پژوهش

با وجود یافته‌های معنادار پژوهش حاضر، نتایج باید با در نظر گرفتن برخی محدودیت ها تفسیر شوند. نخست، روش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شده است که می‌تواند تعمیم پذیری نتایج را محدود سازد. دوم اینکه جامعه پژوهش صرفاً شامل نوجوانان افسرده دارای اندیشه پردازی خودکشی در استان اصفهان بوده است؛ ازاین‌رو، تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی، فرهنگ‌ها و گروه های سنی نیازمند احتیاط است. همچنین، ارزیابی پیگیری برای بررسی پایداری اثرات درمان در بلندمدت انجام نشده است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در

پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بزرگ‌تر استفاده شود و اثربخشی این پروتکل در مناطق جغرافیایی مختلف و گروه‌های سنی دیگر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، انجام مطالعات طولی همراه با دوره های پیگیری چندماهه می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره ماندگاری اثرات درمان ارائه دهد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش های آتی، بررسی اثربخشی این درمان در مقایسه با سایر رویکردهای هیجان‌مدار یا فراتشخیصی و همچنین سایر اختلالات هیجانی نیز مورد بررسی قرار گیرد. از نظر کاربردی، با توجه به اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس، پیشنهاد می‌شود این پروتکل به عنوان یک مداخله پیشگیرانه و درمانی در مراکز مشاوره آموزش‌وپرورش، ادارات بهزیستی، اورژانس اجتماعی و مراکز بهداشت مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، آموزش این پروتکل به روان‌شناسان و مشاوران شاغل در حوزه نوجوانان می‌تواند نقش مؤثری در کاهش عاطفه منفی و اندیشه‌پردازی خودکشی و ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان افسرده ایفا نماید.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR/ETHICS.2024.78710.1045 اخذ شده از کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی می‌باشد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از شروع درمان توضیحات مورد نیاز به نوجوانان و والدینشان در خصوص نحوه اجرا و جلسات مورد نیاز، داده شد و به صورت کتبی رضایت شرکت در پژوهش از آن‌ها اخذ گردید. افراد گروه کنترل (در انتظار درمان) در طول پژوهش مورد پایش خودکشی به صورت هفتگی قرار گرفتند تا در صورت تشدید علائم مرتبط با خودکشی، برای مداخله در بحران ارجاع داده شوند. پس از اجرای پروتکل و پس‌آزمون‌ها، جلسات درمانی برای گروه کنترل نیز در نظر گرفته شد و در صورتی که در طول جلسات، خطر خودکشی برای مراجعی بالا ارزیابی می‌شد از پژوهش خارج و برای مداخله بحران ارجاع می‌گردید. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی بوده‌است.

## حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده‌است.

## منابع

1- Kring AM, Johnson SL. Abnormal Psychology: *The Science and Treatment of Psychological Disorders*. 14th ed. Wiley; 2018. Kindle edition. https://www.wiley.com/en-us/Abnormal+Psychology%3A+The+Science+and+Treatment+of+Psychological+Disorders%2C+14th+Edition-p-9781119395232

2- Daly M. Prevalence of depression among adolescents in the U.S. from 2009 to 2019: Analysis of trends by sex, race/ethnicity, and income. *J Adolesc Health*. 2022;70(3):496–499. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.08.026

3- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

4- Wilson S, Dumornay NM. Rising rates of adolescent depression in the United States: Challenges and opportunities in the 2020s. *J Adolesc Health*. 2022;70(3):354–355. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.12.003

5- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. Clin Psychol Rev. 1998;18(7):765–794. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00010-5

6- Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. *Clinical interviewing*. 5th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2014.

7- Konjkav, H., Mohammadi, A. Fitting the Structural Model of the Relationship Between Suicidal Thoughts and Attempts in Adolescents, Considering the Mediating Variables of Family Cohesion and Self-Compassion. *Clinical Psychology and Personality*, 2025; 23(2): 29-50. https://doi.org/10.22070/cpap.2025.7271.0

8- Häberling I, Preisig M, Emery S, Baumgartner N, Albermann M, Strumberger M, et al. Clinical characteristics of depressed children and adolescents with and without suicidal thoughts and behavior: A cross-sectional study. *Front Child Adolesc Psychiatry*. 2025; 4: 1510961. https://doi.org/10.3389/frcha.2025.1510961

9- Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A. Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Pers Individ Dif*. 2008;44(3):576–586. https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.09.019

10- Barlow DH, Sauer-Zavala S, Carl JR, Bullis JR, Ellard KK. The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clin Psychol Sci*. 2014; 2(3): 344–365. https://doi.org/10.1177/2167702613505532

11- McCrae RR, Costa PT. Personality in adulthood*: A five-factor theory perspective. 2nd ed*. New York: Guilford Press; 2003. https://doi.org/10.4324/9780203428412

12- Liu C, Chen L, Chen S. Influence of neuroticism on depressive symptoms among Chinese adolescents: The mediation effects of cognitive emotion regulation strategies. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 420. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00420

13- Sultson H, Murd C, Havik M, Konstabel K. Negative affect instability predicts elevated depressive and generalized anxiety disorder symptoms even when negative affect intensity is controlled for: an ecological momentary assessment study. *Front Psychol*. 2024;15:1371115. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1371115

14- Fernandes MDSV, Mendonça CR, da Silva TMV, Noll PRES, de Abreu LC, Noll M. Relationship between depression and quality of life among students: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2023;13(1):6715. https://doi.org/10.1038/s41598-023-33584-3

15- Moutinho ILD, Lucchetti ALG, Ezequiel ODS, Lucchetti G. Mental health and quality of life of Brazilian medical students: Incidence, prevalence, and associated factors within two years of follow-up. *Psychiatry Res.* 2019;274:306–12. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.041

16- World Health Organization. *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version*. Geneva: WHO; 1996. https://iris.who.int/handle/10665/63529

17- Magiera A, Pac A. Determinants of Quality of Life among Adolescents in the Małopolska Region, Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8616. Published 2022 Jul 15. https://doi.org/10.3390/ijerph19148616

18- Gaspar T, Ribeiro JP, de Matos MG, Leal I, Ferreira A. Health-related quality of life in children and adolescents: subjective well being. *Span J Psychol*. 2012;15(1):177-186. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37306

19- Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;209(6):460-468. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.175059

20- Power M. Emotion-focused cognitive therapy. Wiley Blackwell; 2010. https://doi.org/10.1002/9780470660065

21- Rubio A, Oyanedel JC, Bilbao M, Mendiburo-Seguel A, López V, Páez D. Suicidal Ideation Mediates the Relationship Between Affect and Suicide Attempt in Adolescents. *Front Psychol*. 2020;11:524848. Published 2020 Dec 22. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.524848

22- Alavi A, Sharifi B, Ghanizadeh A, Dehbozorgi G. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iran J Pediatr*. 2013;23(4):467-472.

23- Angelakis I, Huggett C, Gooding P, Panagioti M, Hodkinson A. Effectiveness of cognitive–behavioural therapies of varying complexity in reducing depression in adults: systematic review and network meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2022;221(2):459–467. https://doi.org/10.1192/bjp.2022.35

24- Tompkins MA, Greenberg LS, Malberg NT, Tompkins MA. Cognitive behavior psychotherapy and emotion. In: Working With Emotion in Psychodynamic, Cognitive Behavior, and Emotion-Focused Psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2019. 53–106. https://doi.org/10.1037/0000130-000

25- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(9):875-884. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

26- Rahimi M, Bahramipour M. The effectiveness of unified transdiagnostic treatment on emotional awareness, cognitive emotion regulation and positive and negative affect in anxious children. Clin Psychol Pers. 2024; 22(1):179–96. https://doi.org/10.22070/cpap.2024.16501.1252 **[In Persian]**

27- Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;39(3):281-291. https://doi.org/10.1017/s0048577201393198

28- Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. Cl*in Psychol Sci.* 2014;2(4):387‑401. https://doi.org/10.1177/2167702614536164

29- Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2014; 59:40-51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005

30- Hoseini Omam SS, Najafi M, Makvand Hosseini S, Salavati M, Rezaei AM. Comparison of the effectiveness of emotion regulation skills training based on Gross Model and Linehan Model on suicidal thoughts in adolescents with borderline personality disorder. *J Psychol Stud*. 2019;15(1):131-146. https://doi.org/10.22051/psy.2018.18804.1562. **[In Persian]**

31- Power MJ, Dalgleish T. Two routes to emotion: some implications of multi-level theories of emotion for therapeutic practice. *Behav Cogn Psychother*. 1999;27(2):129-141. https://doi.org/10.1017/S1352465899272049.

32- Power MJ, Schmidt S. Emotion-focused treatment of unipolar and bipolar mood disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2004;11(1):44-57. https://doi.org/10.1002/cpp.391.

33- Power M. Cognitive psychopathology: the role of emotion. *Análise Psicológica*. 2009;27:127-141.

34- Oatley K, Johnson-Laird PN. Towards a cognitive theory of emotions. Cogn Emot. 1987;1:29–50. https://doi.org/10.1080/02699938708408362

35- Power M, Dalgleish T. Cognition and emotion: From order to disorder. 3rd ed. Psychology Press; 2016. https://doi.org/10.4324/9781315708744

36- Fox JR, Smithson E, Baillie S, Ferreira N, Mayr I, Power MJ. Emotion coupling and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother*. 2013;20(4):319-333. https://doi.org/10.1002/cpp.1823

37- Power MJ, Tarsia M. Basic and complex emotions in depression and anxiety. *Clin Psychol Psychother*. 2007;14(1):19-31. https://doi.org/10.1002/cpp.515.

38- Sabouri M. Cognitive emotional focus therapy and its effectiveness on suicide ideation and cognitive triad on major depression patients [master's thesis]. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Education and Psychology; 2014. **[In Persian]**

39- Shameli MH, Borjali A, Isamorad A, Afshari A, Asgari M. Development and validation of emotion-focused cognitive behavioral protocol based on SPAARS model: A descriptive study. *JRUMS*. 2025;23(10):918–931. http://journal.rums.ac.ir/article-1-7523-en.html **[In Persian]**

40- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

41- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. *Structured clinical interview for DSM-5 disorders (SCID-5-CV): Clinician version*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2016. https://www.appi.org/Products/Interviewing/Structured-Clinical-Interview-for-DSM-5-Disorders

42- Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Adv Cogn Sci*. 2004;6(1–2):10–22. http://icssjournal.ir/article-1-26-fa.html **[In Persian]**

43- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory manual. 2nd ed*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. https://doi.org/10.1037/t00742-000

44- Dozois DJA, Covin R. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Hopelessness Scale (BHS), and Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). In: Hilsenroth MJ, Segal DL, editors. Comprehensive handbook of psychological assessment. Vol 2. Personality assessment. *Hoboken (NJ): John Wiley & Sons*; 2004. p. 50-69 [Internet]. https://www.wiley.com/en-us/Comprehensive+Handbook+of+Psychological+Assessment%2C+Volume+2%3A+Personality+Assessment-p-9780471480952

45- Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparing two conceptual frameworks. *IJPCP*. 2005;11(3):312–26. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-62-fa.html **[In Persian]**

46- Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-Persian. *Depress Anxiety*. 2005;21:185–92. https://doi.org/10.1002/da.20070

47- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343–52. https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343

48- Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol.* 1988;44(4):499–505. https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6

49- Kumar G, Steer RA. Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav*. 1995;25(3):339–346. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00956.x

50- Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. Psychometric assessment of Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Med J Islam Repub Iran*. 2015;29:268. http://mjiri.iums.ac.ir/article-1-3204-en.html

51- Watson D, Clark LA, Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *J Abnorm Psychol*. 1988;97(3):346 -353. https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.346

52- Crawford JR, Henry JD. The positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2004;43(Pt 3):245–65. https://doi.org/10.1348/0144665031752934

53- Huebner ES, Dew T. Preliminary validation of the positive and negative affect schedule with adolescents. *J Psychoeduc Assess.* 1995;13(3):286–293. https://doi.org/10.1177/073428299501300307

54- Mohammadi N. The factor structure of state and trait forms of positive and negative affect scales. *Int J Behav Sci*. 2011;5(1):21. https://www.behavsci.ir/article_67712.html **[In Persian]**

55- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. *Qual Life Res.* 2004;13(2):299–310. https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00

56- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *SJSPH*. 2006;4(4):1–12. http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html **[In Persian]**

57- Arunya B, Paulomi MS, Shyam SA. Effect of Unified Protocol on neuroticism, emotion regulation skills, and symptom severity—A case series. *J Affect Disord Rep*. 2023;14:100619. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100619

58- Peris-Baquero Ó, Moreno-Pérez JD, Navarro-Haro MV, Díaz-García A, Osma J. Emotion dysregulation and neuroticism as moderators of group Unified Protocol effectiveness outcomes for treating emotional disorders. *J Affect Disord.* 2023;331:313–321. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.079

59- Shahbazi Seyed Ahmadiani L, Khorvash M. The effectiveness of training positive thinking and optimism based on cognitive behavioral skills approach on reducing depression and quality of life among secondary school students. *JAYPS* [Internet]. 2022;2(2):101–114. https://journals.kmanpub.com/index.php/jayps/article/view/508 **[In Persian]**

60- Sander LB, Beisemann M, Doebler P, Micklitz HM, Kerkhof A, Cuijpers P, et al. The effects of internet-based cognitive behavioral therapy for suicidal ideation or behaviors on depression, anxiety, and hopelessness in individuals with suicidal ideation: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *J Med Internet Res*. 2023;25:e46771. https://doi.org/10.2196/46771

61- Chaghazardi F, Arefi M. The effectiveness of cognitive-behavioral intervention on suicidal thoughts, health anxiety, and frustration among adolescents. *J New Adv Psychol Train Educ*. 2023;6(59). https://www.jonapte.ir/showpaper/11966728 **[In Persian]**

62- Babaee Z, Mansoobifar M, Sabet M, Borjali M, Mashayekh M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness treatment on distress tolerance and suicidal ideation in adolescents with suicidal thoughts. *J Clin Psychol*. 2022;13(4):41–52. https://doi.org/10.22075/jcp.2021.23039.2123 **[In Persian]**

63- Bahreini Z, Kahrazehi F, Nikmanesh Z. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological well-being and positive and negative emotions in adolescent girls with body dysmorphic syndrome. *IJRN*. 2022;8(2):64–79. http://ijrn.ir/article-1-685-fa.html **[In Persian]**

64- Wilner JG, Dufour S, Kennedy K, Sauer-Zavala S, Boettcher H, Farchione TJ, et al. Quality of life in heterogeneous anxiety disorders: Changes across cognitive-behavioral treatments. *Behav Modif*. 2020;44(3):343–364. https://doi.org/10.1177/0145445518815603

65- Khezai F, Mirzahosseini H, Nokani M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on improving quality of life in female dialysis patients [Internet]. 2022. https://civilica.com/doc/1645830 **[In Persian]**

66- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(9):875-884. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

67- McKay M, West A. Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT [Internet]. *Oakland (CA): New Harbinger Publications*; 2016. https://www.newharbinger.com/9781626254053/emotion-efficacy-therapy

68- Tanji F, Kakizaki M, Sugawara Y, Watanabe I, Nakaya N, Minami Y, et al. Personality and suicide risk: the impact of economic crisis in Japan. *Psychol Med*. 2015;45(3):559-573. https://doi.org/10.1017/S0033291714001688

69- Bentley KH, Sauer-Zavala S, Cassiello-Robbins CF, Conklin LR, Vento S, Homer D. Treating Suicidal Thoughts and Behaviors Within an Emotional Disorders Framework: Acceptability and Feasibility of the Unified Protocol in an Inpatient Setting. *Behav Modif*. 2017;41(4):529-557. https://doi.org/10.1177/0145445516689661

70- Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman JA, Bilek EL, Buzzella BA, Bennett SM, et al. *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide [Internet]*. Oxford: Oxford University Press; 2018 https://global.oup.com/academic/product/unified-protocols-for-transdiagnostic-treatment-of-emotional-disorders-in-children-and-adolescents-therapist-guide-9780199344650

71- Tseng HW, Chou FH, Chen CH, Chang YP. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Major Depressive Disorder with Multiple Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1555. Published 2023 Jan 14. https://doi.org/10.3390/ijerph20021555

72- O'Brien KHM, Nicolopoulos A, Almeida J, Aguinaldo LD, Rosen RK. Why adolescents attempt suicide: A qualitative study of the transition from ideation to action. *Arch Suicide Res*. 2021;25(2):269–286. https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1675561

73- Sheehy K, Noureen A, Khaliq A, Dhingra K, Husain N, Pontin EE, et al. An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2019;73:101779. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101779

74- Sirgy MJ. *The psychology of quality of life*. Dordrecht (Netherlands): Kluwer Academic Publishers; 2002.

75- Mahdavi Haji T, Mohammadkhani S, Hahtami M. The effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011; 30: 407-411. http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.080

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۳۰-۱۷**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20742.1746

**مقاله پژوهشی**

# اثربخشی تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای بر تکانش‌گری و حافظه فعال در نوجوانان دارای ADHD: یک مطالعه نیمه‌تجربی

**نویسندگان**

**مینا مصلائی پوریزدی [۱]، محسن سعید منش [۲*]**

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. m.mosallayi71@gmail.com
۲. دکتری علوم اعصاب شناختی، دانشیار، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. (نویسنده مسئول)

**چکیده**

**مقدمه:** تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه ای مغز یک روش غیرتهاجمی تحریک مغز است که می‌تواند با اعمال جریان الکتریکی ضعیف به جمجمه، تغییراتی در تحریک‌پذیری نواحی قشر مغز ایجاد کند. پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز بر تکانش‌گری و حافظه فعال در نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی انجام شد.

**روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مراجعان نوجوان مراکز مشاوره شهر یزد در سال ۱۴۰۳ است. نمونه این پژوهش متشکل از ۳۰ نفر از نوجوانان دارای اختلال نقص توجه بیش‌فعالی رده سنی ۱۲ تا ۱۸ سال بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مطالعه کنونی، شامل دو گروه مداخله و کنترل بود که ۱۵ نفر در هر گروه به صورت تصادفی تخصیص داده شدند. ابزارهای این پژوهش، شامل آزمون حافظه فعال N-back و پرسش نامه تکانشگری بارت-۱۱ بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار spss نسخه ۲۵ صورت پذیرفت.

**نتایج:** درمان تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز، تأثیر معناداری بر تکانش‌گری و حافظه فعال در نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی داشت. پس از کنترل اثر پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون، برای مقایسه نمرات بین دو گروه، تفاوت معناداری در متغیرها مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که تکانش‌گری کاهش پیدا کرد و حافظه فعال نیز بهبود یافت (تکانش‌گری: $F(1,27)=53.21, p=0.001$ ، حافظه فعال: $F(1,27)=50.23, p=0.001$). اندازه اثر برای تکانش‌گری $\eta2=0.47$ و برای حافظه فعال $\eta2=0.39$ بود که نشان‌دهنده اندازه اثر قابل توجه مداخله بر این متغیرها است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز، منجر به کاهش تکانشگری و بهبود حافظه فعال در نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی شده است.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۹/۰۳

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۲/۲۷

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز، تکانشگری، حافظه فعال، نوجوانان، اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

m.saeidmanesh@yahoo.com

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۳۰-۱۷
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 17-30

**مقدمه**

اختلال نقص توجه - بیش فعالی[1] (ADHD) یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی - رشدی در دوران کودکی و نوجوانی است که حدود ۱۱ درصد از دانش آموزان را درگیر می‌کند. این اختلال عمدتاً با بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری مشخص می شود و اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. علاوه بر این علائم رفتاری، ناهنجاری در کارکرد و رشد مغز نیز در افراد مبتلا مشاهده می‌شود. طیف گسترده ای از اختلالات شناختی شامل مشکلات توجه، حافظه کاری، کنترل مهاری، برنامه‌ریزی و حل مسئله در این افراد شایع است. به ویژه اختلالات اجرایی مانند کنترل مهاری و حافظه فعال نقش مهمی در پاتوفیزیولوژیADHD دارند، تا جایی که این اختلال گاه به عنوان یک اختلال کنترل شناختی توصیف می‌شود [ ۱۱، ۱۰،۱]. مطالعات تصویربرداری مغزی نشان داده‌اند که رشد غیرعادی قشر مغز در کودکان مبتلا به ADHD از اوایل سال‌های پیش‌دبستانی آغاز می‌شود [۱۳،۱۲]. در آمریکا، شیوع ADHDدر کودکان پیش دبستانی (۳–۵ سال) حدود ۲.۴٪، در کودکان سنین مدرسه‌ای (۶–۱۱ سال) ۸.۶٪ و در نوجوانان ۱۲–۱۷ سال ۱۴.۳٪ گزارش شده است[۱۴ -۱۷]. در نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله، شیوع تشخیص اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی ۱۴.۳٪ است [۱۶،۱۷]. این اختلال رفاه روانی، تعاملات اجتماعی و پیشرفت تحصیلی و شغلی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و هزینه‌های اجتماعی و فردی قابل‌توجهی به همراه دارد [۱۸، ۱۹].

یکی از مؤلفه‌های مهم در نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (ADHD) تکانش‌گری[2] است. مطالعات نشان می‌دهند که رفتارهای تکانشی نه تنها در ADHD، بلکه در طیف وسیعی از اختلال های روانی مانند اختلال سلوک، اختلال کنترل تکانه، سوءمصرف مواد، بولیمیا، رفتار خودآسیب گر و اختلالات شخصیت نقش دارند. امروزه تکانش‌گری به‌عنوان یک بُعد شناختی مفهوم‌پردازی می‌شود و با ضعف بازداری شناختی، تصمیم‌گیری کند یا ناقص و بی‌ثباتی هیجانی همراه است [۲۰، ۲۱]. در سطح عصبی، کاهش فعالیت سیستم شبکه‌ای ساقه مغز[3]، به‌ویژه لئوکوس سرولئوس[4] که مسئول تولید نوراپی‌نفرین و نورآدرنالین است، فعالیت قشر پیش‌پیشانی را کاهش می‌دهد. این کاهش فعالیت به طور مستقیم با اختلالات توجه و کنترل تکانش‌گری مرتبط است. همچنین، مطالعات تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که در ADHD اختلالاتی در شبکه‌های کلیدی مغز شامل شبکه حالت پیش‌فرض[5]، شبکه کنترل اجرایی[6] و شبکه توجه[7] وجود دارد که عملکردهای شناختی و تنظیم هیجان را مختل می‌کند [۱، ۱۸]. برای مثال، فعالیت ناکافی شبکه کنترل اجرایی باعث کاهش مهارت‌های برنامه‌ریزی و کنترل مهاری و اختلالات شبکه توجه موجب پراکنده شدن تمرکز و بی‌توجهی می‌شود [۱۹-۲۲].

از دیگر مواردی که در نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی زیاد مشاهده شده است، مشکلات حافظه فعال[8] است. حافظه فعال به پردازش فعال اطلاعات از بالا به پایین اشاره می‌کند که در حافظه کوتاه مدت[9] نگهداری می‌شود؛ به علاوه شامل عملکردهای به‌هم‌پیوسته قشر جلوی پیشانی میانی - جانبی[10] است که رفتار را از طریق به روزرسانی و پردازش دوگانه و دست‌کاری زمانی - متوالی درونی هدایت می‌کند. نقایص حافظه فعال در اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به خوبی مستند شده است و با پیامدهای تحصیلی و اجتماعی منفی در نوجوانان مرتبط است [۳، ۳۰،۲۹].

با وجود روش‌های درمانی موجود، داروهای محرک مانند متیل‌فنیدات در کاهش علائم مؤثر هستند، اما عوارض جانبی، خطر سوءمصرف و عدم قطعیت درباره اثربخشی بلند مدت دارند [۳۱]. همچنین، مداخلات غیردارویی شامل درمان‌های رفتاری، شناختی و آموزش‌های عصب - روان‌شناختی، اگرچه برخی جنبه‌های شناختی - رفتاری را بهبود می‌دهند، اثر پایدار و همه‌جانبه‌ای ندارند و پاسخ‌دهی بین افراد متغیر است. علاوه بر این، این روش ها اغلب نیازمند جلسات طولانی و مشارکت فعال خانواده و بیمار

1 . Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2 . Impulsivity

3 . Reticular Activating System
4 . Locus Coeruleus
5 . Default Mode Network
6 . Executive Control Network
7 . Attention Networks
8 . Working Memory
9 . Short Term Memory
10 . Mid-Lateral Prefrontal Cortex

هستند و پایداری اثرات طولانی‌مدت آن‌ها هنوز به طور کامل مشخص نشده است[۲۹ – ۳۱]. این محدودیت‌ها باعث شد که محققان به دنبال روش های درمانی نوین و هدفمند برای تعدیل مستقیم فعالیت عصبی و بهبود فرایندهای شناختی مغز باشند. تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای[1](tDCS) به‌عنوان یک روش غیرتهاجمی[2]، بدون بدون درد و نسبتاً ایمن در دهه اخیر توجه زیادی را در حوزه علوم اعصاب شناختی به خود جلب کرده است [۱۰]. تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای (tDCS)[3]، می‌تواند مسیرهای عصبی را هدف قرار دهد. جریان ضعیف الکتریکی اعمال شده از طریق الکترودها، توانایی نورون‌ها برای رسیدن به آستانه فعال‌سازی را تعدیل می‌کند و در نتیجه می‌تواند فعالیت لوب پیش‌پیشانی و شبکه‌های مرتبط با کنترل اجرایی را افزایش دهد. به‌ویژه، تحریک ناحیه قشر پیش‌پیشانی جانبی - پشتی(DLPFC) [4] می‌تواند با افزایش فعالیت نوراپی‌نفرین و نورآدرنالین در شبکه‌های پیش‌پیشانی، توانایی کنترل تکانشگری و بهبود حافظه فعال را ارتقا دهد[۲]. سازوکارهای احتمالی شامل تغییر در پتانسیل غشای نورونی، افزایش پلاستیسیتی سیناپسی و تعدیل فعالیت شبکه‌ای است. این تغییرات عصبی بالقوه می‌توانند منجر به بهبود توجه، کاهش تکانش‌گری و ارتقای عملکرد حافظه فعال در افراد مبتلا به ADHD شوند [۱۷، ۲۵].

مطالعات صورت گرفته در سال‌های اخیر نشان دادند که tDCSمی‌تواند علائم تکانش‌گری را کاهش دهد و اهمیت تحریک نواحی خاص مغزی در بهبود کنترل تکانش‌گری را برجسته سازد و تأثیرات مثبتی بر حافظه کاری و توجه داشته باشد[۲۷، ۲۸]. پژوهش های کریسیکو[5] و همکاران [۳۲]، سالوی[6] و همکاران [۳۳] و کاسمو[7] و همکاران [۲۵] [۲۵] نشان داده‌اند که تحریک فرا جمجمه‌ای مغز می‌تواند با افزایش تحریک‌پذیری قشر پیش‌پیشانی و بهبود عملکردهای مرتبط با تنظیم هیجانی، توجه، تکانش‌گری و حافظه کاری، عملکردهای شناختی و حل مسئله را بهبود بخشد. این یافته‌ها توسط مرورهای سیستماتیک و متاآنالیزهای اخیر نیز تأیید شده است؛ به‌عنوان مثال، شواهد نشان می‌دهند که tDCS توانایی‌های توجه و کنترل بازداری را در کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD بهبود می‌بخشد، هرچند تأثیر آن بر علائم بالینی و سرعت پردازش اطلاعات محدود بوده و نیازمند تحقیقات بیشتر است[۳۶-۳۴]. بااین حال، شکاف پژوهشی در این حوزه همچنان قابل توجه است. بیشتر مطالعات پیشین بر کودکان یا بزرگسالان متمرکز بوده و داده‌های اندکی درباره نوجوانان که در دوره‌ای بحرانی از رشد شناختی و هیجانی قرار دارند، در دسترس است. شواهد موجود درباره اثر tDCS بر تکانش‌گری و حافظه فعال در این گروه سنی محدود و پراکنده است و نتایج برخی مطالعات نیز متناقض گزارش شده است. علاوه بر این، تفاوت در عامل های تحریک (شدت، مدت و محل قرارگیری الکترودها) مقایسه نتایج مطالعات مختلف را دشوار ساخته و تاکنون پروتکل درمانی استانداردی برای نوجوانان تدوین نشده است. در ایران، پژوهش‌های محدودی به بررسی اثر tDCS در نوجوانان مبتلا به ADHD پرداخته‌اند و بیشتر مطالعات داخلی بر مداخلات دارویی یا درمان های رفتاری و شناختی تمرکز داشته اند[۹-۶]. این کمبود داده‌ها در جمعیت نوجوان ایرانی، نشان دهنده خلأ پژوهشی داخلی است. نوآوری پژوهش حاضر در تمرکز بر تکانش‌گری و حافظه فعال نوجوانان ایرانی و ارائه شواهد کنترل شده و هدفمند نسبت به مطالعات پیشین است.

ازآنجایی که اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی می تواند مشکلات روان شناختی، اجتماعی و تحصیلی گسترده ای برای نوجوانان ایجاد کند و با توجه به شیوع بالای آن و محدودیت داده های داخلی، نیاز به روش های درمانی نوین بیش‌ازپیش احساس می‌شود؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه ای مغز بر تکانش‌گری و حافظه فعال نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی در ایران انجام شد و تلاش دارد بخشی از خلأ موجود در این حوزه را پر کند.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون -

1 . Transcranial Direct Current Stimulation (Tdcs)
2 . Non-Invasive Technique
3 . Transcranial Direct Current Stimulation (Tdcs)
4 . Dorsolateral Prefrontal Cortex (Dlpfc)
5 . Chrysikou
6 . Salvi
7 . Cosmo

پس‌آزمون و گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش، شامل نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (ADHD) **نوع ترکیبی**[1] مطابق با معیارهای DSM-5 با نشانه‌های کمبود توجه و بیش‌فعالی/تکانش‌گری بود که در سال ۱۴۰۳ به درمانگاه های روان شناسی شهر یزد مراجعه کرده بودند. از آنجا که در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی در هر گروه پیشنهاد می‌شود که حداقل ۱۵ نفر حضور داشته باشند [۳۷] در نتیجه، در این پژوهش ۳۰ نفر داوطلب واجد شرایط، به روش نمونه‌گیری در دسترس، از دو درمانگاه تخصصی روان‌شناسی در شهر یزد، وارد پژوهش شدند. آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی ساده با استفاده از روش قرعه‌کشی، در ۲ گروه درمان و کنترل قرار گرفتند.

تشخیص ADHD توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس متخصص با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-I و ابزارهای استاندارد Conners' Rating Scales – Third Edition و ADHD-RS انجام شد تا نوع اختلال و شدت آن به طور دقیق تأیید شود [۸-۶]. شدت اختلال در شرکت‌کنندگان از خفیف تا متوسط بود و بر اساس نمره کلی Conners 3 و ADHD-RS تعیین گردید. رده سنی آزمودنی‌ها بین ۱۲ تا ۱۸ سال و سن تشخیص اولیه ADHD بین ۷ تا ۱۲ سال با میانگین ۹/۵ سال بود. از نظر تحصیلی، تمامی شرکت‌کنندگان دانش‌آموزان دوره اول و دوم متوسطه با میانگین معدل ۱۵/۴ از ۲۰ بودند و سطح هوش آن‌ها با آزمون وکسلر کوتاه (WISC-V) میانگین 8 ± 105 گزارش شد. سازگاری اجتماعی نیز با استفاده از مقیاس Vineland-3 در دامنه متوسط ارزیابی شد [۱۰]. از نظر دارویی، 60٪ از شرکت‌کنندگان پیش‌تر متیل فنتیدات[2] مصرف کرده بودند، با میانگین مدت مصرف ۱۸ ماه؛ اما تمامی آنان حداقل ۲ هفته پیش از شروع مداخله، داروهای خود را قطع کرده بودند تا اثر احتمالی دارو بر نتایج مطالعه به حداقل برسد؛ هیچ یک از شرکت‌کنندگان داروی آنتی‌سایکوتیک یا ضدتشنج مصرف نمی‌کردند[۱۳]. همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان، پیش از مطالعه هیچ درمان tDCS دریافت نکرده بودند که این موضوع از طریق مصاحبه بالینی و بررسی پرونده پزشکی تأیید شد. هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان اجسام فلزی یا ایمپلنت‌های داخل جمجمه‌ای نداشتند، رضایت آگاهانه از سوی خود و والدین آن‌ها اخذ شد و هیچ یک از شرکت‌کنندگان سابقه‌ای از صرع، تشنج، ضربه‌مغزی یا جراحی مغزی نداشتند.

ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه، شامل غیبت بیش از یک جلسه، نبود همکاری کافی و ناتوانی در انجام آزمون حافظه فعال N-back بود. بااین‌حال، هیچ‌یک از آزمودنی‌ها در طول مطالعه از ادامه همکاری منصرف نشدند و درصد ریزش نمونه صفر بود.

### ثبت اطلاعات پایه و پیش‌آزمون

پیش از آغاز مداخله، اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تحصیلی، نمره IQ (WISC-V) و سازگاری اجتماعی شرکت‌کنندگان (Vineland-3) ثبت شد. سپس آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون به پرسش‌نامه حافظه فعال N-back و پرسش‌نامه تکانش‌گری BIS-11 پاسخ دادند تا معیارهای پایه شناختی-رفتاری هر شرکت‌کننده مشخص گردد. این مرحله توسط پژوهشگر متخصص و تحت نظارت مستقیم انجام شد تا اطمینان حاصل شود داده‌های پیش‌آزمون برای مقایسه با پس‌آزمون معتبر و قابل‌اعتماد هستند.

### ابزارهای سنجش

### آزمون حافظه فعال N-back

برای سنجش عملکرد حافظه فعال از آزمون N-back استفاده شد. این آزمون برای نخستین بار توسط کرچنر[3] در در سال ۱۹۵۸ م. معرفی شد [۲۴]. این آزمون، شامل حفظ و دست کاری اطلاعات در حافظه کوتاه مدت است [۳۹]. این تکلیف می‌تواند در سطوح مختلف (1-back، 2-back و 3- back) اجرا شود که با افزایش سطح، دشواری تکلیف نیز بیشتر می‌شود؛ به‌گونه‌ای که در سطح 1.back، آزمودنی باید محرک فعلی را با محرک یک گام قبل مقایسه کند، در سطح 2.back، با محرک دو گام قبل و در سطح 3. back با سه گام قبل مقایسه نماید. در پژوهش حاضر، از سطح 1.back استفاده شد؛ زیرا این سطح برای نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی مناسب تر است و فشار شناختی کمتری ایجاد می کند. محرک ها، شامل

1 Combined Type
2 Methylphenidate
3 Kirchner

حروف بینایی بودند که به‌صورت متوالی بر روی صفحه نمایشگر رایانه ظاهر می‌شدند؛ هر محرک به مدت ۲ ثانیه نمایش داده شد و ۵۰۰ میلی ثانیه فاصله بین محرک‌ها در نظر گرفته شد. آزمودنی در صورت تشابه هر محرک با محرک قبل کلید (؟) و در صورت نبود تشابه کلید (z) صفحه کلید را فشار می‌داد. روش نمره‌گذاری بر اساس درصد پاسخ‌های صحیح[1] و میانگین زمان واکنش[2] انجام شد. در سال ۲۰۰۸ م. بوش[3] و همکاران پایایی این آزمون را ۰/۷۸ گزارش کردند [۳۸]، در این مطالعه، همبستگی نتایج N-back با سایر معیارهای حافظه فعال نشان داد که آزمون از روایی سازه و همگرای مناسبی برخوردار است. همچنین، در سال ۱۳۹۳ تقی زاده و همکاران در پژوهشی از این آزمون استفاده کردند و پایایی آن را تأیید نمودند؛ ضرایب اعتبار در دامنه ۰/۵۴ تا ۰/۸۴ گزارش شد[۴۱] که نشان‌دهنده اعتبار و روایی قابل‌قبول آزمون N-back در سنجش حافظه فعال است.

**پرسش‌نامه تکانشگری بارت ۱۱ (Bis-11)**

ویرایش یازدهم آزمون در سال ۲۰۰۴ م. توسط بارت[4] ساخته شده است[۴۲]. این پرسش‌نامه شامل ۳۰ گویه ۴ درجه‌ای لیکرت بود که از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌گردد. این مقیاس، شامل سه خرده مقیاس عدم برنامه‌ریزی، تکانش‌گری حرکتی و تکانش‌گری شناختی می‌شود. تکانش‌گری شناختی به معنای تمایل به اقدام سریع و بدون تفکر کافی در موقعیت‌های پیچیده یا هنگام تصمیم‌گیری است. تکانش‌گری حرکتی، نشان‌دهنده عمل بدون فکر و تأمل است و تکانش‌گری مبتنی بر عدم برنامه‌ریزی، معرف بی‌توجهی به آینده‌نگری در رفتار و اعمال است. نحوه محاسبه نمرات در این پرسش‌نامه به این صورت هست که نمره کل پرسش‌نامه از جمع نمرات تمام گویه‌ها به دست می‌آید؛ نمره بالاتر بیانگر تکانش‌گری بیشتر در فرد است. همچنین، نمرات هر خرده مقیاس به صورت جداگانه از مجموع نمرات گویه‌های مربوط به همان خرده مقیاس محاسبه می‌شود. در سال ۱۹۹۵ م. پاتون، استنفورد و بارت[5] پایایی درونی برای نمرهٔ کل آن از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ را گزارش کردند[۴۳]. در پژوهش جاوید و همکاران، پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه تکانش‌گری از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین، روایی سازه پرسش‌نامه تکانش‌گری (BIS-11) از طریق تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) بررسی شد و سه عامل اصلی آن شامل تکانش‌گری حرکتی، تکانش‌گری شناختی و تکانش‌گری بدون برنامه‌ریزی شناسایی شد که مجموعاً ۳۲/۶۰ از واریانس کل را توضیح دادند و نشان‌دهنده ساختار سازه‌ای مناسب ابزار بود[۴۴].

**دستگاه تحریک مستقیم الکتریکی مغز**

در این پژوهش از دستگاه تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز (tDCS) مدل Stim Segal ، ساخت ایران استفاده شد. این دستگاه دوکاناله بوده و امکان اعمال جریان مستقیم ضعیف و پایدار را از طریق الکترودهای آغشته به محلول سالین (NaCl 0.9%) فراهم می‌کند. اندازه هر الکترود ۵×۷ سانتی‌متر بود و برای جلوگیری از تحریک پوستی، اسفنج های مرطوب روی آن ها قرار داده شد. الکترود آند بر روی ناحیه قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی[6] چپ ( DLPFC چپ؛ معادل ناحیه F3 بر اساس سیستم بین‌المللی ۱۰-۲۰) و الکترود کاتد بر روی DLPFC راست (F4) قرار داده شد. شدت‌جریان ۲ میلی‌آمپر با افزایش تدریجی طی ۳۰ ثانیه آغازین و کاهش تدریجی در ۳۰ ثانیه پایانی اعمال شد تا از ایجاد ناراحتی پوستی جلوگیری شود [۳۷].

شرکت‌کنندگان گروه مداخله، طی پنج هفته، در مجموع ده جلسه (دو جلسه در هفته) تحریک الکتریکی دریافت کردند. هر جلسه ۲۰ دقیقه به طول انجامید و در طول جلسه، افراد در وضعیت نشسته و آرام بودند. پیش از شروع مداخله، ارزیابی پایه شامل جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و سابقه درمانی) انجام شد. سپس فرم رضایت نامه آگاهانه و داوطلبانه توسط تمامی شرکت‌کنندگان امضا گردید. پس از آن، دو پرسش نامه مربوط به متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون اجرا شد و نتایج در پرونده هر فرد ثبت گردید. در گروه شم (sham) نیز همان شرایط مربوط به قرارگیری الکترودها شامل محل، اندازه، نوع و استفاده از اسفنج

1 . Accuracy
2 . Reaction Time
3 . Bush
4 . Barratt Impulsivity Questionnaire
5 . Potton, Stanford & Barratt
6 . Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC)

مرطوب رعایت شد تا احساس مشابه تحریک واقعی ایجاد شود. در این گروه، دستگاه تنها به مدت ۳۰ ثانیه جریان ۲ میلی‌آمپر را اعمال کرد تا حس سوزن‌سوزن شدن اولیه مشابه گروه مداخله ایجاد شود، اما جریان پس از آن قطع شد. این روش بر اساس پروتکل استاندارد گاندی و همکاران[۴۵] به کار گرفته شد و در پژوهش‌های متعددی به‌ع نوان روش معتبر کورسازی شرکت‌کنندگان (placebo-controlled tDCS) مورد استفاده قرار گرفته است؛ بنابراین گروه گواه در این پژوهش عملاً همان گروه شم ( sham tDCS) محسوب شد.

**یافته‌ها**

در این پژوهش، ۳۰ نوجوان دختر دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی وارد مطالعه شدند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد نمونه در گروه کنترل (۲/۵۷۵±)۱۶/۵۸ سال و در گروه مداخله (۲/۶۶۸±)۱۶/۷۸ سال بود. پیش از اجرای مداخله، برای اطمینان از همگونی گروه‌ها از لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک و نمرات پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش، از آزمون‌های تی مستقل برای متغیرهای کمی و آزمون کای - دو برای متغیرهای کیفی استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در ویژگی‌های دموگرافیک و نمرات پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش بین گروه‌ها وجود ندارد ($p > 0.05$) که امکان مقایسه اثر مداخله را فراهم می‌کند.

**جدول ۱. توصیف نمرات پیش‌آزمون – پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه**

| متغیر | مرحله | آزمایش | | کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| تکانشگری | پیش‌آزمون | ۹۵/۸۹ | ۴۳/۲۲ | ۸۸/۷۹ | ۸۶/۱۶ |
| | پس‌آزمون | ۸۱/۶۵ | ۶۴/۹ | ۳۱/۷۷ | ۷۶/۱۴ |
| حافظه فعال | پیش‌آزمون | ۵۷/۷۰ | ۸۷/۱۰ | ۵۰/۷۲ | ۰۴/۱۳ |
| | پس‌آزمون | ۷۸/۸۸ | ۳۳/۲۱ | ۶۸/۷۰ | ۹۸/۱۰ |

**جدول ۲. بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس**

| | آزمون شاپیروویلک | | آزمون لوین برای تساوی واریانس‌ها | | یکسانی شیب رگرسیون | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| متغیرها | مقدار F | سطح معناداری | مقدار F | سطح معناداری | مقدار F | سطح معناداری |
| تکانش‌گری | ۰/۹۳ | ۰/۳۸ | ۱/۵۵ | ۰/۲۲ | ۱/۱۸ | ۰/۶۲ |
| حافظه فعال | ۰/۹۴ | ۰/۲۱ | ۱/۶۶ | ۰/۲۱ | ۱/۸۶ | ۰/۵۶ |

برای تحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره[1] استفاده شد. تحلیل داده‌ها با SPSS نسخه ۲۵ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته (آزمون شاپیرو – ویلک)، همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی شیب رگرسیون (بررسی اثر تعاملی پیش‌آزمون و متغیر مستقل بر پس‌آزمون) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که تمامی پیش‌فرض‌ها برقرار هستند ($p > 0.05$)؛ بنابراین انجام تحلیل کواریانس امکان‌پذیر است.

توصیف آماری نمرات تکانشگری و حافظه فعال نوجوانان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس آنچه در جدول ۱ آمده است، گروه مداخله پس از مداخله، بهبود قابل‌توجهی در میانگین نمرات هر دو متغیر مشاهده کرد.

بررسی پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است و نشان می‌دهد که نرمال بودن توزیع، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون برای متغیرها برقرار است ($p > 0.05$).

1 . Mancova

**جدول۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مرحله پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل**

| نام آزمون | ارزش | F | DF فرضیه | DF خطا | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| آزمون اثر پیلایی | ۰/۴۸ | ۲۲/۲۱ | ۸ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ | ۰/۸۹ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۵۱ | ۲۲/۲۱ | ۸ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ | ۰/۸۹ |
| اثر هتلینگ | ۰/۹۳ | ۲۲/۲۱ | ۸ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ | ۰/۸۹ |
| ریشه روی | ۰/۹۳ | ۲۲/۲۱ | ۸ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ | ۰/۸۹ |

**جدول۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تأثیر تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز بر تکانش‌گری و حافظه فعال در مرحله پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل**

| متغیر | | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | سطح معنی‌داری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تکانش‌گری | پیش‌آزمون | ۱۳۳۲/۱۵ | ۱/۵۳ | ۸۷۰/۶۸ | ۶۸/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸ |
| | گروه | ۹۵۱/۱۲ | ۱/۵۳ | ۶۲۱/۶۴ | ۵۳/۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ |
| | خطا | ۲۳۰۵/۶۷ | ۲۷ | ۸۵/۳۹ | | | |
| | کل | ۴۹۸۲۲/۰۰ | ۱۶ | | | | |
| حافظه فعال | پیش‌آزمون | ۸۷۲/۱۵ | ۱/۵۳ | ۵۷۰/۰۳ | ۶۶/۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| | گروه | ۳۵۴/۱۳ | ۱/۵۳ | ۲۳۱/۴۵ | ۵۰/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹ |
| | خطا | ۳۰۵/۶۴ | ۲۷ | ۱۱/۳۲ | | | |
| | کل | ۱۹۶۲۵/۰۰ | ۱۶ | | | | |

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، عضویت در گروه مداخله تأثیر معناداری بر ترکیب متغیرهای تکانشگری و حافظه فعال دارد ( $p < 0.001$، اندازه اثر = ۰.۴۷–۰.۴۸). به عبارت دیگر، تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای باعث بهبود قابل توجه هر دو متغیر در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است.

همچنین، به منظور تعیین این‌که در کدامیک از متغیرها تفاوتی معنادار بین گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون وجود دارد، آزمون کوواریانس تک متغیره به کار گرفته شد که نتایج آن در جدول ۴ بیان شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نیز نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای تکانش‌گری و حافظه فعال تفاوت معناداری وجود دارد و گروه مداخله پس از مداخله پیشرفت قابل توجهی داشته است ($p < 0.001$). در گروه کنترل که مداخله دریافت نکرد، تفاوت معنادار بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نشد ($p > 0.05$). اندازه اثر برای تکانش‌گری 0.47 و برای حافظه فعال 0.39 بود که نشان می‌دهد tDCS بر این متغیرها مؤثر بوده است.

نتایج نشان داد تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز (tDCS) موجب کاهش تکانشگری و بهبود حافظه فعال در نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی شد. از دیدگاه عصب روان‌شناختی، این یافته بیانگر افزایش

تحریک‌پذیری قشر پیش‌پیشانی پشتی‌جانبی (DLPFC) و بهبود کارکردهای اجرایی مرتبط با بازداری پاسخ، نگهداری و دست‌کاری اطلاعات در حافظه فعال است. کاهش تکانش‌گری احتمالاً ناشی از تقویت کنترل شناختی و خودتنظیمی رفتاری از طریق فعال‌سازی شبکه‌های پیش پیشانی – ساب کورتیکال بوده است. همچنین، بهبود حافظه فعال می‌تواند با افزایش ترشح دوپامین در قشر پیش‌پیشانی در پی تحریک آندی مرتبط باشد؛ بنابراین اثر مداخله تنها آماری نبوده، بلکه از نظر روان‌شناختی و عصب‌زیستی نیز معنادار است[۱، ۳، ۴۲، ۴۸].

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه ای مغز بر حافظه فعال و تکانشگری نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بود. یافته‌های این پژوهش را می‌توان در چارچوب مدل‌های عصب روان‌شناختی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی تبیین کرد. بر اساس مدل بازداری بارکلی [۱۱]، نقص در کنترل بازداری و ضعف در کارکردهای اجرایی نظیر حافظه فعال، ریشه در کاهش فعالیت نواحی پیش‌پیشانی دارد. تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز (tDCS) با افزایش تحریک‌پذیری قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی، می‌تواند ظرفیت بازداری رفتاری و نگهداری اطلاعات در حافظه فعال را تقویت کند؛ بنابراین نتایج آماری به دست آمده در این پژوهش، بازتابی از بهبود در پردازش‌های اجرایی و تنظیم‌شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به ADHD است و نشان می‌دهد تغییرات مشاهده شده صرفاً آماری نیست، بلکه دارای اهمیت روان‌شناختی و عصب‌زیستی است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه ای مغز بر حافظه فعال و تکانشگری نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی تأثیر معناداری دارد و می تواند منجر به بهبود حافظه فعال و کاهش تکانشگری در این نوجوانان گردد. بر اساس نتایج تحلیل واریانس، تفاوت‌ها در سطح بسیار معنادار ($p < 0.001$) بوده و اندازه اثر جزئی (Partial Eta Squared) برای متغیرهای حافظه فعال و تکانشگری به ترتیب حدود $\eta^2p = 0.47$ و $\eta^2p = 0.39$ محاسبه شد که به ترتیب در محدوده‌ی «قوی» و «متوسط تا قوی» قرار می گیرند. این مقادیر نشان می‌دهند که مداخله انجام شده سهم قابل توجهی از واریانس تغییرات را تبیین کرده است.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های کریسیکو و همکاران[۳۲] که بر روی افراد سالم بزرگسال انجام شده بود، همسو است. آنان گزارش کردند، تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز در بهبود کنترل بازداری و حافظه فعال مؤثر است. همچنین، با مطالعه سالوی و همکاران[۳۳] که نشان دادند تحریک فرا جمجمه ای مغز باعث بهبود فرایندهای تنظیم هیجانی، توجه، تکانشگری و حافظه کاری می شود، همسو است. نتیجه این پژوهش هم راستا با مطالعه کاسمو و همکاران[۲۵] مبنی بر کاهش تکانشگری و بهبود حافظه فعال بود.

علاوه بر پژوهش های بین‌المللی، نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش‌های داخلی نیز هم‌راستا است. برای نمونه، پژوهش کرد و همکاران (۱۴۰۴) نشان داد که تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای قشر پیش‌پیشانی در نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی موجب بهبود حافظه کاری و کاهش رفتارهای تکانشی می شود [۶]. همچنین، مطالعه نجاتی و همکاران در سال ۱۴۰۰ تأیید کرد که استفاده از تحریک الکتریکی فرا جمجمه ای در ترکیب با آموزش مهارت‌های شناختی، کارکردهای اجرایی و توجه پایدار را در دانش‌آموزان دارای ADHD بهبود می‌بخشد [۷]. پژوهش آموزاده و همکاران در سال ۱۴۰۰ نشان داد که تحریک tDCS قشر پیش‌پیشانی بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان بیش‌فعال ورزشکار تأثیر معناداری دارد[۸] و مطالعه آموزاده، مرادی‌سبزوار و همکاران در سال ۱۴۰۱ نیز نشان داد که تحریک tDCS می‌تواند توجه مداوم دیداری در دانش‌آموزان ADHD را بهبود بخشد[۹]. بااین حال، تاکنون مطالعه ای داخلی با نمونه نوجوانان ۱۲–۱۸ سال، تمرکز بر حافظه فعال و تکانشگری و با طراحی مشابه پژوهش حاضر در سال های ۱۴۰۲–۱۴۰۴ منتشر نشده است؛ این امر فرصت مناسبی را برای انجام پژوهش‌هایی در آینده نزدیک فراهم می‌کند.

طبق تصویربرداری های عصب روان شناختی می‌توان مناطقی از مغز را برای توضیح علائم اختلال نقص توجه - بیش فعالی شناسایی کرد. دو نظریه تأثیرگذار برای پایه‌های عصبی اختلال نقض توجه - بیش‌فعالی مدل مبتنی بر

بازداری و عدم کنترل تکانه است. این علائم اصلی با ناهنجاری‌های مدار پیشانی و قشر پیش پیشانی مرتبط است. طبق این فرضیه در اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نواحی جلو پیشانی شامل قشر پیش پیشانی پشتی جانبی و قشر اوربیتو فرونتال[1] و شکنج فرونتال تحتانی[2] دچار اختلال هستند [۱۰]. مطالعات نشان دادند که قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی ارتباط نزدیکی با عملکردهای شناختی از جمله توجه، تصمیم‌گیری، حافظه فعال و تنظیم هیجان دارد. قشر پیش پیشانی پشتی جانبی در شکنج فرونتال میانی قرار می‌گیرد و بخشی از قشر پیش پیشانی است که در عملکرد اجرایی سطح بالاتر و رفتارهای تکانشی دخالت دارد در نتیجه یکی از اهداف رایج قشر مغز برای تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای مغز، قشر جلوی پیشانی پشتی جانبی است [۴۶].

برای تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت، تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای مغز در ناحیه قشر پیش پیشانی پشتی جانبی، باعث بهبود عملکرد این ناحیه از مغز می‌شود؛ زیرا این ناحیه یکی از مناطق مهم مغز است که در کنترل شناختی دخیل است. در نتیجه، کاهش فعالیت این ناحیه با بد تنظیمی هیجانی و رفتارهای تکانه‌ای همراه است و تحریک الکتریکی برون جمجمه‌ای این ناحیه با افزایش فعالیت قشری موجب می‌شود که فرد کنترل بیشتری بر هیجانات و رفتار خود داشته باشد. به عبارت دیگر، زمانی که افراد سعی می‌کنند هیجان های خود را کنترل کنند، فعالیت مناطق لوب پیشانی درگیر در کنترل شناختی، به ویژه پیش پیشانی پشتی جانبی، افزایش و فعالیت مناطق زیر قشری که به طور معمول در پردازش و تنظیم آن هیجان دخیل هستند، کاهش می‌یابد[۲۳]. همچنین، تحریک آندی می تواند بر پتانسیل استراحت غشای سلول های عصبی تأثیر بگذارد و موجب تغییر در زمان استراحت نورونی شود و در نتیجه باعث کاهش زمان استراحت سلول، تحریک پذیری و نرخ شلیک عصبی را افزایش می‌دهد. به‌علاوه، مطالعات تصویربرداری مغز نشان داده است که هنگام تحریک ناحیه قشر پیش پیشانی پشتی جانبی مغز، ترشح دوپامین در آن منطقه افزایش می‌یابد و از آنجا که دوپامین یکی از انتقال دهنده‌های دخیل در فرایندهای حافظه است، افزایش دوپامین در هنگام افزایش تحریک‌پذیری سطحی در کورتکس پیشانی، به تقویت عملکرد حافظه فعال کمک می‌کند[۴۷].

در مطالعه‌ای که توسط روبیا و همکارانش انجام شده است، آنان به این نتیجه رسیدند که تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای مغز می‌تواند به عنوان روشی برای بهبود علائم اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مؤثر باشد. بر این اساس، تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای مغز به صورت آندی در ناحیه قشر پیش پیشانی پشتی جانبی چپ در بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، علائم تکانشگری را بهبود بخشید[۴۸]. همچنین، تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای مغز به صورت کاتدی، بر مهار پاسخ، اثرات درخور توجهی دارد. براین اساس، می‌توان این‌گونه استدلال کرد که تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای مغز کاتدی در ناحیه قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی راست، احتمالاً با افزایش فعالیت قشر پیش پیشانی پشتی جانبی سمت چپ از طریق ارتباط بازدارنده بین مناطق قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی طرف مقابل، با بهره‌گیری ارتباط بین نیمکره‌ای، در بهبود کنترل مهار در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، مؤثر است[۱۰].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ده جلسه درمان ۲۰ دقیقه‌ای تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای مغز در ناحیه قشر پیش پیشانی (آند چپ – کاتد راست)، منجر به بهبود حافظه فعال و کاهش تکانشگری در نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه– بیش‌فعالی شد. بر اساس این یافته‌ها، می‌توان از این روش به‌عنوان یک درمان مکمل در کنار سایر مداخلات درمانی بهره گرفت. به‌طورکلی، می‌توان نتیجه گرفت که تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه ای مغز، با تعدیل فعالیت قشر پیش‌پیشانی، موجب بهبود کارکردهای اجرایی و کنترل شناختی در نوجوانان مبتلا به ADHD می‌شود. این یافته‌ها، ضمن حمایت از مدل‌های عصب روان‌شناختی اختلال، نشان می‌دهد مداخله tDCS می‌تواند به‌عنوان مکمل درمان‌های دارویی و شناختی - رفتاری به کار رود. از دیدگاه بالینی، افزایش حافظه فعال و کاهش تکانشگری می تواند به ارتقای عملکرد تحصیلی، خود نظم دهی هیجانی و روابط اجتماعی نوجوانان مبتلا منجر شود.

1 . Orbitofrontal Cortex
2 . Inferior Frontal Gyrus

این پژوهش با چند محدودیت همراه بود. روش نمونه گیری در دسترس موجب کاهش تعمیم پذیری نتایج به کل جامعه نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی شد. همچنین، نبود دوره پیگیری[1] امکان بررسی پایداری اثرات مداخله در بلندمدت را محدود کرد. ازسوی دیگر، حجم نمونه نسبتاً کم می تواند بر توان آماری پژوهش تأثیرگذار باشد و احتمال بروز خطای نوع دوم را افزایش دهد. افزون بر این، پژوهش حاضر تنها از ابزارهای خودگزارشی و آزمون های شناختی استفاده کرده است و از روش‌های تصویربرداری عصبی برای بررسی تغییرات فیزیولوژیکی مغز بهره نبرده است که این امر دقت نتایج بررسی تبیین عصب روان‌شناختی را کاهش می‌دهد.

در این پژوهش، توان آماری آزمون‌ها باتوجه‌به اندازه اثر مشاهده شده ( $\eta^2p = 0.47$ و ۰.۳۹) مورد بررسی قرار گرفت. با فرض سطح معناداری ۰.۰۵ و حجم نمونه موجود، توان آزمون بیش از ۰.۸۰ برآورد شد که نشان دهنده کفایت توان برای شناسایی تفاوت‌های واقعی میان گروه‌هاست. بااین‌حال، در صورت افزایش حجم نمونه، توان آزمون افزایش یافته و احتمال بروز خطای نوع دوم کاهش می‌یابد؛ بنابراین در پژوهش های آینده توصیه می شود، از نمونه های بزرگ‌تر برای افزایش دقت نتایج استفاده شود.

برای گسترش و تعمیق نتایج این مطالعه، پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه با حجم نمونه بیشتر و گروه های کنترل فعال انجام شود. همچنین، طراحی مطالعات طولی[2] به منظور بررسی پایداری اثرات تحریک در بازه های زمانی طولانی تر، توصیه می گردد. بهره گیری از ابزارهای عصب تصویربرداری (fMRI, EEG) می‌تواند به درک بهتر تغییرات عملکردی مغز پس از مداخله کمک کند. افزون بر این، بررسی تأثیر ترکیب تحریک الکتریکی با مداخلات شناختی - رفتاری بر سایر عملکردهای اجرایی مانند تصمیم گیری و توجه انتخابی می‌تواند چشم‌اندازهای تازه‌ای در درمان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی فراهم آورد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

از تمامی افراد حاضر در این پژوهش، رضایت‌نامه گرفته شد. همچنین، درباره محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها اطمینان خاطر داده شد.

### تضاد منافع

این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی دانشگاه علم و هنر است و نویسندگان اعلام می کنند که هیچ گونه تضاد منافعی ندارند.

### حامی مالی

تمامی منابع مالی این تحقیق توسط نویسندگان پژوهش و با هزینه‌های شخصی انجام شده است.

### مشارکت نویسندگان

همه فرایندهای اجرای پژوهش، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها را نویسنده اول برعهده داشت. نویسنده دوم؛ با طراحی مطالعه، نتایج را تفسیر کرد و هماهنگی‌های لازم برای آزمایش‌ها و جمع‌آوری داده‌ها را انجام داد. همچنین، همه نویسندگان نسخهٔ دست نوشته نهایی را مطالعه و تأیید کردند.

### تشکر و قدردانی

در پایان از درمانگاه‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهرستان یزد و تمامی عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

## منابع

1- Ayatnia1 F, Mirzaie P. T he Effect of Transcranial Direct-Current Stimulation of Brain (tdcs) on Cognitive Ability and Working Memory of Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorde. Neuropsychology. 2022 Winter; 4(27): 37-46. https://www.ensani.ir/file/download/article/1671510222-10112-27-3.pdf **[In Persian]**

2- Taghizadeh Hir, S., Narimani, M., Aghajani, S., Nadrmohammadi, M., & Basharpoor, S. (2023). Comparison of the Effectiveness of Transcranial Direct Current Brain Stimulation (tDCS) and Computer-based Cognitive Rehabilitation on Improving Cognitive Emotion Regulation in Children with Attention deficit/hyperactivity Disorder. Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning. 2023; 12(22): 87–106. https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2023.28448.2631. http://asj.basu.ac.ir/article_5405.html **[In Persian]**

1 . Follow-Up
2 . Longitudinal

3- Mikaeli N, Mousavi S. Effectiveness of transcranial direct current stimulation (TDCS) on improvement of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. The Second National Conference on Psychotherapy in Iran(incpuma2.ir). https://isnac.ir/XEFZ-HGECG

4- Erfani Nasab, M., Faramarzi, S., Sharifi, A. (2025). The Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation along with Computerized Cognitive Training on the Executive Functions and Academic Performance among Students with Specific Learning Disorder comorbid with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2052; 12(23): 19–41. https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2024.28580.2644. **[In Persian]**

5- Soleymani, M., & Kazemimonir, N. (2020). The Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation (T DCS) on increase Cognitive Flexibility and Processing Speed among children with Attention Deficit/Hyperactivity (ADHD). Educational Psychology, 16(57), 305–326. https://doi.org/10.22054/jep.2020.56456.3181. **[In Persian]**

6- Kord, M., Fath-Abadi, J., Gharibzadeh, S., & Khosrowabadi, R. (2025). Enhancing EEG components in adolescents with ADHD using transcranial electrical stimulation: A randomized-active controlled study. *Basic and Clinical Neuroscience, 16*(Special Issue), 353–356. https://doi.org/10.32598/bcn.2023.2547.1

7- Nejati, V., Hadian Rasanan, A. H., Amani Rad, J., Movahed Alavi, M., Haghi, S., & Nitsche, M. A. (2022). Transcranial direct current stimulation (tDCS) alters the pattern of information processing in children with ADHD: Evidence from drift diffusion modeling. Neurophysiologie Clinique, 52(1), 17–27. https://doi.org/10.1016/j.neucli.2021.11.005.

8- Amouzadeh, F., Gharayagh Zandi, H., Moradi Sabzevar, M., Rostami, R., & Moghadam Zadeh, A. (2021). Impact of video game Minecraft on the cognitive flexibility of ADHD athletes student. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 8(2), 24–38. https://doi.org/10.32598/shenakht.8.2.24.

9- Amouzadeh, F., Moradi, H., Zandi, H., Rostami, R., & Moghadamzadeh, A. (2022). Impact of transcranial direct current stimulation (tDCS) on the visual sustain attention of ADHD student-athletes. *Journal of Sports and Motor Development and Learning, 14*(2), 17–33. https://doi.org/10.22059/JMLM.2021.325671.1586.

10- Salehinejad MA, Wischnewski M, Nejati V, Vicario CM, Nitsche MA. Transcranial direct current stimulation in attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of neuropsychological deficits. PLoS One. 2019; 14(4): e0215095. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215095

11- Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). Guilford Press. 2022

12- Estaji R, Hosseinzadeh M, Arabgol F, Nejati V. Transcranial direct current stimulation (tDCS) improves emotion regulation in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Sci Rep*. 2024; 14: 13889. https://doi.org/10.1038/s41598-024-64886-9

13- Jacobson LA, Crocetti D, Dirlikov B, Slifer K, Denckla MB, Mostofsky SH, Mahone EM. Anomalous Brain Development Is Evident in Preschoolers With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2018; 24(6): 531–539. https://doi.org/10.1017/S1355617718000103

14- Bannett Y, Luo I, Azuero-Dajud R, Feldman HM, Brink FW, Froehlich TE, Harris HK, Kan K, Wallis KE, Whelan K, Spector L, Forrest CB. ADHD Diagnosis and Timing of Medication Initiation Among Children Aged 3 to 5 Years. *JAMA Netw Open*. 2025; 8(8): e2529610. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.29610

15- Wang Y, Liu J, Wu Y, Wei Y, Xie H, Zhang T, Zhang Z. A randomized, sham-controlled trial of high-definition transcranial direct current stimulation on the right orbital frontal cortex in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Front Psychiatry*. 2023; 14: 987093. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.987093

16- Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics on ADHD [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [cited 2026 Aug 27]. Available from: https://www.cdc.gov/adhd/data/index.html

17- Krauel K, Brauer H, Breitling-Ziegler C, Freitag CM, Luckhardt C, Mühlherr A, Schütz M, Boxhoorn S, Ecker C, Castelo-Branco M, Sousa D, Pereira HC, Crisóstomo J, Schlechter F, Wrachtrup Calzado I, Siemann J, Moliadze V, Splittgerber M, Damiani G, Salvador RN, Ruffini G, Nowak R, Braboszcz C, Soria-Frisch A, Thielscher A, Buyx AM, Siniatchkin M, Dempfle A, Prehn-Kristensen A. Prefrontal transcranial direct current stimulation in pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2025; 8(2): e2460477. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.60477

18- You G, Pan X, Li J, Zhao S. Effects of transcranial direct current stimulation on modulating executive functions in healthy populations: A systematic review and meta-analysis. *Front Hum Neurosci*. 2024; 18: 1485037. https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1485037

19- Kessi M, Duan H, Xiong J, Chen B, He F, Yang L, et al. Attention-deficit/hyperactive disorder update. Front Mol Neurosci. 2022; 15: 925049. doi:10.3389/fnmol.2022.925049.

20- Li J, Hou X, Fan Q, Chen L. Efficacy and safety of transcranial direct current stimulation in ADHD: systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry ADHD*. 2026; 17(1): 123-147. doi: 10.3389/fpsyt.2026.1747588

21- Danielson Danielson ML, Claussen AH, Bitsko RH, Katz SM, Newsome K, Blumberg SJ, Kogan MD, Ghandour R. ADHD Prevalence Among U.S. Children and Adolescents in 2022: Diagnosis, Severity, Co-Occurring Disorders, and Treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2024; 53(3): 343-360. https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2335625

22- Tahmasebi S, Karim Pourozife Khurani A. Comparing the effectiveness of two motivational manipulation methods and neurofeedback on reward sensitivity, delay discounting, and impulsivity in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Iran Journal Psychiatry Clin Psychol*. 2021; 27(4): 458-473 **[In Persian]**

23- Azizi Aram S, Basharpour S, Atadokht A, Molavi P. The effectiveness of transcranial direct current stimulation (TDCS) on improving emotion regulation and dysfunctional attitudes in individuals with borderline personality disorder. *Journal Rouysh-e Ravanshenasi*. 2021; 10(7): 115-126. **[In Persian]**

24- Kirchner WK. Age differences in short-term retention of rapidly changing information. *J Exp Psychol*. 1958; 55(4): 352-358. https://doi.org/10.1037/h0043688

25- Cosmo C, DiBiasi M, Lima V, Grecco LC, Muszkat M, Philip NS, de Sena EP. A systematic review of transcranial direct current stimulation effects in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Affect Disord*. 2020; 276: 1-13. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.054

26- Zhang M, Ma C, Liu Y, Ma X, Liu T, Jia F, Du L. Efficacy and safety of transcranial direct current stimulation for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2025; 50(4): E248-E266. https://doi.org/10.1503/jpn.250032

27- Chen Q, Pan N, Long Y, Qin K, Sangchooli A, Cao Y, Singh MK, Chen Y, Gong Q. Noninvasive Brain Stimulation in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Treatment Efficacy and Targeting Strategies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2026; 65(3): 369-391. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2025.07.009

28- Yin Y, Wang X, Feng T. Noninvasive Brain Stimulation for Improving Cognitive Deficits and Clinical Symptoms in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sci*. 2024; 14(12): 1237. https://doi.org/10.3390/brainsci14121237

29- Kofler MJ, Singh LJ, Soto EF, Chan ESM, Miller CE, Harmon SL, Spiegel JA. Working memory and short-term memory deficits in ADHD: A bifactor modeling approach. *Neuropsychology*. 2020; 34(6): 686–698. https://doi.org/10.1037/neu0000641

30- Irwin LN, Soto EF, Chan ESM, Miller CE, Carrington-Forde S, Groves NB, Kofler MJ. Activities of daily living and working memory in pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychol*. 2021; 27(4): 468–490. https://doi.org/10.1080/09297049.2020.1866521

31- Mohammadzadeghan R, Farid A, Chalabianlu Hasratanlo G, Mesrabadi J. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based social-emotional learning program with/and without transcranial direct current stimulation on emotional self-regulation and problem-solving performance in students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Shefaye Khatam*. 2023; 11(2): 52-64. **[In Persian]**

32- Chrysikou EG, Wing EK, van Dam WO. Transcranial direct current stimulation over the prefrontal cortex in depression modulates cortical excitability in emotion regulation regions as measured by concurrent functional magnetic resonance imaging: an exploratory study. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2022; 7(1): 85–94. https://oi.org/10.1016/j.bpsc.2019.12.004

33- Salvi C, Beeman M, Bikson M, McKinley R, Grafman J. TDCS to the right anterior temporal lobe facilitates insight problem-solving. *Sci Rep*. 2020; 10: 946. doi:10.1038/s41598-020-57724-1

34- Zhang M, Ma C, Liu Y, Ma X, Liu T, Jia F, Du L. Efficacy and safety of transcranial direct current stimulation for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatry Neurosci*. 2025; 50(4): E248–E266. https://doi.org/10.1503/jpn.250032

35- Westwood SJ, Criaud M, Lam SL, Lukito S, Wallace-Hanlon S, Kowalczyk OS, Kostara A, Mathew J, Agbedjro D, Wexler BE, Cohen Kadosh R, Asherson P, Rubia K. Transcranial direct current stimulation (tDCS) combined with cognitive training in adolescent boys with ADHD: a double-blind, randomised, sham-controlled trial. *Psychol Med*. 2023; 53(2): 497–512. https://doi.org/10.1017/S0033291721001859

36- Salehinejad MA, Wischnewski M, Nejati V, Vicario CM, Nitsche MA. Transcranial direct current stimulation in attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits. *PLoS One*. 2019; 14(4): e0215095. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215095

37- Delavar A. Ravesh-e tahghigh dar ravanshenasi va olum-e tarbivati [Research methods in psychology and education]. Tehran: Virayesh; 2015. **[In Persian]**

38- Bush G, Spencer TJ, Holmes J, Shin LM, Valera EM, Seidman LJ, Makris N, Surman C, Aleardi M, Mick E, Biederman J. Functional magnetic resonance imaging of methylphenidate and placebo in attention-deficit/hyperactivity disorder during the multi-source interference task. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65(1): 102–114. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.16

39- Kasaean K, Kiamanesh A, Bahrami H. Comparison of working memory performance and attention maintenance in students with and without learning disabilities. *Journal Learn Disabil*. 2014; 4(3): 112-123. **[In Persian]**

40- Almasi M, Noroozi Homayoon M, Sharif A. The effectiveness of neurofeedback therapy and transcranial direct stimulation in cognitive dominance of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 2021; 7(2): 111–130. https://doi.org/10.30473/clpsy.2021.59266.1603. **[In Persian]**

41- Taghizadeh R, Nejati V, Mohammadzadeh A, Akbarzadeh Baghban A. Study of the development of auditory and visual working memory in elementary school students. *Journal Res Rehabil Sci*. 2014; 10(2): 239-249. **[In Persian]**

42- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*. 1995; 51(6): 768–774. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1

43- Javid M, Mohammadi N, Rahimi CH. Psychometric properties of the Persian version of the 11th edition of the Barth Monogamy Scale. *Psychol Methods Models*. 2012; 2(8): 23-34. **[In Persian]**

44- Gandiga PC, Hummel FC, Cohen LG. Transcranial DC stimulation (tDCS): a tool for double-blind sham-controlled clinical studies in brain stimulation. *Clin Neurophysiol*. 2006; 117(4): 845–850. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2005.12.003

45- Fregni F, Liguori P, Fecteau S, Nitsche MA, Pascual-Leone A, Boggio PS. Cortical stimulation of the prefrontal cortex with transcranial direct current stimulation reduces cue-provoked smoking craving: a randomized, sham-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(1): 32–40. https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0105

46- Ramezani Gol-Afzani N, Karami A, Rostami R. The effect of electrical brain stimulation using direct current on verbal working memory of children with intellectual disabilities. *Sci Res J Psychol Methods Models*. 2021; 12(45): 49–58. https://doi.org/10.30495/jpmm.2021.26570.3245. **[In Persian]**

47- Rubia K, Westwood S, Aggensteiner PM, Brandeis D. Neurotherapeutics for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a review. *Cells*. 2021; 10(8): 2156. https://doi.org/10.3390/cells10082156

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۴۴-۳۱**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20711.1737

**مقاله پژوهشی**

# مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری

**نویسندگان**

**زهرا دلیلی [۱]، محمدحسین بیاضی [۲*]، علی‌اکبر ثمری [۳]**

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران. z.dalili@iau.ac.ir

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

۳. ستادیار گروه روان‌شناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران. Alisamari_47@iau.ac.ir

**چکیده**

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۸/۲۷

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۲/۱۴

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری بود.

**روش:** پژوهش حاضر، یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن با تشخیص اختلال وسواس جبری مراجعه‌کننده به کلینیک اعصاب و روان بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بود که پس از غربالگری و تشخیص اولیه، تعداد ۴۵ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه نشانگان وسواس (OCI-R) استفاده شد. گروه‌های آزمایش به تفکیک تحت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت یک جلسه در هفته، قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج نشان داد که نشانگان وسواس در هر دو گروه ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و مرحله پیگیری کاهش یافته است ($P<۰/۰۰۱$) و این تأثیر در گروه ذهن‌آگاهی بیشتر بوده است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** به‌طورکلی، نتایج حاکی از آن بود که هر دو این رویکرد درمانی می‌توانند بر کاهش نشانگان وسواس بیماران مؤثر باشند و نقش مؤثری در درمان وسواس داشته باشند.

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی رفتاری، نشانگان وسواس، اختلال وسواس

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

mh.bayazi@iau.ac.ir

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۴۴-۳۱
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 31-44

**مقدمه**

وسواس جبری[1] یکی از اختلالات روان‌شناختی ناتوان‌کننده است که هسته مرکزی آن را کمال‌طلبی و انعطاف‌ناپذیری به صورت الگویی نافذ و فراگیر تشکیل می‌دهد [۱]. سن شروع این اختلال اغلب در نوجوانی یا اوایل بزرگ‌سالی است، اما می‌تواند در کودکی یا اواخر بزرگ‌سالی نیز آغاز شود [۲]. این اختلال به دلیل همبودی بالا با اختلال افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالات تیک، اختلالات خوردن و اختلالات شخصیت و شیوع بالای آن در جمعیت جهانی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۳]. شیوع مادام‌العمر این اختلال در سطح جهان نشان می‌دهند که حدود ۱/۵٪ تا ۳٪ از جمعیت عمومی در طول زندگی خود معیارهای تشخیصی وسواس را تجربه می‌کنند که این رقم، وسواس را به یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی تبدیل کرده است [۴]. مطالعات شیوع‌شناسی در کشورهای مختلف نیز عموماً ارقامی مشابه با میانگین جهانی را گزارش می‌کنند، به‌طوری که برخی از مطالعات انجام شده در داخل ایران، شیوع مادام‌العمر این اختلال را بین ۱/۵ تا ۳ درصد گزارش نموده‌اند [۵]. همچنین، بررسی‌ها در خصوص شیوع این اختلال بر اساس جنسیت نشان می‌دهد که میزان شیوع آن در زنان و مردان به یک اندازه است با این تفاوت که تغییرات هورمونی، فشارهای اجتماعی و ژنتیک ممکن است زنان را بیشتر مستعد ابتلا به وسواس نماید [۶]. براساس شواهد، می‌توان عنوان کرد که وسواس در زنان بیشتر به‌صورت علائم رفتاری بروز می‌نماید و بر خلاف مردان، که بیشتر به وسواس‌های مربوط به تقارن، افکار ممنوعه (مانند خشونت یا مسائل جنسی) و احتکار تمایل دارند، زنان بیشتر مستعد وسواس‌های مرتبط با آلودگی، شست‌وشو و تمیزی هستند. این موضوع می‌تواند یکی از مهم‌ترین دلایل شکایت‌های زنان مبتلا به این اختلال باشد [۷].

اختلال وسواس جبری، موجب تشدید افکار مزاحم و ناخواسته و رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری می‌گردد که به موجب آن بیمار خود را ملزم به اجرای رفتارها و افکار تشریفاتی می‌نماید که روان‌شناسان از آن‌ها تحت عنوان نشانگان وسواس[2] یاد می‌کنند [۸]. این نشانگان، می‌تواند شامل افکار، تصاویر ذهنی، یا تکانه‌های ناخواسته، مزاحم و تکراری باشد و یا اینکه رفتارها اجباری مانند شست‌وشوی مکرر، وارسی، دعاکردن، شمردن و تکرار کلمات در سکوت باشد [۹]. بیمار مبتلا به وسواس به دلیل تجربهٔ فشار روانی بالا، تلاش می‌نماید تا سطح اضطراب خود را با تکرار رفتارها و اعمالی همچون شست‌وشو، وارسی و... کاهش دهد، اما وجود همین الگوهای رفتاری، شدت اضطراب آنان را افزایش می‌دهد و در یک‌چرخه معیوب گرفتارشان می‌سازد که موجب افزایش تنش روانی بیمار می‌گردد [۱۰].

فوا و همکاران[۱۱]، نشانگان وسواس را شامل مجموعه‌ای از افکار وسواس و رفتارهای جبری می‌دانند که می‌تواند شامل رفتارهای مرتبط با شست‌وشو، انباشت، نظم، وارسی و خنثی‌سازی باشد که معمولاً به‌منظور جلوگیری از وقوع یک فاجعه یا جبران یک فکر ناخوشایند انجام می‌شوند. شواهد نشان می‌دهد حجم بالایی از اضطراب که افراد مبتلا به وسواس جبری با نشانگان مرتبط با شست‌وشو، نظم و وارسی متحمل می‌گردند، می‌تواند احساس انزجار قدرتمندی را موجب شود که کیفیت زندگی آنان را با تهدید جدی روبرو کند [۱۲]. گزارش‌های بالینی نشان از آن می‌دهند که ترس از آلودگی یا آسیب‌رساندن به دیگران در افراد مبتلا به وسواس، می‌تواند موجب افزایش رفتارهای اجباری مانند شست‌وشوی مکرر، شود و به مرور به فرسودگی روانی آنان بینجامد. همچنین، صرف زمان زیاد برای نظم و وارسی، باعث کاهش بهره‌وری در کار و زندگی روزمره شود و کیفیت زندگی آنان را تحت‌تأثیر قرار دهد [۱۳].

وجود افکار و رفتارهای ناتوان‌کننده وسواس جبری، باعث گردیده است تا روش‌های درمانی مختلفی در سراسر دنیا به کار برده شود که علی‌رغم اثربخشی برخی از آن‌ها، برخی دیگر اثربخشی لازم را ندارند و یا قادر نیستند تا بر همه جنبه‌های این اختلال اثر مثبت داشته باشند که این محدودیت‌ها نیاز فزاینده‌ای به توسعه و ارزیابی مداخلات مکمل و جایگزین با سازوکارهای عمل متفاوت را بیشتر کرده است [۱۴]. از میان درمان‌های روان‌شناختی، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی[3] و درمان شناختی رفتاری[4] ازجمله

1 . Obsessive-Compulsive Disorder

2 . Obsessive-Compulsive Symptoms
3. Mindfulness-Based Therapy
4. Cognitive Behavioral Therapy

روش‌هایی است که معمولاً به منظور اثرگذاری بر فرایندهای فکری و اصلاح رفتارها معیوب مورداستفاده قرار می‌گیرد[۱۵].

در رویکرد ذهن‌آگاهی که به منظور اثرگذاری بر هیجانات بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی استفاده می‌شود، تلاش می‌گردد تا باورهای مربوط به افکار مزاحم که به تولید اضطراب دامن می‌زند، شناسایی شود و بیمار متقاعد گردد تا وقایع را مجدداً ارزیابی نماید که این موضوع می‌تواند نوعی ذهن‌آگاهی انفصالی در نظر گرفته شود که طی آن بیمار با توجه‌کردن به افکار مزاحم و ناخواسته به آن‌ها اجازه می‌دهد به طور آزادانه بیایند و بروند و عبورشان را بدون واکنشی یا سرکوبی مشاهده کند، این مشاهدات سرانجام سبب کاهش افکار و بهبود علائم اضطراب می‌گردد [۱۶]. ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک ساختار چندوجهی در نظر گرفته می‌شود که شامل مشاهده؛ یعنی حضور در تجارب داخلی و خارجی، توصیف؛ یعنی کلامی کردن تجارب داخلی، اقدام با آگاهی؛ یعنی توانایی حضور در لحظه فعلی، داشتن تجربه درونی بدون قضاوت؛ یعنی بدون قضاوت افکار و احساسات و در نهایت عدم واکنش به تجربه درونی؛ یعنی اجازه حضور به افکار و احساسات بدون اقدام برای خلاصی از آن‌ها است که می‌تواند بر کاهش اضطراب و پذیرش آگاهانه هیجانات منجر گردد [۱۵]. در طی تمرینات ذهن‌آگاهی مانند اکتشاف بدنی، تمرینات ساده یوگا و دوره-های مراقبه نشسته، مراجعان آموزش می‌بینند که از طریق آگاهی و ارتباط بدون قضاوت در مورد اشیا و جاری‌شدن افکار، احساسات، هیجانات و حس‌های بدنی که شامل احساسات بدنی دردناک و ناراحتی‌های هیجانی است، ارتباط برقرار نمایند و بتوانند به طور آگاهانه علائم تنش را در خود مشاهده، پذیرش و مدیریت کنند [۱۷]. شواهد نشان می‌دهد که استفاده از ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به وسواس می‌تواند موجب کاهش برخی از مشکلات آن‌ها گردد [۱۸] [۸, ۱۹]. همچنین، پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد که رویکرد ذهن‌آگاهی می‌تواند ضمن ارتقای توانمندی بیماران، منجر به کاهش برخی از رفتارهای جبری بیماران گردد [۲۰، ۲۱].

در درمان شناختی - رفتاری نیز به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و از گفتگوهای هدفمند و تکالیف رفتاری دقیق و سازمان‌یافته استفاده کند تا بتواند ضمن اثرگذاری بر فرایندهای فکری معیوب، هیجانات را تعدیل کرده و رفتار سنجیده را در پیش گیرد [۲۲]. این رویکرد از طریق تمرین‌های مواجه‌سازی درون جلسات، بازسازی شناختی و تکالیف خانگی به بیماران کمک می‌کند تا چرخه معیوب مشکل را در بشکنند و تشویق شوند تا رابطه میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را بیابد و با آگاهی از این رابطه، رفتار خود را مدیریت کنند [۲۳]. در درمان شناختی – رفتاری، اعتقاد بر این است که معنایی که افراد به تجربیات خود می‌دهند، عامل اصلی شکل‌گیری هیجانات و واکنش‌های آنان است و مادامی‌که تلاش شود با زیر سؤال‌بردن اعتبار افکار و نگرش‌های منفی فرد، میزان اعتقاد شخص به آن‌ها کاهش یابد، مشکل فرد تا حد زیادی مرتفع می‌شود [۲۴]. شواهد نشان می‌دهد که تکنیک‌های درمانی شناختی - رفتاری می‌توانند به افزایش برخی از توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به وسواس منجر شوند [۲۵-۲۷]. همچنین، برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استفاده از فنون درمان شناختی - رفتاری می‌تواند موجب مدیریت بهتر رفتارهای اجباری در بیماران گردد [۲۸-۳۰].

هرچند که این دو رویکرد از نظر سازوکار عمل با یکدیگر شباهت دارند، اما درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پرورش آگاهی غیر قضاوتی و متمرکز بر لحظه حاضر از افکار، احساسات و حس‌های بدنی تأکید دارند و هدف آن تغییر محتوای شناختی نیست، بلکه تغییر رابطه فرد با تجربیات درونی است. این رویکرد تفاوت قابل‌توجهی با هسته اصلی درمان شناختی - رفتاری دارد؛ که بر شناسایی و به چالش کشیدن با باورهای ناکارآمد و انجام مواجهه تدریجی با محرک‌های ترس‌آور به منظور کاهش پاسخ اضطراب تمرکز دارد [۳۱]. در درمان شناختی - رفتاری بر تغییر افکار و رفتارهای ناسازگار تأکید بیشتری می‌شود، حال‌آنکه ذهن‌آگاهی سعی می‌نماید تا با پذیرش افکار بدون قضاوت و کاهش واکنش‌ها تأکید کند [۳۲]. این تفاوت در هدف، می‌تواند اثربخشی متفاوتی را در کاهش نشانه‌های وسواس به دنبال داشته باشد. برخلاف درمانگران شناختی - رفتاری که مواجهه تدریجی با محرک‌های وسواس و اصل بازسازی شناختی افکار منفی را هدف قرار می‌دهند، در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مشاهده افکار به‌عنوان

پدیده‌های گذرا و تمرکز بر لحظه حال بدون ارائه واکنش، مدنظر قرار می‌گیرد [۳۳]. این سازوکار عمل متفاوت در دو رویکرد، می‌تواند نتایج متفاوتی را به دنبال داشته باشد. ازاین‌رو، پژوهش حاضر، به دنبال آن است که با درک این تفاوت‌های احتمالی در کارایی این دو رویکرد، بر نشانگان وسواس بپردازد؛ چرا که تعیین این تفاوت‌ها، به‌منظور بهینه‌سازی انتخاب درمان، توسعه پروتکل‌های مؤثرتر و روشن‌سازی سازوکارهای تغییر زیربنایی در بهبود نشانگان وسواس اهمیت دارد. در واقع این مطالعه به دنبال پر کردن شکاف دانش موجود در مورد اثربخشی نسبی این دو رویکرد قدرتمند در حوزه وسواس و حرکت به سمت درمان‌های شخصی‌سازی‌شده‌تر برای افراد مبتلا به وسواس است؛ لذا این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری تفاوت وجود دارد؟

## روش

### نوع پژوهش:

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

### آزمودنی

#### الف. جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل بیماران زن با تشخیص اختلال وسواس جبری مراجعه‌کننده به کلینیک اعصاب و روان بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد در 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 گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند.

### ابزارهای پژوهش

ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه ذیل بود.

#### ۱. پرسش‌نامه نشانگان وسواس[1]

پرسش‌نامه بازنگری شده نشانگان وسواس، ابزاری است که توسط فوا و همکاران[۱۱]، با هدف سنجش نشانگان اختلال وسواس اجباری ساخته شده است. این پرسش‌نامه خودسنجی، دارای ۱۸ ماده است و شامل ۶ زیرمقیاس است که هر یک به طور مساوی ۳ ماده دارد و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از هیچ‌وقت نمره ۰ تا بیش از حد نمره ۴ نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌های ۵، ۱۱، ۱۷ مربوط به شست‌وشو؛ پرسش‌های ۶، ۱۲، ۱۸ مربوط به وسواس فکری؛ پرسش‌های ۱، ۷، ۱۳ مربوط به انباشت؛ پرسش‌های ۳، ۹، ۱۵ مربوط به نظم؛ پرسش‌های ۲، ۸، ۱۴ مربوط به وارسی و پرسش‌های ۴، ۱۰، ۱۶ مربوط به خنثی‌سازی است. نمره‌گذاری به این صورت است که نمره‌های به‌دست‌آمده جمع می‌شود که حد پایین نمرات ۰، حد متوسط نمرات ۳۶ و حد بالای نمرات ۷۲ است؛ یعنی حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۷۲ خواهد بود و نمره بین ۰ تا ۲۴ نشان‌دهنده میزان رفتارهای وسواس اجباری پایین؛ نمره بین ۲۴ تا ۳۶ نشان‌دهنده میزان رفتارهای وسواس اجباری متوسط و نمره بالاتر از ۳۶ نشان‌دهنده میزان رفتارهای وسواس اجباری بالا است. برای ارزیابی پایایی این مقیاس سازندگان آن، همسانی درونی را با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه نموده و برای مقیاس کلی ۰/۸۵، زیرمقیاس وارسی ۰/۶۶، زیرمقیاس نظم ۰/۶۹، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۷۲، زیرمقیاس شست‌وشو ۰/۶۹، زیرمقیاس انباشت ۰/۶۳ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۵۰ به دست آوردند. سپس، همبستگی بین ماده‌ها را محاسبه کردند و برای هر یک از زیرمقیاس‌ها، میزان اثر متوسط در شست‌وشو: r =۰/۴۳؛ وسواس فکری: r =۰/۴۶ ، انباشت: r =۰/۳۷ ؛ نظم: r =۰/۴۳؛ وارسی: r =۰/۴۰ ؛ خنثی‌سازی: r =۰/۲۵ گزارش شد [۱۱]. در ایران نیز محمدی و همکاران [۳۴] همسانی درونی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه نموده و برای مقیاس کلی ۰/۸۶، زیرمقیاس وارسی ۰/۶۴، زیرمقیاس نظم ۰/۶۸، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۷۶، زیرمقیاس شست‌وشو ۰/۶۸، زیرمقیاس انباشت ۰/۶۶ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۶۰ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی این مقیاس با ضریب آلفای

1. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised

کرونباخ محاسبه شد و برای مقیاس کلی ۰/۸۵، زیرمقیاس وارسی ۰/۸۶، زیرمقیاس نظم ۰/۸۵، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۸۰، زیرمقیاس شست‌وشو ۰/۸۴، زیرمقیاس انباشت ۰/۸۶ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۸۴ به دست آمد.

## شیوه انجام پژوهش

پس از دریافت کد اخلاق به شناسه IR.IAU.TJ.REC.1403.027 از معاونت پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با مسئولان کلینیک اعصاب و روان بیمارستان ابن‌سینا شهر مشهد، ۱۲۰ بیمار زن با تشخیص اختلال وسواس جبری (بر اساس تشخیص قطعی وسواس جبری توسط روان‌پزشک با ملاک‌های بالینی (DSM-V) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID)) انتخاب شدند و ۴۵ نفر از این بیماران به روش نمونه گیری هدفمند، پس از غربالگری اولیه بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، همچون شرکت داوطلبانه و کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، قرارنگرفتن تحت مداخله درمانی دیگر، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، قرارداشتن در بازه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال و کسب نمره بالاتر از ۳۶ در پرسش‌نامه نشانگان وسواس، انتخاب شدند. همچنین، ملاک‌هایی همچون غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان، مخدوش کردن و یا عدم تکمیل ابزارهای پژوهش و قرارگرفتن تحت مداخله درمانی، به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. برای تعیین حجم نمونه، با انتخاب (a = ۰/۰۵) و اندازه اثر متوسط (d= ۰/۵ ) و توان آزمون (۸۰٪) و بر مبنای جدول تدوین شده توسط کوهن[۳۵] حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه و درمجموع ۴۵ نفر تعیین گردید و آزمودنی‌های انتخاب‌شده به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون پرسش‌نامه نشانگان وسواس (OCI-R) را تکمیل کردند و در ادامه، از گروه آزمایش خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، به‌صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان مبتنی بر رویکرد ذهن‌آگاهی بر اساس بسته ذهن‌آگاهی مک‌کنزی و همکاران [۳۶] قرار گیرند. این جلسات توسط درمانگر متخصص و مسلط به ذهن‌آگاهی، در اتاق جلسات بیمارستان ابن‌سینا به اجرا شد. همچنین، گروه آزمایش دوم نیز به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت یک جلسه در هفته، تحت درمان شناختی - رفتاری بر اساس بسته درمان شناختی - رفتاری استکتی و ویلهلم [۳۷] قرار گرفت. این جلسات نیز توسط درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد شناختی - رفتاری، در اتاق جلسات بیمارستان ابن‌سینا به اجرا شد. در این مدت، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. ضمناً، جهت پیشگیری از خطاناشی از انتشار کاربندی و تعامل آزمودنی‌های دو گروه، جلسات ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری به طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار شد. در پایان جلسات، هر سه گروه مجدداً در مرحله پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند و پرسش‌نامه مذکور را تکمیل نمودند و درنهایت، پس از مدت سه ماه، یک دوره پیگیری برای هر گروه در نظر گرفته شد و یافته ها مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. شرح مختصری از جلسات اجرایی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی به‌قرار ذیل است.

**جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مک‌کنزی و همکاران [۳۶]**

| جلسات | محتوا |
|---|---|
| جلسه اول | معارفه و اجرای پیش‌آزمون، هدایت خودکار؛ تمرین‌های جلسه خوردن یک کشمش با حضور ذهن و مراقبه وارسی بدن. |
| جلسه دوم | مقابله با موانع؛ تمرین‌های جلسه مراقبه وارسی بدن، ده دقیقه حضور ذهن روی جریان تنفس |
| جلسه سوم | حضور ذهن روی تنفس و بر بدن هنگام حرکت |
| جلسه چهارم | ماندن در زمان حال؛ تمرین‌های جلسه پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی‌ها بدون جهت‌گیری خاص، راه‌رفتن با حضور ذهن، فضای سه‌دقیقه‌ای تنفس |
| جلسه پنجم | پذیرش و اجازه یا مجوز حضور؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن |
| جلسه ششم | فکرها نه حقایق؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن. |
| جلسه هفتم | خودمراقبتی به بهترین شکل؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها. |
| جلسه هشتم | استفاده از آموخته‌ها برای کنارآمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده؛ تمرین‌های جلسه مراقبه وارسی، پایان مراقبه و انجام پس‌آزمون |

**جدول ۲ جلسات رفتاردرمانی شناختی استکتی و ویلهلم [۳۷]**

| جلسات | محتوا |
|---|---|
| جلسه اول | ارزیابی درمان‌جویان با پیش‌آزمون. آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری. آشنایی با اهداف درمان شناختی - رفتاری. دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم. تمرین آرمیدگی |
| جلسه دوم | ترسیم مدل شناختی وسواس، عادی‌سازی افکار وسواسی، ترسیم مثلث شناختی، دادن فهرست انواع خطاهای شناختی، پر کردن فرم ثبت افکار روزانه، توضیح اهمیت افکار و آمیختگی افکار و اجرای آزمایش‌های رفتاری |
| جلسه سوم | استفاده از تکنیک‌های شناختی پرسش‌گری سقراطی و بازبینی برگه ۵ ستون افکار، پر کردن برگه ۷ ستونی افکار، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم و اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار |
| جلسه چهارم | بررسی فرم ثبت افکار روزانه، آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسش‌گری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد خطر و طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان‌خواهی |
| جلسه پنجم | پرسش‌گری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی، تعریف کمال‌گرایی و استفاده از پرسش‌گری سقراطی و تکنیک پیکان روبه‌پایین در این زمینه و صورت‌بندی آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار |
| جلسه ششم | آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمان‌گر و در خانه. بازبینی فهرست فرم ثبت افکار روزانه و طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار |
| جلسه هفتم | بحث و جمع‌بندی فنون شناختی و رفتاری، بازبینی ثبت افکار روزانه و مرور الگوی شناختی وسواس |
| جلسه هشتم | توضیح دوباره درباره اهمیت تمرین‌های رفتاری، بحث درباره نشانه‌های عود، آموزش گام‌های حل مسئله و ارزیابی مجدد توسط پس‌آزمون |

**شیوه تحلیل داده‌ها:**

نتایج با استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی بر اساس نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه‌وتحلیل 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 ذهن‌آگاهی ۲۶/۱۲ و ۳/۱، در گروه شناختی - رفتاری ۲۸/۰۹ و ۳/۳ و در گروه کنترل ۲۷/۱۲ و ۳/۲ بود. شاخص‌های توصیفی نشانگان وسواس در هر یک از دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نشانگان وسواس برحسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها**

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| وسواس شست‌وشو | ذهن‌آگاهی | ۹/۱۱ | ۲/۴۵ | ۶/۰۲ | ۳/۰۳ | ۶/۱۲ | ۳/۰۱ |
| | شناختی - رفتاری | ۸/۹۵ | ۲/۴۷ | ۶/۲۴ | ۳/۰۸ | ۶/۰۴ | ۳/۰۷ |
| | کنترل | ۹/۰۰ | ۲/۵۲ | ۹/۱۲ | ۳/۰۱ | ۹/۱۰ | ۳/۰۶ |
| وسواس فکر | ذهن‌آگاهی | ۸/۵۱ | ۲/۵۹ | ۵/۲۴ | ۳/۰۰ | ۵/۱۴ | ۳/۰۱ |
| | شناختی - رفتاری | ۸/۰۱ | ۲/۴۵ | ۶/۱۲ | ۳/۱۴ | ۶/۱۶ | ۳/۱۰ |
| | کنترل | ۸/۹۹ | ۲/۵۲ | ۸/۸۵ | ۳/۱۰ | ۸/۸۰ | ۳/۱۶ |
| وسواس انباشت | ذهن‌آگاهی | ۸/۸۶ | ۱/۸۶ | ۵/۱۰ | ۲/۱۶ | ۵/۰۶ | ۲/۹۶ |
| | شناختی - رفتاری | ۸/۶۴ | ۱/۹۴ | ۶/۱۳ | ۲/۱۴ | ۶/۱۸ | ۲/۹۰ |
| | کنترل | ۸/۸۳ | ۱/۹۹ | ۸/۰۰ | ۲/۲۶ | ۸/۱۴ | ۲/۹۱ |

**ادامه جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نشانگان وسواس برحسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها**

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| وسواس نظم | ذهن‌آگاهی | ۹/۱۲ | ۱/۹۰ | ۶/۰۳ | ۲/۱۰ | ۶/۰۰ | ۲/۹۸ |
| | شناختی - رفتاری | ۸/۰۶ | ۱/۸۹ | ۶/۱۲ | ۲/۱۹ | ۶/۲۴ | ۲/۸۸ |
| | کنترل | ۹/۲۹ | ۱/۸۸ | ۹/۳۲ | ۲/۰۶ | ۹/۰۲ | ۲/۸۹ |
| وسواس وارسی | ذهن‌آگاهی | ۹/۲۰ | ۲/۸۰ | ۶/۱۴ | ۲/۴۲ | ۶/۲۴ | ۲/۸۴ |
| | شناختی - رفتاری | ۸/۹۲ | ۲/۸۴ | ۶/۲۴ | ۲/۳۲ | ۶/۲۰ | ۲/۲۹ |
| | کنترل | ۸/۹۰ | ۲/۶۵ | ۹/۰۰ | ۲/۳۰ | ۹/۰۱ | ۲/۵۵ |
| خنثی‌سازی | ذهن‌آگاهی | ۹/۱۶ | ۲/۴۵ | ۶/۱۱ | ۲/۲۸ | ۶/۰۶ | ۲/۲۰ |
| | شناختی - رفتاری | ۹/۲۲ | ۲/۳۸ | ۷/۱۶ | ۲/۱۸ | ۷/۰۰ | ۲/۱۶ |
| | کنترل | ۹/۰۲ | ۲/۴۰ | ۹/۹۸ | ۲/۲۰ | ۹/۱۸ | ۲/۲۳ |
| نشانگان کل | ذهن‌آگاهی | ۵۳/۹۷ | ۳/۳۶ | ۳۴/۶۴ | ۳/۱۶ | ۳۴/۶ | ۳/۱۸ |
| | شناختی - رفتاری | ۵۱/۸۰ | ۳/۱۳ | ۳۸/۰۱ | ۳/۱۴ | ۳۷/۸۲ | ۳/۱۵ |
| | کنترل | ۵۴/۰۳ | ۳/۸۰ | ۵۴/۲۷ | ۳/۱۵ | ۵۳/۲۵ | ۳/۲۱ |

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمره پس‌آزمون نشانگان وسواس 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> ۰/۰۵). آزمون لوین نیز نشان داد که همگنی واریانس‌ها در مراحل آزمون محقق شده است (P>۰ /۰۵). آزمون موچلی نیز نشان داد که مفروضه کرویت محقق شده است (P>۰/۰۵، ۰/۰۰۴=χ2، w=۱/۰۰). نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای نشانگان وسواس در جدول ۴ آورده شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میان گروه‌های ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری و گروه کنترل در نشانگان وسواس برحسب مراحل آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها برحسب مراحل آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

**جدول ۴. بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در نشانگان وسواس در گروه‌ها**

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور اتای سهمی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| وسواس شست‌وشو | آزمون | ۵۵/۳۵ | ۱/۲۱ | ۴۳/۹۰ | ۳۰۷۳/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۶ |
| | عضویت گروهی | ۱۰۲/۵۳ | ۲ | ۵۰/۷۵ | ۶۸/۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۳۳/۱۷ | ۲/۴۶ | ۱۱/۵۲ | ۹۵۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۵ |
| وسواس فکر | آزمون | ۲۴/۵۰ | ۱/۰۲ | ۲۳/۲۲ | ۳۱۶/۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ |
| | عضویت گروهی | ۷۳/۱۶ | ۲ | ۳۵/۷ | ۲۲/۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۲۵/۹۵ | ۲/۷ | ۱۰/۳۶ | ۱۵۰/۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ |

**ادامه جدول ۴. بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در نشانگان وسواس در گروه‌ها**

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور اتای سهمی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| وسواس انباشت | آزمون | ۵۷/۲۵ | ۱/۳۵ | ۴۰/۶۷ | ۲۰۵۷/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۵ |
| | عضویت گروهی | ۱۰۲/۸۳ | ۲ | ۵۰/۹۰ | ۸۹/۵۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۰ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۴۰/۲۴ | ۲/۷۳ | ۱۲/۶۶ | ۷۳۶/۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴ |
| وسواس نظم | آزمون | ۵۳/۳۳ | ۱/۱۹ | ۴۱/۸۸ | ۳۰۷۱/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴ |
| | عضویت گروهی | ۱۰۱/۵۱ | ۲ | ۵۰/۷۳ | ۶۸/۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۳۱/۱۴ | ۲/۴۴ | ۱۱/۵۰ | ۹۴۸/۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۵ |
| وسواس وارسی | آزمون | ۲۲/۴۷ | ۱/۰۰ | ۲۱/۲۰ | ۳۱۲/۷۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳ |
| | عضویت گروهی | ۷۱/۱۴ | ۲ | ۳۳/۱۱ | ۲۰/۰۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۲۰/۹۳ | ۲/۱۱ | ۱۲/۳۴ | ۱۴۵/۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳ |
| وسواس خنثی‌سازی | آزمون | ۵۵/۲۳ | ۱/۳۳ | ۴۰/۶۵ | ۲۰۵۵/۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳ |
| | عضویت گروهی | ۱۰۱/۸۲ | ۲ | ۵۰/۸۹ | ۸۸/۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۰ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۴۲/۲۶ | ۲/۷۱ | ۱۵/۶۸ | ۷۳۹/۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |
| نشانگان کلی | آزمون | ۶۰/۲۸ | ۱/۳۸ | ۴۳/۷۰ | ۲۰۶۰/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۸ |
| | عضویت گروهی | ۱۰۵/۸۶ | ۲ | ۵۲/۹۳ | ۹۲/۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۲ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۴۳/۲۷ | ۲/۷۶ | ۱۵/۶۹ | ۷۳۹/۵۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |

**جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین برحسب مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها**

| متغیرها | گروه‌ها | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | | پیش‌آزمون - پیگیری | | پس‌آزمون - پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری |
| وسواس شست‌وشو | ذهن‌آگاهی | ۳/۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۲/۹۹ | ۰/۰۰۱ | -۰/۱ | ۰/۴۸ |
| | شناختی - رفتاری | ۲/۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۲/۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲ | ۰/۱۴ |
| | کنترل | -۰/۱۲ | ۰/۹۸ | -۰/۱ | ۰/۹۴ | ۰/۰۲ | ۰/۴۶ |
| وسواس فکر | ذهن‌آگاهی | ۳/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۳/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱ | ۰/۹۸ |
| | شناختی - رفتاری | ۲/۵۱ | ۰/۰۰۱ | ۱/۸۵ | ۰/۰۰۱ | -۰/۰۴ | ۰/۴۶ |
| | کنترل | ۰/۱۴ | ۰/۴۶ | ۰/۱۹ | ۰/۸۵ | ۰/۰۵ | ۰/۹۶ |
| وسواس انباشت | ذهن‌آگاهی | ۳/۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۳/۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۴ | ۰/۴۱ |
| | شناختی - رفتاری | ۲/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۲/۴۶ | ۰/۰۰۱ | -۰/۰۵ | ۰/۹۶ |
| | کنترل | ۰/۸۳ | ۰/۳۰ | ۰/۶۹ | ۰/۴۶ | -۰/۱۴ | ۰/۸۵ |

**ادامه جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین برحسب مراحل آزمون به تفکیک گروه‌ها**

| متغیرها | گروه‌ها | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | | پیش‌آزمون - پیگیری | | پس‌آزمون - پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری |
| وسواس نظم | ذهن‌آگاهی | ۳/۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۳/۱۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۳ | ۰/۴۸ |
| | شناختی - رفتاری | ۱/۹۴ | ۰/۰۰۱ | ۱/۸۲ | ۰/۰۰۱ | -۰/۱۲ | ۰/۱۲ |
| | کنترل | -۰/۰۳ | ۰/۹۶ | ۰/۲۷ | ۰/۹۰ | ۰/۳ | ۰/۴۴ |
| وسواس وارسی | ذهن‌آگاهی | ۳/۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۲/۹۶ | ۰/۰۰۱ | -۰/۰۱ | ۰/۹۸ |
| | شناختی - رفتاری | ۲/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۲/۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۴ | ۰/۴۰ |
| | کنترل | -۰/۱ | ۰/۳۸ | -۰/۱۱ | ۰/۸۵ | -۰/۰۱ | ۰/۹۹ |
| وسواس خنثی‌سازی | ذهن‌آگاهی | ۳/۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۳/۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵ | ۰/۴۲ |
| | شناختی - رفتاری | ۲/۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۲/۲۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۶ | ۰/۹۶ |
| | کنترل | -۰/۹۶ | ۰/۲۸ | -۰/۱۶ | ۰/۴۵ | ۰/۸ | ۰/۸۲ |
| نشانگان کلی | ذهن‌آگاهی | ۱۹/۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۱۹/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۴ | ۰/۴۷ |
| | شناختی - رفتاری | ۱۳/۷۹ | ۰/۰۰۱ | ۱۳/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۹ | ۰/۱۱ |
| | کنترل | -۰/۲۴ | ۰/۹۶ | ۰/۷۸ | ۰/۹۸ | ۱/۰۲ | ۰/۴۶ |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری، میانگین‌ها افزایش یافته است و تفاوت معناداری میان آنان وجود دارد (P <۰/۰۰۱)؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری در هر دو گروه تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های بین‌گروهی در پس‌آزمون و پیگیری جدول ۶ ارائه شده است.

**جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها برحسب عضویت گروهی**

| متغیرها | گروه‌ها | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | اختلاف میانگین | سطح معناداری | اختلاف میانگین | سطح معناداری |
| وسواس شست‌وشو | ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری | -۰/۲۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۸ | ۰/۰۰۱ |
| | ذهن‌آگاهی - کنترل | -۳/۱ | ۰/۰۰۱ | -۲/۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی رفتاری - کنترل | -۲/۸۸ | ۰/۰۰۱ | -۳/۰۶ | ۰/۰۰۱ |
| وسواس فکر | ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری | -۰/۸۸ | ۰/۰۰۱ | -۱/۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| | ذهن‌آگاهی - کنترل | -۳/۶۱ | ۰/۰۰۱ | -۳/۶۶ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی رفتاری - کنترل | -۲/۷۳ | ۰/۰۰۱ | -۲/۶۴ | ۰/۰۰۱ |
| وسواس انباشت | ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری | -۱/۰۳ | ۰/۰۰۱ | -۱/۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | ذهن‌آگاهی - کنترل | -۲/۹ | ۰/۰۰۱ | -۳/۰۸ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی رفتاری - کنترل | -۱/۸۷ | ۰/۰۰۱ | -۱/۹۶ | ۰/۰۰۱ |

**ادامه جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها برحسب عضویت گروهی**

| متغیرها | گروه‌ها | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | اختلاف میانگین | سطح معناداری | اختلاف میانگین | سطح معناداری |
| وسواس نظم | ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری | -۰/۰۹ | ۰/۰۰۱ | -۰/۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| | ذهن‌آگاهی - کنترل | -۳/۲۹ | ۰/۰۰۱ | -۳/۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی رفتاری - کنترل | -۳/۲ | ۰/۰۰۱ | -۲/۷۸ | ۰/۰۰۱ |
| وسواس وارسی | ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری | -۰/۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۴ | ۰/۰۰۱ |
| | ذهن‌آگاهی - کنترل | -۲/۸۴ | ۰/۰۰۱ | -۲/۷۷ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی رفتاری - کنترل | -۲/۷۶ | ۰/۰۰۱ | -۲/۸۱ | ۰/۰۰۱ |
| خنثی‌سازی | ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری | -۱/۰۵ | ۰/۰۰۱ | -۰/۹۴ | ۰/۰۰۱ |
| | ذهن‌آگاهی - کنترل | -۳/۸۷ | ۰/۰۰۱ | -۳/۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی رفتاری - کنترل | -۲/۸۲ | ۰/۰۰۱ | -۲/۱۸ | ۰/۰۰۱ |
| نشانگان کلی | ذهن‌آگاهی - شناختی رفتاری | -۳/۳۷ | ۰/۰۰۱ | -۳/۲۲ | ۰/۰۰۱ |
| | ذهن‌آگاهی - کنترل | -۱۹/۶۳ | ۰/۰۰۱ | -۱۸/۶۵ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی رفتاری - کنترل | -۱۶/۲۶ | ۰/۰۰۱ | -۱۵/۴۳ | ۰/۰۰۱ |

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت بین گروه‌های ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری با گروه کنترل معنادار است (P<۰/۰۱). میانگین نمرات این گروه‌ها در نشانگان وسواس از گروه کنترل کمتر است. تفاوت بین گروه ذهن‌آگاهی و شناختی - رفتاری نیز در پس‌آزمون و پیگیری معنادار است (P>۰/۰۵). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در نشانگان وسواس، آزمودنی‌های گروه ذهن‌آگاهی میانگین کمتری نسبت به آزمودنی‌های گروه شناختی - رفتاری دارند. این بدان معنی است که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به شناختی- رفتاری بر نشانگان وسواس اثربخشی بیشتری داشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری بود و یافته‌ها نشان داد که هر دو رویکرد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر نشانگان وسواس بیماران دارای اختلال وسواس جبری اثربخش بوده است و بین این دو روش تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌طوری که کاهش نشانگان وسواس در گروه ذهن‌آگاهی نسبت به شناختی - رفتاری بیشتر بوده است.

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانگان وسواس، همسو با یافته‌های پژوهش‌های [۱۸] [۸، ۱۹-۲۱] است. همچنین، در زمینه تأثیر درمان شناختی رفتاری بر نشانگان وسواس نیز می‌توان به پژوهش‌هایی [۲۵-۳۰]اشاره نمود.

در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه عنوان نمود که درمان شناختی - رفتاری موجب می‌گردد تا بیماران به این توانمندی نائل آیند که بتوانند از طریق مواجهه تدریجی بر افکار وسواسی خود تسلط یابند و با مقابله مستقیم با افکار مزاحم، تنش روانی خود را به‌مرور کاهش دهند که این مسئله می‌تواند منجر به کاهش سطح اضطراب گردد و علائم وسواس را که عمدتاً به دلیل وجود اضطراب حادث می‌شوند، کاهش دهند [۲۸]؛ اما سازوکارهای عملی در رویکرد ذهن‌آگاهی در مواجهه با افکار وسواسی، پذیرش افکار صرفاً به‌عنوان پدیده‌های ذهنیِ زودگذر، بدون قضاوت یا درگیری با افکار است، این جداسازی شناختی باعث

کاهش اضطراب ناشی از افکار و شکستن چرخه وسواس می‌گردد [۲۱]. استفاده از فنونی همچون رویارویی و جلوگیری از پاسخ در درمان شناختی - رفتاری، بیماران را قادر می‌سازد تا از طریق رویارویی، بدون انجام رفتارهای اجتنابی و آیین‌مندی‌های اجباری، اوج اضطراب و کاهش چشمگیر آن را در گذر زمان تجربه کنند، این مسئله توانایی مواجهه آنان با شرایط اضطراب‌زا را بدون توسل به تشریفات و آیین‌مندی‌های اجباری را کاهش می‌دهد [۲۵]؛ اما در درمان ذهن‌آگاهی، از طریق پرورش آگاهی غیرقضاوتی، به افکار وسواسی واکنش نشان داده می‌شود. در این رویکرد، مواجهه از طریق پذیرش هیجانات به محض ظهور انجام می‌گیرد که می‌تواند در لحظه بودن و آگاهی از فرایندهای فکری لحظه‌ای را رشد دهد و منجر به روبروی موفقیت‌آمیز با اضطراب گردد [۱۹].

همچنین، می‌توان این‌گونه عنوان نمود که چون در درمان شناختی - رفتاری بیشتر بر تغییر افکار و رفتارهای وسواسی از طریق مواجهه و جلوگیری از پاسخ تمرکز می‌گردد؛ اجرای تکنیک‌های این رویکرد در برخی از بیماران با افزایش سطح تنش و استرس همراه می‌شود که همین موضوع می‌تواند بر روی اثربخشی این رویکرد در کاهش علائم وسواس اثر داشته باشد. در صورتی که در رویکرد ذهن‌آگاهی به‌جای مقابله مستقیم با افکار، به بیماران آموزش داده می‌شود تا افکار وسواسی را بدون قضاوت بپذیرند و از چرخه واکنش‌های اضطرابی فاصله بگیرند که این روش، اضطراب کمتری ایجاد می‌کند و پذیرش آن را برای بیماران راحت‌تر می‌نماید. همچنین، می‌توان این‌گونه عنوان نمود که درمان شناختی - رفتاری بیشتر بر شناخت و رفتار متمرکز است، درحالی‌که ذهن‌آگاهی مستقیماً بر تنظیم هیجانات تأثیر می‌گذارد و از آنجاکه اختلال وسواس با اضطراب و پریشانی هیجانی همراه است، این رویکرد ممکن است در کاهش هیجانات منفی مؤثرتر عمل کند و منجر به کاهش بیشتر علائم و نشانگان وسواس گردد. از آنجایی که خروج از الگوهای فکری وسواسی در بیماران، نیازمند انعطاف‌پذیری شناختی است و درمان ذهن‌آگاهی منجر به افزایش بیشتر این انعطاف‌پذیری می‌گردد، استفاده از این رویکرد بر بیماران با نشانگان وسواس مؤثرتر بوده است؛ چراکه این رویکرد نسبت به درمان شناختی - رفتاری بهتر می‌تواند بر خشکی شناختی بیماران وسواسی اثر گذارد. شاید بتوان سازوکار عمل رویکرد ذهن‌آگاهی در نحوه برخورد با افکار وسواسی را از مهم‌ترین دلایل برتری این رویکرد نسبت به رویکرد شناختی - رفتاری دانست؛ چراکه برخلاف رویکرد شناختی - رفتاری که ناخواسته منجر به سرکوب افکار می‌شود؛ آموزش‌پذیرش در درمان ذهن‌آگاهی باعث می‌گردد تا اثر بازگشت افکار سرکوب شده کاهش یابد که این موضوع ضمن کاهش سطح اضطراب بیماران، علائم وسواس را بهبود می‌بخشد.

پژوهشگر در انجام این تحقیق با محدودیت هایی روبرو بوده است، نخست آنکه این پژوهش تنها بر روی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس جبری مراجعه‌کننده به بیمارستان ابن‌سینا مشهد انجام شده است؛ به همین دلیل نمی‌توان در خصوص تعمیم این نتایج به دیگر مناطق جغرافیایی و جوامع آماری دیگر اظهار نظر نمود. همچنین، از دیگر محدودیت‌های این تحقیق، عدم پیگیری بلندمدت نتایج پژوهش است که به دلیل وجود برخی از محدودیت‌های زمانی، پیگیری سه ماهه انجام شد.

درنهایت، بر اساس یافته‌های این پژوهش، به‌عنوان پیشنهاد می‌توان این گونه عنوان داشت که جهت مقایسه تأثیر دو رویکرد مذکور بر نشانگان وسواس، دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تری در نظر گرفته شود و این برنامه در قالب طرح‌های تک‌آزمودنی نیز به کار گرفته شود. از جنبه کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود مداخلات لازم از سوی روان‌شناسان و درمانگران با استفاده از رویکردهای شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی صورت پذیرد. همچنین، با توجه به تأثیر مثبت دو رویکرد مذکور بر نشانگان وسواس، استفاده از این دو روش درمانی توصیه می‌شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود برنامه ریزی کلی در خصوص معرفی این دو روش درمانی به مشاوران و درمانگران انجام پذیرد و این روش‌ها معرفی شوند تا درمانگران بتوانند با بهره گیری از آن‌ها به کاهش نشانگان وسواس در بیماران کمک کنند و بدین طریق، نقش درمانی و پیشگیرانه را در جهت کاهش وسواس ایفا نمایند.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

در جریان اجرای این پژوهش، رضایت آگاهانه مبنی بر

شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها اخذ گردید. همچنین، اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن رعایت گردید. در پایان پژوهش نیز پس از جمع‌آوری پس‌آزمون و اتمام جلسات مداخله، جهت احترام به حقوق آزمودنی‌ها، ۳ جلسه درمان ذهن‌آگاهی برای گروه کنترل به اجرا در آمد. کد اخلاق پژوهش نیز به شناسه IR.IAU.TJ.REC.1403.027 اخذ گردید.

**حامی مالی:**

این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است

**تشکر و قدردانی**

در پایان از تمامی کسانی که در انجام این مقاله نویسندگان را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین، از تمامی کارکنان و بیماران بیمارستان ابن‌سینا مشهد، به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

## منابع

1- Ujjwal P, Sanjita D, Kumar FN. A Comprehensive Review on Obsessive-Compulsive Disorder: An Update. *Pharmacophore*. 2024; 15(2-2024): 54–62. doi:10.51847/7Qc5Z7dkCo.

2- Stein DJ, Ruscio AM, Altwaijri Y, Chiu WT, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, et al. Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health surveys. *BMC medicine*. 2025; 23(1): 416. https: //doi.org/10.1186/s12916-025-04209-5

3- Usefpoor V MAM, Esmaeilpour K. Comparison of attentional bias in people with symptoms of obsessive compulsive disorder (Washer, Checker), symptoms of generalized anxiety disorder and normal people. *Journal of Psychological Science*. 2025; 24: 83–100. http://psychologicalscience.ir/article-1-2322-fa.html **[In Persian]**

4- Akosile AY, Tiyatiye B, Akosile W. A systematic review on the prevalence of comorbid substance use disorder in obsessive–compulsive disorder among the general population. *Psychoactives*. 2025; 2(1): 2-14. doi:10.3390/psychoactives4010002

5- Valipour K. Study and investigation of intellectual and practical obsession. *First International Conference on Psychology, Educational Sciences, Management and Social Sciences;* Tabriz2025. https://civilica.com/doc/2054621/ **[In Persian]**

6- Torres AR, Torresan RC, de Mathis MA, Shavitt RG. Obsessive-compulsive disorder in women. Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide: *Springer*. 2020; 2(1): 125–39. doi:10.1007/978-3-030-29081-8_10

7- Shmidova E, Mikhaylova O, editors. Gendered perspectives on obsessive-compulsive disorder among Russian women: A comparative study of self-identified and clinically diagnosed individuals. *Women's Studies International Forum*. 2025; 4(3): 22-35. doi:10.1016/j.wsif.2024.103049

8- Shahni Fayz K, Yousefi Nik A, Ghasemizahed S, Dohooyi Mosa T. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms of children with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023; 4(3): 79–92. https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2071443/ **[In Persian]**

9- Liu X, Zhao Y, Wang P, Yang X, Li Z. Study on symptom dimensions and clinical characteristics in patients with obsessive-compulsive disorder. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2024; 70(1): 202-226. doi:10.1590/1806-9282.20230676

10- Gardepadok A, Mohammadi N, Rahimi C. Comparison of thought-action fusion and self-compassion in individuals with different patterns of obsessive-compulsive disorder and normal individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2023; 15(1):1–11. 10.22075/jcp.2023.28536.2538 **[In Persian]**

11- Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*. 2002; 14(4): 48-52 doi:10.1037/1040-3590.14.4.485

12- Hong D, Zhu Y, Chen R, Xiao B, Huang Y, Yu M. The bidirectional effects of obsessive-compulsive symptoms and difficulties in emotion regulation in Chinese adults during the COVID-19 pandemic—a dynamic structural equation model. *BMC psychology*. 2022; 10(1): 129-136. doi:10.1186/s40359-022-00841-5

13- Çoban DA, Tan O, Gündoğmuş İ. Clinical and sociodemographic differences in adult women and men with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2024; 14(3): 167-180 DOI:10.5455/PBS.20240618101957

14- Elsouri KN, Heiser SE, Cabrera D, Alqurneh S, Hawat J, Demory ML, et al. Management and treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD): a literature review. *Cureus*. 2024; 16(5):167-180 DOI: 10.7759/cureus.60496

15- Mohammadnejad E, Keshavarzi Arshadi F, Hasani F. Comparison of the effectiveness of exposure and response prevention (ERP) with mindfulness-based cognitive-behavioral therapy (MBCBT) on obsessive-compulsive syndrome and depression in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(108): 2269–84. https://psychologicalscience.ir/article-1-1124-fa.html **[In Persian]**

16- Van der Heiden C, Melchior K, Dekker A, Damstra M, Deen M. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016; 9(4): 24–9. doi:10.1016/j.jocrd.2016.02.002

17- Hawley LL, Rector NA, DaSilva A, Laposa JM, Richter MA. Technology supported mindfulness for obsessive compulsive disorder: Self-reported mindfulness and EEG correlates of mind wandering. *Behaviour Research and Therapy*. 2021; 136(2): 103757. doi:10.1016/j.brat.2020.103757

18- Azizi M, FarokhSiri Y, Zamani Z. The effectiveness of mindfulness-based group therapy on controlling rumination and difficulty in regulating emotions in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2023; 12(2): 219–28. http://frooyesh.ir/article-1-4382-fa.html **[In Persian]**

19- Khadem S, Fakhri, M.K, Emadian, S.O. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination, perfectionism and thought-action fusion in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Studies of Adolescents and Young People*. 2023; 4(10): 147–63. https://civilica.com/doc/1684351/ **[In Persian]**

20- Pseftogianni F, Panagioti M, Birtwell K, Angelakis I. Mindfulness interventions for obsessive–compulsive and related disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clinical Psychology: *Science and Practice*. 2023; 30(3): 233. https://psycnet.apa.org/buy/2023-83150-001

21- Chien WT, Tse M-K, Chan HY, Cheng HY, Chen L. Is mindfulness-based intervention an effective treatment for people with obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2022; 32(1): 100-112. doi:10.1016/j.jocrd.2022.100712

22- Vinci C, Sutton SK, Yang M-J, Baban S, Sauls R, Witkiewitz K, et al. Pilot randomized controlled trial of mindfulness-based relapse prevention vs cognitive behavioral therapy for smoking and alcohol use. *Drug and alcohol dependence*. 2023; 244(1): 109-128. doi:10.1016/j.drugalcdep.2023.109768

23- Ansairzadeh M, Javaheri MH, Moiniyan D. Comparison of group cignitive-behaviorl therapy, medicinal therapy, and placebo in reducring anxiety in substance abuseers. *Journal of Addiction Research*,2018; 11(44), 59-74. http://etiadpajohi.ir/article-1-1576-fa.html **[In Persian]**

24- Leahy RL. *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*: Guilford Publications; 2017. https://books.google.com/books?hl=fa&lr=&id=VLwqDgAAQBAJ&oi

25- Naghinia M, Toozandehjani H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Repetitive Thoughts and Negative Emotional Dimensions in Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2022; 14(4): 107–20. doi:10.22075/jcp.2022.25317.2324 **[In Persian]**

26- Pourkhiyabi M, Kafi M, Abolghasemi A. The effectiveness of Internet-based cognitive-behavioral therapy on the symptoms of female children with symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Research in Child and Adolescent Psychotherapy*. 2022; 1(1):31–20. doi:10.22098/rcap.2022.2080 **[In Persian]**

27- Taghavi GM, Moheb N. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination, worry and anxiety sensitivity in people with anxiety disorders. *Journal of Education and Evaluation,*2021; 14(53), 13-29. https://sid.ir/paper/411855/fa **[In Persian]**

28- Spencer SD, Stiede JT, Wiese AD, Goodman WK, Guzick AG, Storch EA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2022; 46(1): 167-172. doi:10.1016/j.psc.2022.10.004

29- de Pablo GS, Pascual-Sanchez A, Panchal U, Clark B, Krebs G. Efficacy of remotely-delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: An updated meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 3(22): 89–109. doi:10.1016/j.jad.2022.11.007

30- Gragnani A, Zaccari V, Femia G, Pellegrini V, Tenore K, Fadda S, et al. Cognitive–behavioral treatment of obsessive–compulsive disorder: The results of a naturalistic outcomes study. *Journal of clinical medicine*. 2022; 11(10): 2762. doi:10.3390/jcm11102762

31- Pardos-Gascón EM, Narambuena L, Leal-Costa C, Van-der Hofstadt-Román CJ. Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2021; 21(1): 100197. doi:10.1016/j.ijchp.2020.08.001.

32- Naserifar M, Sarrajkhorrami N, Safarzadeh S, Heydarei A. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy based on mindfulness on body worth in obese women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2024; 13(7): 111–20. http://frooyesh.ir/article-1-5214-fa.html **[In Persian]**

33- Li J, Cai Z, Li X, Du R, Shi Z, Hua Q, et al. Mindfulness-based therapy versus cognitive behavioral therapy for people with anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis of random controlled trials. *Annals of palliative medicine*. 2021; 10(7): 75-96. doi:10.21037/apm-21-1212

34- Mohammadi A, Zamani, R, Fata , L. Validation of the Persian version of the revised obsessive-compulsive questionnaire in a student population. *Journal of Psychological Research*. 2008; 11(1): 66–78. https://sid.ir/paper/66317/fa **[In Persian]**

35- Cohen H. *Research Methods in BehavioralSciences*: published; 2013. doi:10.4324/9780203771587

36- MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2018; 10(7): 1599–605. doi:10.2147/NDT.S160761

37- Wilhelm S, Steketee GS. *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*: New Harbinger Publications; 2006. https://psycnet.apa.org/record/2006-02738-000

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۶۰-۴۵**
DOI: 10.22070/cpap.2025.20281.1690

**مقاله پژوهشی**

# ارائه مدل نشانگان ضربه عشق بر اساس تجارب آزاردیدگی دوره کودکی: بررسی نقش میانجی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

**نویسندگان**

**اسماعیل سلیمانی [۱*]، زهرا عباسی [۲]، محمد رستمی [۳]**

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. za.abbasi@urmia.ac.ir
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم‌انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. mo.rostami@shahedac.ir

**چکیده**

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۱/۰۹

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۴/۰۵/۲۵

**مقدمه:** عشق از بنیادی‌ترین تجارب انسانی به شمار می‌رود و ناکامی در روابط عاطفی می‌تواند آثار چشمگیری بر ابعاد مختلف سلامت انسان بر جای گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری رابطه نشانگان ضربه عشق و تجارب آزاردیدگی دوره کودکی با نقش میانجی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه انجام شد.

**روش:** طرح پژوهش، از نوع همبستگی و با استفاده از مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانشجویان دانشگاه ارومیه تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۳- ۱۴۰۴ شاغل به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۲۰ نفر بود که به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین دانشکده‌های مختلف دانشگاه انتخاب شدند و به ابزارهای پژوهش، از جمله پرسش‌نامه تجارب آزاردیدگی برنستاین، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یونگ (فرم کوتاه) و نشانگان ضربه عشق راس، پاسخ دادند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۷ و SmartPLS نسخه ۴ انجام گرفت.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد که تجربه ترومای کودکی بر تجربه نشانگان ضربه عشق اثر مستقیم و معنادار دارد و طرح واره‌های ناسازگار اولیه در این میان نقش میانجی دارند (P<۰/۰۵). به عبارتی اثرات ترومای کودکی به‌واسطه طرح واره‌های ناسازگار اولیه بر تجربهٔ نشانگان ضربه عشق، اعمال می‌شوند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌ها بر ضرورت تمرکز متخصصان سلامت روان بر عوامل زمینه‌ای بروز نشانگان ضربه عشق، به‌ویژه ترومای کودکی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تأکید دارند و پیشنهاد می‌شود با طراحی مداخلات بدیع و آموزش‌های مهارتی مناسب، ظرفیت سازگاری دانشجویان را در مواجهه جدایی عاطفی ارتقا دهند.

**کلیدواژه‌ها**

تجارب آزاردیدگی دوره کودکی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، نشانگان ضربه عشق

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

E.soleimani@urmia.ac.ir

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۶۰-۴۵
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 45-60

**مقدمه**

تجربه عشق یکی از قوی‌ترین تجربیات هیجانی ماست [۱]. یکی از نیازهای اساسی آدمی از منظر تمامی روان شناسان، نیاز به عشق و ارتباط است. انسان برای رسیدن به مرحله خو دشکوفایی باید دوست داشتن و دوست داشته شدن را تجربه کند [۲]. در سلسله مراتب نیازهای مازلو[1]، بعد از نیازهای فیزیولوژیکی و نیاز به امنیت، نیاز به تعلق قرار دارد که عشق در این مرتبه از نیازها گنجانده می‌شود [۱]. تحقیقات متعددی نیز از این نظریه حمایت کرده‌اند و بیان کرده‌اند که انسان ها به عشق نیاز دارند [۳]. عشق به‌عنوان یک فرایند زیستی - اجتماعی در نظر گرفته می‌شود و به احساس عمیق میان دو دلباخته بزرگسال اشاره دارد [۴]. عشق در اثر فوران لحظه‌ای احساسات مثبت به وجود می‌آید [۵]. فعال شدن نواحی مرتبط با پاداش در مغز، به‌ویژه آن‌هایی که سرشار از اکسی‌توسین هستند، در افرادی که عشق را تجربه می‌کنند، مشاهده شده است [۶]. عشق یکی از هیجان‌انگیزترین و لذت‌بخش‌ترین تجربیات زندگی در نظر گرفته می‌شود که زندگی فرد عاشق را هدفمند و معنادارتر می‌کند [۷]. روابط عاشقانه غنی از هیجان هستند و همین صمیمیتی که دو نفر را به هم پیوند می‌دهد، فراز و نشیب‌هایی را در رابطه موجب می‌شود که می‌تواند زمینه ساز تعارض گردد [۸] و با افزایش تعارضات میان شریکان عاطفی ممکن است جدایی رخ دهد [۹]. از دست دادن عشق و فردی که دوست داریم، یک تجربه دردناک است [۱۰] و می‌تواند اثرات روانی و فیزیولوژیکی شدیدی داشته باشد [۱۱] که مجموعه این علائم به عنوان نشانگان ضربه عشق[2] شناخته می‌شود. راس[3] [۱۲] برای نخستین بار نشانگان ضربه عشق را معرفی نمود و آن را مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های شدیدی در نظر گرفت که پس از فروپاشی یک رابطه عاشقانه بروز می‌کند، زمان زیادی به طول می‌انجامد و عملکرد فرد را در زمینه های گوناگون، از جمله زمینه‌های تحصیلی، اجتماعی و شغلی، در سطوح مختلفی از خفیف تا شدید مختل می‌کند و واکنش های ناسازگارانه به دنبال دارد. نشانگان ضربه عشق دارای ۴ نشانه کلیدی، از جمله برانگیختگی، اجتناب، یادآوری خودکار و کرختی هیجانی است. برانگیختگی با علائم هیجانی و عاطفی اضطراب مانند، احساس نگرانی، بی‌قراری و گوش‌به‌زنگی و انتظار بدترین رویدادها و مشکلات خواب مرتبط است. اجتناب به معنای کوششی جهت فرار از رویارویی با هر نشانه‌ای است که جدایی را تداعی می‌کند. همچنین، فرد ممکن است به طور کلی از موقعیت های اجتماعی نیز اجتناب کرده و گرایش به تنهایی و انزوا پیدا کند. یادآوری خودکار، دربرگیرنده افکار و خاطراتی است که می‌تواند به احساس‌ها و آشفتگی‌های ناخوشایندی منتهی شود. کرختگی هیجانی نیز به کاهش توانایی در تجربه مجدد احساس عشق پس از تجربه جدایی مربوط می‌شود. تحقیقات متعدد اثرات منفی از هم پاشیدگی روابط عاشقانه مانند استرس، اضطراب، سوءمصرف مواد، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس پایین و سلامت جسمانی ضعیف را تأیید کرده‌اند [۱۳]. با اینکه برخی از پژوهش‌ها بیان داشتند که حداقل ۸۵ درصد افراد از دست رفتن عشق را تجربه می‌کنند، اما همهٔ آن‌ها به نشانگان ضربه عشق دچار نخواهند شد [۱۴]. عشق، یک تجربه همگانی است، اما ادراک عشق و باورهای ارتباطی تحت‌تأثیر تجربیات شخصی افراد قرار دارد [۱۵].

الگوهای ارتباطی یا رفتارهایی که زوجین هنگام بروز تعارض در رابطه از خود نشان می‌دهند، تحت‌تأثیر آموخته هایی قرار دارد که در بستر خانواده و دوران کودکی فراگرفته می‌شوند. به‌عنوان‌مثال، در طول مشاجره با شریک عاطفی، عدم فراگیری و ناتوانی در تنظیم هیجانات می‌تواند مانع از این شود که این افراد تشخیص دهند چه زمانی باید واکنش نشان دهند و چه زمانی باید از تشدید تعارضات کناره گیری کنند [۱۶]. همچنین، در تجربه مکرر بدرفتاری، این پیام به کودک منتقل می‌شود که آن‌ها بی‌ارزش، ناخواستنی یا ناکافی هستند. در نتیجه، افرادی که آزار دوره کودکی[4] را تجربه کرده اند، اغلب تعریف متفاوتی از اعتماد و امنیت دارند. این باورهای تحریف شده می‌تواند در طول زندگی ادامه یابند و به افراد خارج از رابطه والد - فرزندی نیز تعمیم یابند و تعارض و اختلافات بین فردی در روابط عاطفی را موجب شوند [۱۷]. در واقع، این تجارب می توانند آسیب‌های رابطه‌ای ایجاد کنند، یعنی بر توانایی افراد در

1 . Maslow
2 . Love trauma syndrome
3 . Ross
4 . Childhood Abuse Experiences

ایجاد و حفظ روابط پایدار در دوران بزرگسالی تأثیرگذار باشند و ریسک تجربه پریشانی در روابط عاطفی را افزایش دهند [۱۸]. تجارب آزاردیدگی دوران کودکی شامل آزار جسمی، عاطفی و جنسی و همچنین غفلت جسمی و عاطفی است که افراد در زیر ۱۸ سالگی ممکن است به واسطهٔ یک والد یا مراقب تجربه کنند. تحقیقات متعددی اثرات منفی ترومای دوران کودکی را بر ذهنیت نسبت به خود و سایرین را نشان داده‌اند که با مجموعه‌ای از مشکلات در روابط عاشقانه دوران بزرگسالی مرتبط است [۱۹]. پژوهش لاسری[1] و همکاران [۲۰] نشان داد که ترومای کودکی از طریق عدم پذیرش خود یا شفقت‌ورزی نسبت به خود باکیفیت روابط عاطفی در دوران بزرگسالی ارتباط منفی دارد. در همین راستا، آریکویو[2] و همکاران [۲۱] بیان داشتند که خود دوست‌داری یا عزت‌نفس پایین موجب می گردد تا افراد افکار، احساسات و ارزیابی منفی‌ای از روابط عاشقانه خود داشته باشند. در واقع، احساس ناامنی و نارضایتی از رابطه تا حدی به‌واسطهٔ عزت‌نفس پایین بر تمایل به جدایی در روابط عاشقانه تأثیرگذار خواهد بود. نتایج پژوهش فیتزجرالد و شولر[3] [۲۲] نیز نشان داد که آزاردیدگی‌های دوران کودکی از طریق اجتناب از دلبستگی و استفاده از راهبردهای مقابله ای ناکارآمد باکیفیت رابطه مرتبط بود. در بررسی کیلی و لی[4] [۲۳] ۸۵ درصد از مراجعان خدمات بهداشت روان تجربه بیش از یک نوع آزار را در دوران کودکی داشتند که نشان دهنده شیوع بالای تجارب آزاردیدگی دوره کودکی است. حدود ۸۰ درصد از این آزارها در محیط خانواده و توسط والدین یا بزرگسالانی که نقش مهمی در زندگی کودک دارند، تجربه می‌شود. این تجارب، در هر صورت، فرد را در سنین جوانی در معرض موقعیت‌های بین‌فردی آسیب‌زا قرار می‌دهد و می‌تواند خود را در مراحل بعدی زندگی به‌عنوان یک سندرم روان‌شناختی متمایز نشان دهد [۲۴].

پویایی روابط دوران کودکی در دوران بزرگسالی را می‌توان با طرحواره‌ها توضیح داد و کیفیت رابطه می‌تواند به نحوه درک زوج‌ها از رابطه از طریق این طرحواره‌ها بستگی داشته باشد. در دیدگاه شناختی، طرحواره ها هستند که به ما می‌گویند چگونه به یک محرک خاص واکنش نشان دهیم [۲۵]. در مطالعات اولیه، مانند برنارد[5] [۲۶] نیز بیان شده است که شریکان عاطفی اغلب ادراک متفاوتی از رابطه دارند. در واقع، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[6] به‌عنوان الگوهای شخصیتی عمیقی در نظر گرفته می‌شوند که تفسیر افراد از رفتار شریک عاطفی‌شان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند و اغلب به‌صورت ناخودآگاه تعاملات و ادراکات را به‌گونه‌ای به‌پیش می‌برند که به طور بالقوه می‌تواند رضایت از رابطه را کاهش دهد [۲۷]. طرحواره ناسازگار اولیه یک الگوی خودساخته، مخرب و پایدار از خاطرات، عواطف و احساساتی است که در دوران کودکی شکل می گیرد و به صورت یک باور در مورد خود، دیگران و محیط اطراف درمی‌آید [۲۸]. به‌عبارت‌دیگر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شناخت‌های منفی درباره خود و روابط بین فردی هستند که در اوایل زندگی ایجاد می شوند، ادراک ما را از تجربیات زندگی منحرف می کنند و از طریق پردازش اطلاعات تأییدی، پایدار می مانند [۲۹]. هر فردی با ۵ نیاز هیجانی پایه، از جمله نیاز به دلبستگی ایمن، نیاز به خودگردانی، کفایت و هویت، نیاز به خویشتن‌داری و خود انضباطی کافی، نیاز به بیان سالم نیازها و عواطف و نیاز به خودانگیختگی و تفریح متولد می‌شود و ناکامی در این نیازها می‌تواند موجب شکل‌گیری ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه در این ۵ حوزه از نیازها گردد. ناکامی در حوزه نیاز به دلبستگی ایمن می‌تواند منجر به طرحواره‌های رهاشدگی - بی ثباتی، بی‌اعتمادی - بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم و انزوا اجتماعی شود. ناکامی در نیاز خودگردانی، کفایت و هویت می تواند مسبب طرحواره‌هایی مانند وابستگی - بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول‌نیافته - گرفتار و شکست گردد. ناکامی در حوزه نیاز به خویشتن‌داری و خود انضباطی کافی می‌تواند منجر به طرحواره‌های استحقاق - بزرگ‌منشی و خویشتن‌داری و خود انضباطی ناکافی شود و ناکامی در حوزه نیاز به بیان سالم نیازها و عواطف موجب شکل‌گیری طرحواره‌های اطاعت، ایثار و پذیرش‌جویی - جلب توجه شود. در نهایت، ناکامی در نیاز به خودانگیختگی و تفریح می‌تواند موجبات شکل‌گیری طرحواره‌های

1 . Lassri
2 . Arikewuyo
3 . Fitzgerald & Shuler
4 . Kealy & Lee

5 . Bernard
6 . Early maladaptive schemas

منفی‌گرایی - بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه - عیب‌جویی افراطی و تنبیه را فراهم آورد [۳۰]. نتایج پژوهش بیلج[1] و همکاران [۲۸] نشان داد که طرح واره های ناسازگار اولیه در رابطه بین تجارب آزاردیدگی دوران کودکی و مشکلات در روابط عاطفی نقش میانجی دارند. هر طرح‌واره دارای ویژگی های منحصربه فردی است که می تواند به طور متفاوتی بر روابط تأثیرگذار باشد. نظریه‌های مربوط به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و روابط عاشقانه اعتقاد دارند که باورها و انتظارات افراد عمیقاً ریشه‌دار بوده و به طور قابل‌توجهی بر فرایندها و رفتارهای فرد تأثیر می گذارد [۳۱]. به‌عنوان‌مثال، در نتایج پژوهش فرناندو[2] و همکاران [۱۷] نشان داده شد که تجارب آزاردیدگی دوره کودکی با رضایت از رابطه همبستگی منفی دارد و طرح‌واره محرومیت هیجانی دراین بین نقش میانجی دارد. این طرح‌واره ممکن است این باور را تقویت کند که شریک عاطفی من نیازهای مرا برآورده نمی کند و این نیازهای افراطی به نوبه خود با کاهش رضایت از رابطه همراه می شود. یا افرادی که طرح‌واره رهاشدگی - بی ثباتی دارند، بیشتر از شروع رابطه عاشقانه اجتناب می کنند، چون می‌ترسند که فرد مورد علاقه را از دست بدهند. آن‌ها ممکن است جذب افرادی شوند که متعهد نیستند و بدین‌ترتیب، رابطه به شکست منتهی می گردد و طرح‌واره آن‌ها مجدداً تأیید می گردد. افراد با طرح‌واره بی‌اعتمادی - بدرفتاری نیز ممکن است به طور مداوم پیش بینی کنند که دیگران به‌نحوی به آن‌ها آسیب خواهند رساند و این باورها روابط آن ها را تحت‌تأثیر قرار می دهد [۲۹]. کاور[3] و همکاران [۲۶] تفاوت‌های جنسیتی را در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با روابط عاطفی بررسی نمودند. نتایج آن ها نشان داد که در زنان طرح‌واره رهاشدگی - بی‌ثباتی، پذیرش‌جویی - جلب‌توجه، انزوای اجتماعی و نقص - شرم و در مردان طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی - بدرفتاری، منفی‌گرایی - بدبینی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری با کاهش رضایت از رابطه همراه بود و طرح‌واره محرومیت هیجانی نیز در هر دو جنس مشترک بود.

دانشجویان با ورود به دانشگاه شرایط جدیدی را تجربه می‌کنند و فرصت آشنایی و برقراری ارتباط با جنس مخالف، آن‌ها را در موقعیت تجربه رابطه عاشقانه قرار می‌دهد.

اما آسیب های ناشی از جدایی می‌تواند بر عملکرد تحصیلی و تمرکز دانشجویان تأثیر منفی گذاشته و منجر به علائم فیزیکی، روان‌شناختی و انزوای آنان گردد [۹]؛ بنابراین به‌منظور بررسی عوامل مؤثر بر بروز نشانگان ضربه عشق دانشجویان و با توجه به پژوهش‌های پیشین که اذعان دارند تجارب آزاردیدگی دوره کودکی می‌تواند زمینه ساز بروز نشانگان ضربه عشق شود، انجام پژوهش در این زمینه ضرورت می‌یابد. اما در این میان، نقش عواملی مانند طرح واره‌های ناسازگار اولیه نیز مورد بحث است.

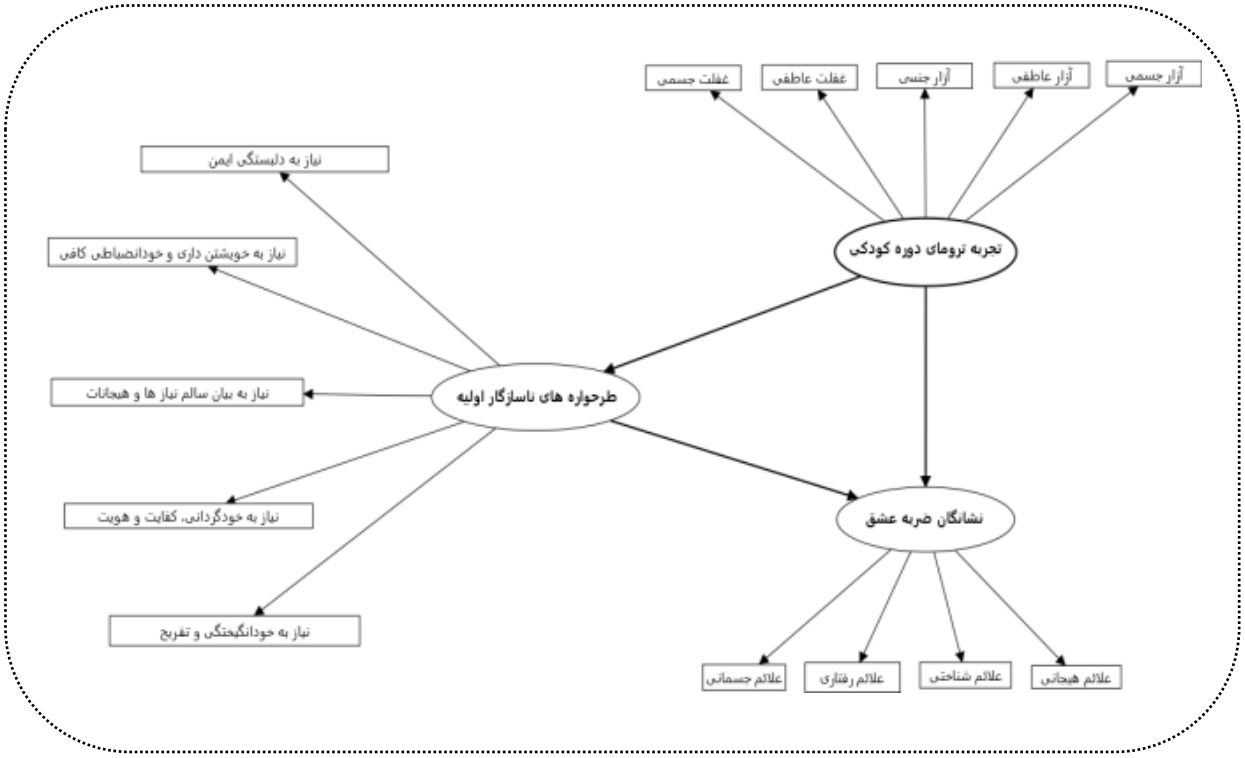
ازاین‌رو، به‌منظور بررسی دقیق‌تر این روابط، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش بود که آیا تجارب آزاردیدگی دوره کودکی می‌تواند با تجربه نشانگان ضربه عشق دانشجویان مرتبط باشد و آیا طرح‌واره های ناسازگار اولیه می‌تواند در این بین نقش میانجی داشته باشد؟

## روش

### نوع و شیوه انجام پژوهش

این پژوهش از نظر روش، توصیفی - همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه ارومیه در نیمسال اول تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. باوجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به اعتقاد کلاین[4] [۳۲] حداقل نسبت حجم نمونه به متغیرهای آشکار ۵ به ۱ در نظر گرفته می‌شود، درحالی‌که نسبت ۱۰ به ۱ مناسب و نسبت ۲۰ به ۱ به‌عنوان حالت مطلوب برای دست‌یابی به برآوردهای پایا در مدل‌یابی معادلات ساختاری پیشنهاد شده است. در پژوهش حاضر، بر مبنای پیشنهاد کلاین و با احتساب احتمال ریزش برخی از پرسش نامه ها، ۴۵۰ دانشجو با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین منظور، پژوهشگر جهت گردآوری داده‌ها با مراجعه به دانشکده های مختلف دانشگاه و کسب اجازه و هماهنگی با اساتید، در زمان تعیین شده به کلاس‌ها مراجعه و پرسش نامه‌ها توزیع و تکمیل شدند.

1 . Bilge
2 . Fernando
3 . Kover
4 . Klein




**شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش**

در ارزیابی ترومای کودکی از مقیاسی استفاده شد که افزون بر سنجش انواع آزار، شامل سه پرسش کنترلی برای اعتباریابی پاسخ‌ها نیز بود. این سه پرسش به‌منظور شناسایی پاسخ‌هایی طراحی شده‌اند که ممکن است به دلیل انکار یا بی‌دقتی در بازگویی تجربیات دوران کودکی، غیرواقعی باشند. درصورتی‌که مجموع این سه پرسش (۱۰، ۱۶ و ۲۲) بالاتر از ۱۲ باشد، احتمالاً پاسخ‌های داده شده نامعتبر هستند؛ بنابراین معیار ورود به پژوهش قرارداشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و معیار خروج کسب نمره ای بالاتر از حد تعیین شده در شاخص اعتبارسنجی پاسخ ها در ابزار سنجش ترومای کودکی، دادن اطلاعات ناقص یا پاسخ‌دهی یکسان و بی‌دقت به کلیه پرسش‌های پرسش‌نامه‌ها بود. بدین‌ترتیب، از ۴۵۰ نمونه اولیه، تعداد ۴۲۰ پرسش‌نامه تأیید و مورد استفاده قرار گرفت.

در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی از جمله اعلام رضایت آگاهانه، نامشخص بودن هویت افراد با استفاده از کدگذاری و محرمانه بودن اطلاعات و اصل احترام‌گذاری به حقوق آزمودنی‌ها رعایت گردید.

## ابزار پژوهش

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

### پرسش‌نامه نشانگان ضربه عشق

**این پرسش‌نامه** توسط راس [۱۲] طراحی گردید و شامل ۱۰ گویه چهارگزینه ای است و یک ارزیابی از میزان آشفتگی جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری ناشی از جدایی عاطفی را به عمل می‌آورد. برای نمره گذاری هر پرسش به ترتیب نمره‌های ۳، ۱،۲، ۰ در نظر گرفته می‌شود و فقط پرسش‌های ۱ و ۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره آن ۳۰ است. نقطه برش در این پرسش‌نامه ۲۰ در نظر گرفته می‌شود و نمره بین ۰ تا ۹ نشانگر سطحی قابل‌تحمل و کنترل‌شدنی است که به طورجدی عملکرد را مختل نمی‌کند. نمره بین ۱۰ تا ۱۹ نشان‌دهنده سطحی قابل‌تحمل‌تر نسبت به سطح بالاتر، یعنی نمره بین ۲۰ تا ۳۰ است که به معنای تجربه جدی ضربه عشق است که نیازمند توجه بالینی است. راس [۱۲] در بررسی خود، پایایی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرد و روایی صوری و محتوایی آن را تأیید نمود. در

ایران، امان الهی و همکاران [۳۳] روایی هم زمان این مقیاس با پرسش‌نامه افسردگی بک[1] ۰/۶۴ و با پرسش‌نامه اضطراب حالت و صفت اسپیل - برگر[2] ۰/۶۱ و میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آوردند. پایایی به روش آلفای کرونباخ در پژوهش فرقدانی [۳۴] ۰/۷۳ و در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۸ حاصل شد.

**پرسش‌نامه تجارب آزاردیدگی دوره کودکی**

**این پرسش‌نامه** توسط برنستاین[3] و همکاران [۳۵] طراحی گردید و دارای ۲۸ گویه است و تجربه آزار کودکی را در ۵ مؤلفه آزار جسمی (پرسش‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، آزار جنسی (پرسش‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، آزار عاطفی (پرسش های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵) و غفلت (هم غفلت جسمی یعنی پرسش‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶ و هم غفلت عاطفی پرسش‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، و ۲۸) می‌سنجد.

نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود، به این صورت که به هرگز نمره ۱، خیلی کم نمره ۲، گاهی اوقات نمره ۳، اغلب اوقات نمره ۴ و همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. با اینکه این پرسش‌نامه ۲۸ گویه دارد، اما ۲۵ گویه جهت سنجش مؤلفه های پرسش‌نامه به کار می رود و ۳ پرسش آن برای تشخیص افرادی که مسائل دوره کودکی خود را انکار می‌کنند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. حداقل و حداکثر نمرات برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۵ و ۲۵ و برای کل پرسش‌نامه ۲۵ و ۱۲۵ است و هرچه نمره بالاتر باشد، نشان دهنده شدت بیشتر تجربیات آزاردیدگی دوره کودکی است. سازندگان این پرسش‌نامه پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سنجش هر یک از مؤلفه‌ها ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش نمودند و روایی هم‌زمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ محاسبه شد. در ایران خوش اخلاق و صداقتی فرد [۳۶] میزان آلفای کرونباخ هر یک از زیرمقیاس‌های آزار جسمی، آزار جنسی، آزار عاطفی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی را به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۸۵، ۰/۷۵، ۰/۷۰ و ۰/۷۹ و در پژوهش نوروزی و نجفی [۳۷] برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۳ گزارش کردند. این میزان در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه**

**این پرسش نامه** توسط یانگ[4] [۳۸] ساخته شده و دارای ۷۵ گویه است. این پرسش‌نامه جهت ارزیابی ۱۵ طرح واره ناسازگار اولیه از جمله محرومیت هیجانی (پرسش های ۱ تا ۵)، رهاشدگی (پرسش های ۶ تا ۱۰)، بی‌اعتمادی - بدرفتاری (پرسش‌های ۱۱ تا ۱۵)، انزوای اجتماعی - بیگانگی (پرسش‌های ۱۶ تا ۲۰)، نقص و شرم (پرسش‌های ۲۱ تا ۲۵)، شکست (پرسش‌های ۲۶ تا ۳۰)، وابستگی - بی کفایتی (پرسش های ۳۱ تا ۳۵)، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری (پرسش‌های ۳۶ تا ۴۰)، گرفتار (پرسش‌های ۴۱ تا ۴۵)، اطاعت (پرسش‌های ۴۶ تا ۵۰)، ایثار (پرسش‌های ۵۱ تا ۵۵)، بازداری هیجانی (پرسش‌های ۵۶ تا ۶۰)، معیارهای سرسختانه (پرسش‌های ۶۱ تا ۶۵)، استحقاق (پرسش‌های ۶۶ تا ۷۰)، خویشتن‌داری- خود انضباطی ناکافی (پرسش های ۷۱ تا ۷۵) که در اثر ناکامی در ۵ نیاز هیجانی پایه که شامل نیاز به دلبستگی ایمن، نیاز به خودگردانی، کفایت و هویت، نیاز به خویشتن‌داری و خود انضباطی کافی، نیاز به بیان سالم نیازها و هیجان ها و نیاز به خودانگیختگی و تفریح می‌شود، به کار می‌رود. نمره‌گذاری، بر پایه مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً غلط=۱ تا کاملاً درست=۶ بوده و نمره ۷۵ به منزله کمترین میزان و نمره ۴۵۰ نشان‌دهنده بیشترین میزان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است. به تعبیری دیگر، اگر میانگین هر خرده مقیاس بیشتر از ۲۲ باشد، به منزله ناکارآمد بودن آن طرح‌واره است. یانگ روایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش تحلیل عاملی بالای ۰/۵۹ و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی (با فاصله دو هفته) برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ محاسبه کرده است. حسین لو و همکاران [۳۹] پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای ۱۵ مؤلفه در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش دادند. آلفای کرونباخ در پژوهش حسین پورخاقانی و همکاران [۴۰] ۰/۸۷ و در پژوهش حاضر نیز ۰/۹۲ برآورد محاسبه شد.

**شیوه تحلیل داده‌ها**

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از همبستگی و روش معادلات ساختاری استفاده شد.

1 . Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
2 . Speilberger State – Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)
3 . Bernstein
4 . young

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخهٔ ۲۷ و SmartPLS نسخهٔ ۴ انجام شد.

## نتایج

نتایج بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در پژوهش نشان داد که نمونه حاضر شامل ۲۵۷ زن (۶۲/۲ درصد) و ۱۶۳ مرد (۳۸/۸ درصد) است که ۲۱۴ نفر (۵۱ درصد) آن‌ها در مقطع کارشناسی، ۱۲۹ نفر در مقطع کارشناسی‌ارشد (۳۰/۷ درصد) و ۷۷ نفر در مقطع دکترا (۱۸/۳ درصد) مشغول به تحصیل بودند و از نظر وضعیت تأهل، ۳۳۰ نفر (۷۸/۶ درصد) آن‌ها مجرد و ۹۰ نفر (۲۱/۴ درصد) متأهل، با میانگین سنی ۲۷/۰۹ بودند.

به‌منظور بررسی مفروضه‌های روش مدل معادلات ساختاری، از شاخص ماهلانوبیس به‌منظور بررسی نرمال بودن چند متغیری داده‌ها استفاده گردید. با توجه به تعداد متغیرهای پیش بین و ارزش بحرانی مختص به آن (۱۳/۸۲) و میزان به دست آمده از تحلیل ($mahal.Distance_{max}$=۵/۹۳۷) می‌توان گفت، مفروضه نرمال بودن داده‌ها برقرار است. همچنین، نتایج همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه میان متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه گردید.

با توجه به جدول ۱، نتایج ماتریس همبستگی نشان می‌دهد که میان تمامی متغیرهای ارتباط مثبت و معنادار با ۹۹ درصد اطمینان وجود دارد. به عبارتی هر چه میزان تجارب آزاردیدگی دوره کودکی بیشتر باشد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز شدت بیشتری می‌یابد. همچنین، با تشدید طرحواره های ناسازگار اولیه احتمال تجربه نشانگان ضربه عشق در دوران بزرگسالی افزایش می‌یابد. در نهایت هرچه شدت تجارب آزاردیدگی دوره کودکی بیشتر باشد، نشانگان ضربه عشق در بزرگسالی نیز بیشتر تجربه می‌شود.

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های آن‌ها بررسی گردیده است. همان‌طور که مشاهده می شود، بالاترین میانگین نمرات آزاردیدگی دوره کودکی مربوط به مؤلفه غفلت عاطفی (M=۱۱/۸۶) و بالاترین میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه متعلق به طرحواره معیارهای سرسختانه است (M= ۱۹/۶۸).

**جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش**

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ |
|---|---|---|---|
| آزاردیدگی دوره کودکی | ۱ | | |
| طرحواره‌های ناسازگار اولیه | ۰/۵۸** | ۱ | |
| نشانگان ضربه عشق | ۰/۴۹** | ۰/۵۵** | ۱ |

**معناداری در سطح ۰/۰۱

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها و زیر مؤلفه‌های آن‌ها**

| متغیرها و مؤلفه‌های آن‌ها | میانگین | انحراف استاندارد |
|---|---|---|
| آزار جسمی | ۷/۴۲ | ۳/۳۰ |
| آزار جنسی | ۷/۱۶ | ۳/۶۵ |
| آزار عاطفی | ۹/۵۵ | ۳/۹۳ |
| غفلت جسمی | ۸/۹۸ | ۳/۹۸ |
| غفلت عاطفی | ۱۱/۸۶ | ۵/۲۳ |
| نمره کل تجارب آزاردیدگی دوره کودکی | ۴۴/۹۹ | ۱۶/۶۸ |
| طرحواره محرومیت هیجانی (ed) | ۱۳/۲۸ | ۶/۵۰ |
| طرحواره رهاشدگی- بی‌ثباتی (ab) | ۱۳/۹۱ | ۶/۴۱ |
| طرحواره بی‌اعتمادی - بدرفتاری (ma) | ۱۴/۹۰ | ۶/۰۶ |
| طرحواره انزوای اجتماعی (si) | ۱۳/۱۵ | ۶/۶۱ |
| طرحواره نقص و شرم (ds) | ۹/۸۴ | ۵/۸۲ |

**ادامه جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها و زیر مؤلفه‌های آن‌ها**

| متغیرها و مؤلفه‌های آن‌ها | میانگین | انحراف استاندارد |
|---|---|---|
| طرح‌واره شکست (fa) | ۱۰/۶۱ | ۴/۵۹ |
| طرح‌واره وابستگی - بی‌کفایتی (di) | ۹/۹۵ | ۴/۶۲ |
| طرح‌واره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری (vh) | ۱۰/۸۰ | ۵/۶۲ |
| طرح‌واره خود تحول نیافته - گرفتار (em) | ۱۲/۴۷ | ۵/۷۶ |
| طرح‌واره اطاعت (sb) | ۱۱/۱۴ | ۵/۲۹ |
| طرح‌واره ایثار (ss) | ۱۶/۴۱ | ۵/۷۶ |
| طرح‌واره بازداری هیجانی (ei) | ۱۴/۵۸ | ۶/۵۹ |
| طرح‌واره معیارهای سرسختانه (us) | ۱۹/۶۸ | ۶/۳۸ |
| طرح‌واره استحقاق (et) | ۱۶/۷۸ | ۶/۲۷ |
| طرح‌واره خویشتن‌داری - خود انضباطی ناکافی (is) | ۱۴/۱۲ | ۴/۹۷ |
| نمره کل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه | ۲۰۱/۶۷ | ۶۱/۹۶ |
| نمره کل نشانگان ضربه عشق | ۱۳/۷۴ | ۴/۷۶ |

در جدول ۳، نتایج حاصل از بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم، باتوجه‌به مدل پژوهش ارائه گردیده است. همان‌طور که مشاهده می شود، تجارب آزاردیدگی دوره کودکی (β=۰/۲۸) و طرح‌واره های ناسازگار اولیه (β=۰/۴۳) بر نشانگان ضربه عشق اثر مستقیم و معنادار دارند. جهت بررسی اثر غیرمستقیم مدل، از روش بوت استروپ استفاده شد که نتایج حاصل از آن نشان داد، مسیر غیرمستقیم طرح واره‌های ناسازگار اولیه در رابطهٔ بین تجارب آزاردیدگی دوره کودکی و نشانگان ضربه عشق نیز معنادار است و نقش میانجی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در این بین تأیید می‌گردد (P<۰/۰۵)

همچنین، ضرایب t تمامی مسیرها نیز بالاتر مقدار مفروض (۱/۹۶) است که نشان‌دهنده تأیید فرضیه پژوهش است، یعنی، تجربه ترومای کودکی به واسطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر نشانگان ضربه عشق اثر می‌گذارد.

**جدول ۳. اثر مستقیم و غیرمستقیم مدل پژوهش**

| | مسیر | ضرایب استاندارد | خطای استاندارد | مقادیر t | مقادیر p |
|---|---|---|---|---|---|
| اثرات مستقیم | طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه← نشانگان ضربه عشق | ۰/۲۸ | ۰/۰۵ | ۵/۵۰ | ۰/۰۰۱ |
| | تجارب آزاردیدگی دوره کودکی← نشانگان ضربه عشق | ۰/۴۳ | ۰/۰۵ | ۸/۴۷ | ۰/۰۰۱ |
| اثر غیرمستقیم | تجارب آزاردیدگی دوره کودکی← طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه← نشانگان ضربه عشق | ۰/۲۷ | ۰/۰۳ | ۸/۱۵ | ۰/۰۰۱ |

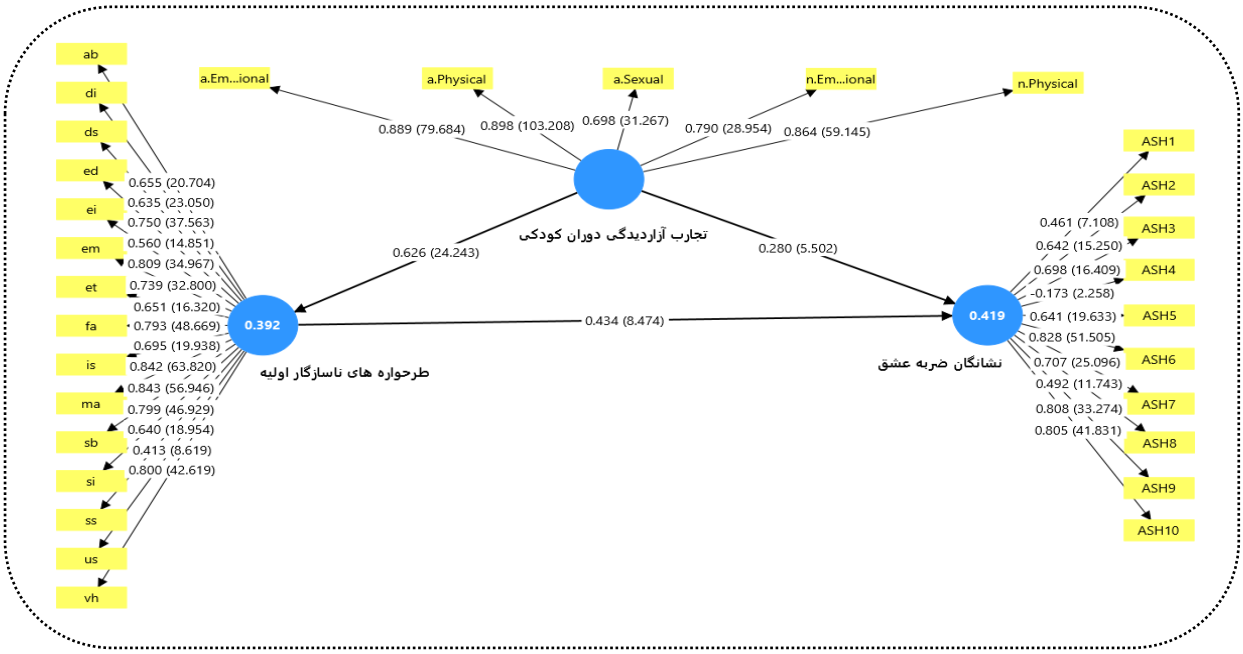
نتایج حاصل از بررسی پایایی رو روایی مدل (جدول ۴) نشان داد، با توجه به اینکه مقدار آلفای کرونباخ و پایایی مرکب بالاتر از مقدار قابل قبول (۰/۷) به دست آمدند، می توان گفت، مدل از پایایی مناسبی برخوردار است و مقادیر میانگین واریانس استخراج شده (AVE) تمامی متغیرها نیز بالاتر ۰/۵ حاصل شد که حاکی از روایی همگرا مناسب مدل بود. علاوه بر این، مقدار شاخص ریشه دوم میانگین مجذورات خطای برآورد (RMSEA=۰/۰۳۸)، بسیار

پائین از مقدار مفروض (۰/۰۸) به دست آمد که این نشانگر برازش مطلوب مدل پژوهش است.

همان‌طور که در شکل ۲ نیز مشاهده می‌شود، اندازه اثر ($R^2$) حاصل نشان می‌دهد که مدل توانایی خوبی در پیش بینی متغیرهای وابسته پژوهش دارد. به عبارتی، می‌توان گفت که حدود ۴۰ درصد از واریانس طرحواره‌های ناسازگار اولیه به واسطهٔ ترومای‌های کودکی قابل تبیین است و حدود ۴۲ درصد از تغییرات متغیر ملاک، یا نشانگان ضربه عشق، از طریق تجربه ترومای کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه قابل‌پیش‌بینی است.

**جدول ۴. پایایی و روایی مدل پژوهش**

| متغیرها | میانگین واریانس مستخرج (AVE) | آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha) | پایایی ترکیبی (CR) |
|---|---|---|---|
| تجارب آزاردیدگی دوره کودکی | ۰/۶۹ | ۰/۸۸ | ۰/۹۱ |
| طرحواره‌های ناسازگار اولیه | ۰/۶۱ | ۰/۹۳ | ۰/۹۴ |
| نشانگان ضربه عشق | ۰/۵۲ | ۰/۷۹ | ۰/۸۶ |




**شکل ۲. ضرایب مسیر و مقادیر آماره t مدل نهایی پژوهش**

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تجربهٔ ترومای کودکی بر نشانگان ضربهٔ عشق دانشجویان اثر مستقیم و معنادار دارد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در این رابطه نقش میانجی دارند. به عبارتی، هر چه میزان تجربهٔ ترومای کودکی بالاتر باشد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه شدت بیشتری یافته و در دوران بزرگسالی فرد را بیشتر مستعد تجربهٔ نشانگان ضربهٔ عشق می‌کند. پژوهش حاضر همسو با پژوهش فرناندو و همکاران [۱۷]، اکسی[1] و همکاران [۴۱]، بیلج و همکاران [۲۸]، باگ[2] [۴۲]، تازل[3] و همکاران [۴۳]، علوی لواسانی و احمدی طهور سلطانی [۴۴] و علیزاده مقدم و همکاران [۴۵] بود.

نخستین ارتباط ما با والدین و مراقبینمان برقرار می‌شود و این تعاملات بر نحوهٔ رفتار، باورها، عواطف و نگرش‌های ما

1 . Ekşi
2 . Baugh
3 . Tezel

بسیار اثرگذار هستند [۴۶]. هرگونه تجربهٔ آزار در دوران کودکی می‌تواند با تعارض در روابط عاشقانه در دوره بزرگسالی همراه باشد [۴۷]. تحقیقات نشان داده‌اند که بزرگسالانی که در دوران کودکی مورد آزار قرار گرفته‌اند، روابط عاشقانه ناکارآمدتری را تجربه می‌کنند، کمتر احساس امنیت و اعتماد می‌کنند و تمایل کمتری به شروع رابطه دارند و تعارضات و نارضایتی بیشتری را در رابطه گزارش می‌کنند [۴۸]. قربانیان آزار دوره کودکی اغلب تأثیرات بین‌فردی پایداری را متحمل می‌شوند. به‌عنوان‌مثال، نتایج پژوهش بانفورد ویتینگ و بازبی[1] [۴۹] نشان داد که ارتباط معکوسی میان آزار دوران کودکی و سازگاری بین‌فردی در دوران بزرگسالی وجود دارد. در واقع، تجربه آزار دوره کودکی به‌عنوان خیانت به اعتماد ادراک می‌شود و می‌تواند قربانیان را به تعمیم این بی‌اعتمادی به روابط در بزرگسالی، از جمله شریک عاشقانه خود سوق دهد [۵۰]. باورهای ناسازگار مبنی بر اینکه روابط بین فردی ناپایدار و ناامن هستند، فرد را بیشتر در معرض احساس حقارت و آسیب قرار می‌دهد و موجب می‌گردد که نیازهای عاطفی اساسی نتوانند در روابط نزدیک ارضا شوند [۵۱]. فرانکوئور[2] و همکاران [۵۲] در بررسی ارتباط میان تجربه ترومای کودکی و سازگاری با جدایی عاشقانه در دوره جوانی دریافتند که تأثیر این تجارب به‌صورت غیرمستقیم و از طریق دشواری در تنظیم هیجان بر سطح سازگاری مؤثر است.

تجربه آزار در دوران کودکی به جای پذیرش تجارب دردناک، اجتناب را تشویق می‌کند [۵۳]. توانایی درک حالات روانی خود و دیگران یک عامل حیاتی در زمینهٔ تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی است [۵۴]. پاسخگویی مثبت به نیازها، ارتباط مؤثر و احساس امنیت، سه عنصر اصلی عشق در روابط عاشقانه هستند [۵۵]. معنای رابطه‌ی عاشقانه برای هر فرد متفاوت است. نظریه طرح واره معتقد است که آسیب‌های دوران کودکی و نیازهای عاطفی برآورده‌نشده منجر به شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌شود [۵۱]. این طرح‌واره‌ها که از طریق تجربیات دوران کودکی شکل می‌گیرند، می‌توانند در طول زندگی فرد پایدار باقی بمانند و به شدت بر نحوه ارتباط تأثیر می‌گذارند [۳۱].

به دنبال تجارب اولیه منفی یا تجارب آزار دیدگی دوره کودکی که باعث ناکامی در برآوردن نیازهای عاطفی اصلی یا پنج‌گانه می‌شود، ۱۸ طرح‌واره ناسازگار اولیه ممکن است ایجاد شود که در قالب ۵ حوزه یا طبقه‌بندی می‌شوند. حوزه نخست که بریدگی و طرد نام دارد، با نیاز اساسی به امنیت، ثبات عاطفی، مراقبت، احساس ارتباط و پذیرش مشخص می‌گردد. حوزه دوم خودگردانی و عملکرد مختل است. اگر محیط پرورش‌دهنده بیش از حد محافظ، درهم تنیده و مانع عملکرد مستقلانه کودک باشد، این افراد معمولاً در بزرگسالی در درک خود به عنوان فردی با هویت مستقل دچار مشکل هستند. قلمرو سوم محدودیت های مختل است که با عدم بازداری درونی، مشکل در شناخت حقوق دیگران، مسئولیت‌پذیری یا پایبندی به تحقق اهداف شخصی مشخص می‌شود. خانواده‌های این افراد معمولاً سهل‌گیر یا بیش از حد انتقادی و تنبیهی هستند. قلمرو چهارم، دیگر جهت‌مندی است که مشخصه اصلی آن توجه بیش از حد به نیازهای دیگران، حتی به بهای نادیده گرفتن نیازهای خود است. در نهایت، قلمرو پنجم گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری نام دارد و با تأکید افراطی در تحقق قوانین سرسخت درونی مشخص می‌شود. خانواده این افراد معمولاً تنبیه‌کننده، سرکوب‌گر و دارای قوانین سفت‌وسخت هستند [۵۶].

علیزاده‌مقدم و همکاران [۵۷] دریافتند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند با افزایش شدت نشانگان ضربه عشق در افراد مرتبط باشند. نتایج پژوهش یوسفی و همکاران [۵۸] باهدف پیش‌بینی نشانگان ضربه عشق بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نیز نشان داد که از حوزه‌های پنج‌گانه، حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل بالاترین نقش را در پیش‌بینی نشانگان ضربه عشق دارد. در همین راستا، یافته های اعتمادنیا و همکاران [۵۹] حاکی از آن بود که طرح‌واره‌های ایثار و رهاشدگی/بی‌ثباتی می‌توانند نشانگان ضربه عشق را با شدت بیشتری پیش بینی کنند. علاوه بر این، برخی پژوهش‌ها اذعان دارند که میان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های عشق‌ورزی نیز رابطه وجود دارد. نتایج کرمی و همکاران [۶۰] نشان داد که طرح‌واره طردشدگی با سبک عشق‌ورزی اروس ارتباط دارد. افراد دارای این طرح‌واره ممکن است در شکل‌دهی یا تجربه دلبستگی ایمنی با مشکل مواجه شوند؛ بنابراین آنان

1 . Banford Witting & Busby
2 . Francoeur

معتقدند که نیاز به امنیت، محبت، عشق و تعلق در آن ها برآورده نشده است. ازاین رو، در روابط خود تمایل دارند به‌گونه‌ای نسنجیده و شتاب‌زده عمل کنند و از یک رابطه ناکارآمد به یک رابطه آسیب رسان دیگر پناه ببرند. سبک عشق ورزی اروس با کشش فیزیکی شدید به معشوق، بدون تعهد شناخته می‌شود.

انسان ها از همان ابتدا تمایل دارند که توسط مراقبین خود به خاطر آنچه که هستند دوست داشته شوند. با این حال، برخی از افراد با این احساس بزرگ می‌شوند که محبت مراقبانشان مشروط به برآورده کردن انتظارات خاص است و بنابراین کسب عشق از والدینشان بهای گزافی دارد. این تصورات از مشروط بودن عشق ممکن است در فرد طرح‌واره یا باورهای بنیادینی را موجب شوند. تصور می‌شود که چنین باورهایی در طول زندگی نسبتاً پایدار می‌مانند و احساسات و رفتارهای آینده و همچنین توجه، حافظه و شناخت را هدایت می‌کنند [۶۱].

عشق یک عملکرد ذهنی پیچیده است که با سایر عملکردهای ذهنی، مانند حافظه، توجه، ادراک و استدلال، در تعامل است [۶۲]. ترومای کودکی از طریق شکل گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که ساختارهای شناختی انعطاف ناپذیر و افراطی هستند، باعث سوگیری منفی در تفسیر اطلاعات شناختی و هیجانی می‌شود و می‌تواند آشفتگی روانی در بزرگسالی را پیش بینی کرده و زمینه ساز روابط عاطفی ناپایدار و ناکارآمد شود [۴۳]. در واقع، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و شیوه‌های تنظیم هیجان ناکارآمد را برای سازگاری با محیط پیرامون فعال می‌کنند [۶۳].

پژوهش برتلوت[1] و همکاران [۶۴]، هم‌راستا با نتایج مطالعات قبلی، همبستگی مثبتی بین شدت آزاردیدگی دوره کودکی با شدت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در جمعیت بزرگسال یافتند. طرح واره های ناسازگار اولیه نیز مشکلات بین‌فردی را پیش‌بینی می‌کنند [۶۵]. به‌عنوان‌مثال، همان‌طور که پیش‌تر هم اشاره شد، طرح‌واره طرد و رهاشدگی می‌تواند مانع شکل گیری دلبستگی‌های ایمن و پایداری روابط شود [۳۱]. به عبارت دیگر، تجارب اولیه ممکن است فرد را به سمت تجربه ناخودآگاه همان نوع دلبستگی کودکی در دوران بزرگسالی سوق دهد. مثلاً افرادی که در دوره کودکی آزار را تجربه نموده‌اند، جهت اصلاح تجربیات گذشته خود، روابطی را جستجو یا تکرار کنند که منجر به افزودن به رنج های پیشین [۶۶] و تأیید باورهای بنیادین می‌گردد. یافته های پژوهش اکسی و همکاران [۴۱]، نشان داد افرادی که تجربه ترومای کودکی داشتند به واسطه طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، شکست، منفی‌گرایی - بدبینی، انزوای اجتماعی، وابستگی - بی‌کفایتی، بازداری هیجانی و رهاشدگی - بی‌ثباتی، تفاوت معناداری از نظر دلایل یا پایداری رابطه نشان دادند. همچنین، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ممکن است به دلایلی همچون ناتوانی در مدیریت پریشانی درونی و یا به قصد تأثیرگذاری نادرست بر محیط، افراد را به سمت آسیب به خود سوق دهند [۶۷]. بر اساس یافته های کرافورد و رایت[2] [۶۸]، طرح‌واره های ایثار و بازداری هیجانی می‌تواند رابطه بین ترومای کودکی و گرفتن نقش قربانی در روابط عاطفی را واسطه کنند، درحالی‌که طرح‌واره‌های بی‌اعتمادی - بدرفتاری، استحقاق و خویشتن‌داری - خود انضباطی ناکافی ممکن است ارتباط بین ترومای کودکی و اعمال پرخاشگری در روابط عاطفی میانجی‌کنند.

پژوهش پیلکینگتون[3] و همکاران [۶۹]، نشان داد که تجربه آزار در روابط عاطفی با طرح‌واره‌های بریدگی و طرد و نقص در خودگردانی و عملکرد مختل مرتبط است، درحالی‌که رفتار آزارگرانه با طرح‌واره بی‌اعتمادی - بدرفتاری همبستگی دارد. در یک مطالعه طولی، دیون[4] و همکاران [۷۰]، اثر انواع آزار دوران کودکی را با دلبستگی دوران بزرگسالی بررسی نمودند. نتایج حاصل نشان داد، ترومای دوران کودکی از طریق افزایش اضطراب دلبستگی در روابط عاشقانه، با افزایش پریشانی روانی و کاهش عزت‌نفس در بزرگسالی مرتبط است. یافته‌های پژوهش مولینکس و ترنر[5] [۷۱] نیز نشان داد که رابطه بین الگوهای ارتباطی خانوادگی با دلبستگی عاشقانه مضطربانه و اجتنابی در دوران بزرگسالی به واسطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه میانجی می گردد. دلبستگی مضطربانه تمایل به نگرانی و

1 . Berthelot

2 . Crawford & Wright
3 . Pilkington
4 . Dion
5 . Mullinax & Turner

گوش‌به‌زنگی نسبت به علائم طرد و رهاشدگی را نشان می دهد، درحالی‌که اجتناب از دلبستگی به ناراحتی ناشی از نزدیکی و وابستگی به دیگری اشاره دارد.

## محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

از محدودیت های اصلی پژوهش حاضر، می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد که امکان بررسی تغییرات بلند مدت در تجارب آزار دوران کودکی و تأثیر آن بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان ضربه‌ی عشق را محدود می‌کند. همچنین، استفاده از پرسش‌نامه برای سنجش تجارب دوران کودکی ممکن است تحت‌تأثیر تحریفات ذهنی یا اغراق پاسخ دهندگان قرار گیرد که می‌تواند پایایی نتایج را تحت‌تأثیر قرار دهد. تناسب مدل پژوهشی حاضر نیز در دانشگاه ارومیه بررسی گردید؛ بنابراین نتایج ممکن است تحت‌تأثیر تفاوت‌های فرهنگی و قومیتی قرار گرفته باشند؛ لذا در تعمیم نتایج به دیگر جوامع باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

پیشنهاد می‌شود، مطالعات آینده با نمونه‌گیری از جوامع مختلف و در مناطق جغرافیایی و فرهنگی گوناگون انجام شوند تا قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. همچنین، استفاده از طرح‌های طولی با بهره‌گیری از روش‌های گردآوری داده‌های عینی‌تر مانند مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، مشاهده مستقیم یا ابزارهای روان‌سنجی پیشرفته توصیه می‌شود. بررسی متغیرهای تعدیل‌کننده یا میانجی همچون حمایت اجتماعی، تاب آوری یا عوامل محیطی که ممکن است بر رابطه بین تجارب آزار کودکی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان ضربه عشق اثر بگذارند، می‌تواند به درک عمیق‌تری از این روابط منجر شود. به کارگیری تحلیل های چند سطحی برای بررسی تعامل میان متغیرهای فرهنگی و روان شناختی نیز از جمله مسیرهای پیشنهادی برای پژوهش‌های آتی محسوب می‌شود.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

پس از شرح موضوع پژوهش و هدف از انجام آن، اصل رازداری و اهمیت رضایت آگاهانه و حق انصراف برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و به دانشجویان اطمینان داده شد که این اطلاعات تنها در قالب کدگذاری و بدون نیاز به پاسخگویی به پرسش های شخصی مانند نام و نشانی محل زندگی‌شان، به صورت گروهی مورد تجزیه وتحلیل آماری قرار خواهند گرفت.

### حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ گونه حمایت مالی از مؤسسه یا سازمانی صورت‌گرفته است.

### سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش جهت همکاری و همراهی‌شان کمال تشکر و قدردانی را دارند.

## منابع

1- Burunat E. Love is a physiological motivation (like hunger, thirst, sleep or sex). *Medical hypotheses*, 2019; 129: 109225. doi:10.1016/j.mehy.2019.05.011

2- Rezaee S, Bordbar M. Examining the types of love in books authored by children and teenagers based on Eric Fromm's theory (fraternal, maternal, paternal, sexual and self-love). *Journal of Lyrical Literature Researches*, 2024; doi: 10.22111/jllr.2024.47015.3207 **[In Persian]**

3- Rokach A. The Meanings of Love: An Introduction. *The Journal of Psychology*, 2024; 158(1): 1-4. doi:10.1080/00223980.2024.2307284

4- Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2017; 52(3): 511–524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511

5- Oravecz Z, Dirsmith J, Heshmati S, Vandekerckhove J, Brick TR. Psychological well-being and personality traits are associated with experiencing love in everyday life. *Personality and Individual Differences*, 2020; 153: 109620. doi:10.1016/j.paid.2019.109620

6- Han, Y., Luo, Y., Chen, Z., Gao, N., Song, Y., & Liu, S. A decade of love: Mapping the landscape of romantic love research through bibliometric analysis. *Humanities and Social Sciences Communications*, 2024; 11(1): 1-16. doi:10.1057/s41599-024-02665-7

7- Bratslavsky E, Baumeister RF, Sommer KL. To love or be loved in vain: The trials and tribulations of unrequited love. In: Sprecher S, Wenzel A, Harvey J, editors. The dark side of close relationships. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2013. p. 307-326.

8- Zeidner M, Kaluda I. Romantic love: What's emotional intelligence (EI) got to do with it?. *Personality and Individual Differences*, 2008; 44(8): 1684-1695. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.018

9- Chanda L, Mabo J, Nacidze V. Exploring the Factors Behind Romantic Relationship Conflicts Among University Students: A Case of Mukuba University. *British Journal of Multidisciplinary and Advanced Studies,* 2024; 5(5): 1-12. doi:10.37745/bjmas.2022.04174

10- Lopez-Cantero P, Archer A. Lost without you: the Value of Falling out of Love. *Ethical Theory and Moral Practice*, 2020; 23(3): 515-529. doi:10.1007/s10677-020-10067-2

11- Zeng P, Jin W, Shi Y, Hu W, Geng Y, Zhan T. Struggling or liberating? The effects of Machiavellianism on break-up distress. *International journal of environmental research and public health,* 2022; 19(21): 14581. doi:10.3390/ijerph192114581

12- Rosse RB. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken relationship. New York (NY): Perseus Publishing; 1999.

13- Chandra A, Parija PP. The Love-Breakup study: Defining love and exploring reasons for the breakup of romantic relationships. *Indian Journal of Health Sexuality and Culture*, 2021; 7(2): 41-48. doi:10.5281/zenodo.6062843

14- Soltani M, fateehizade M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Love Trauma Syndrome (Single Case). *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 2022; 20(1): 9-22. doi:10.52547/rbs.20.1.9 **[In Persian]**

15- Heshmati S, Oravecz Z, Pressman S, Batchelder WH, Muth C, Vandekerckhove J. What does it mean to feel loved: Cultural consensus and individual differences in felt love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2019; 36(1): 214-243. doi:/10.1177/0265407517724600

16- St-Pierre Bouchard J, Brassard A, Lefebvre AA, Dugal C, Lafontaine MF, Savard C, et al. Cumulative childhood trauma, communication patterns, and intimate partner violence perpetrated by men seeking help. *Journal of interpersonal violence*, 2023; 38(9-10): 6843-6864. doi:10.1177/08862605221138651

17- Fernando SK, Quinlan E, Paparo J. Childhood emotional maltreatment and romantic relationship satisfaction: the mediating role of early maladaptive schemas. *Clinical Psychologist*, 2024; 28(3): 317-330. doi:10.1080/13284207.2024.2415953

18- Whittaker KJ, Stänicke E, Johnson SU, Solbakken OA, Tilden T. Troubled relationships: A retrospective study of how couples with histories of trauma experience therapy. *Journal of Couple & relationship therapy*, 2023; 22(1), 1-23. doi:10.1080/15332691.2022.2053262

19- Vaillancourt-Morel MP, Rosen NO, Péloquin K, Bergeron S. Maltreatment in childhood and perceived partner responsiveness in adult romantic relationships: A dyadic daily diary and longitudinal study. *Child maltreatment*, 2023; 28(1): 163-175. doi:10.1177/10775595211057230

20- Lassri D, Gewirtz-Meydan A, Zamir O. The mediating role of self-compassion between childhood maltreatment and satisfaction with intimate relationships. *Mindfulness,* 2023; 14(4): 970-978. doi:10.1007/s12671-023-02107-6

21- Arikewuyo AO, Eluwole KK, Dambo TH, Abdulbaqi SS. Do low self-esteem, relationship dissatisfaction and relationship insecurity exacerbate the intention to break up in romantic relationships?. *Current Psychology,* 2022; 41(11), 7695-7706. doi: 10.1007/s12144-020-01221-1

22- Fitzgerald M, Shuler J. Coping together or separate: Attachment and dyadic coping as mediators linking childhood maltreatment to intimate relationship quality. *Journal of Couple & relationship therapy,* 2023; 22(4): 344-361. doi: 10.1080/15332691.2022.2149650

23- Kealy D, Lee E. Childhood trauma among adult clients in Canadian community mental health services: Toward a trauma-informed approach. *International journal of mental health,* 2018; 47(4): 284-297. doi:10.1080/00207411.2018.1521209

24- Greenman PS, Renzi A, Monaco S, Luciani F, Di Trani M. How does trauma make you sick? The role of attachment in explaining somatic symptoms of survivors of childhood trauma. *Healthcare,* 2024; 12(2): 203. doi:10.3390/healthcare12020203

25- Nelson C. Schemas. *Children's Literature Association Quarterly*, 2015; 40(3): 215-216. doi:10.1353/chq.2015.0027

26- Bernard, J. *The future of marriage*. 1976; Harmondsworth: Penguin Books; 1976.

27- Kover L, Szollosi GJ, Frecska E, Bugan A, Berecz R, Egerhazi A. The association between early maladaptive schemas and romantic relationship satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 2024; 15: 1460723. doi:10.3389/fpsyg.2024.1460723

28- Bilge Y, Yılmaz M, Hüroğlu G, Akan Tikici Z. The effects of adverse childhood experiences and early maladaptive schemas on relationship obsessive–compulsive disorder. *Trends in psychology*, 2024; 32(4): 1268-1286. doi: 10.1007/s43076-022-00245-9

29- Hassija CM, Robinson D, Silva Y, Lewin, MR. Dysfunctional parenting and intimate partner violence perpetration and victimization among college women: The mediating role of schemas. *Journal of family violence*, 2018; 33: 65-73. doi:10.1007/s10896-017-9942-3

30- Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. 3rd ed. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange. 1999.

31- Celal Adıyaman Y, Temel Eğinli A. The effect of early maladaptive schemas on communication styles of romantic couples. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2023; 25(6): 353-362. doi:10.22038/JFMH.2023.23590

32- Kline R B. *Principles and practice of structural equation modeling*. 5th ed. New York (NY): Guilford Press; 2023.

33- Amanelahi A, Tardest K, Aslani Kh. Predicting Love Trauma Syndrome Based on Self-Compassion in Female Students Who Have Experienced Emotional Breakups. *Journal of Applied Psychology*; 2015; 4(32): 43-61. https://sid.ir/paper/518823/fa **[In Persian]**

34- Farghadani A. Role of Nostaligia Proneness, Mental Pain and Temporal Experience of Plaeasure in Perceived Stress Reactivity in Studens Experiencing Romantic Breakup. *Knowledge & Research in Applied Psychology*; 2023; 23(4): 219-230. doi: 10.30486/JSRP.2020.1872796.1922 **[In Persian]**

35- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 2003; 27(2): 169-190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0

36- Khoshakhlaq M, Sedaghatifard M. Explanation and prediction of mental health and self-satisfaction based on childhood trauma. *Family and Health*, 2024; 14(1): 205-225. **[In Persian]** https://journal.astara.ir/article_713711.html

37- Norozi N, Najafi M. The Mediating Role of Attachment Styles and Negative Affect in the Relationship between Childhood Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Clinical Psychology,* 2024; 15(3): 69-79. doi:10.22075/jcp.2023.31034.2670 **[In Persian]**

38- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*, A practitioner's guide. New York(NY): Guilford Press; 2003.

39- Hosseinlou Z, Azadyekta M, Nasrolahi B. Investigating the relationship between attachment styles and early maladaptive schemas with incidence of Narcissistic personality traits in medical students of Tehran un*iversities*. *Journal of Psychological Studies*, 2019; 15(3): 141-158. doi:10.22051/psy.2019.25977.1910 **[In Persian]**

40- Hosseinpour Khaghani SH, Yousefi R, Abdi R, Yaghoubi H. Body Dysmorphic Symptoms in Adolescents: The Role of Early Maladaptive Schemas and Pathological Dimensions of Personality with the Mediation of Rejection Sensitivity and Social-Cultural Attitudes towards Appearance. *Journal of Behavioral Sciences Research*. 2024; 22 (2): 194-212. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1767-fa.html **[In Persian]**

41- Ekşi H, Gündüz A, Gündoğmuş İ. Effect of Adverse Childhood Experiences on Marital Status and the Mediating Role of Early Maladaptive Schemas. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 2024; 16: 11-21. doi:10.18863/pgy.1361117

42- Baugh, L. M. *Partner trust and childhood emotional maltreatment: considering the roles of maladaptive schemas and psychological flexibility*, 2018; (Doctoral dissertation, University of British Columbia).

43- Tezel FK, Kişlak ŞT, Boysan M. Relationships between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemas and interpersonal styles. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 2015; 52(3): 226. https://doi.org/10.5152/npa.2015.7118

44- Lavasani AAS, Soltani MAT. Association between maltreatment in childhood and emotional divorce: mediating role of attachment styles, early maladaptive schemas and difficulty in emotional regulation. *Journal of Health Promotion Management,* 2017; 6(4): 49-58. doi:10.21859/jhpm-07027

45- Alizadeh Moghadam A, Mohammadi M, Naziri G, Amini Manesh S.Prediction of love trauma syndrome based on early maladaptive schemas with the mediating role of emotion regulation. *Political Sociology of Iran*, 2023; 5(11): 5960-5974. doi:10.30510/psi.2022.338314.3369 **[In Persian]**

46- Neville SE, Zidan T, Williams A, Rotabi-Casares KS. Child maltreatment and protection in the Arab Gulf Cooperation Council countries: A scoping review. *Child abuse & neglect*, 2022; 134: 105924. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105924

47- River LM, Narayan AJ, Atzl VM, Rivera LM, Lieberman AF. Past made present: The legacy of childhood maltreatment for romantic relationship quality and psychopathology during pregnancy. *Psychology of violence*, 2020; 10(3): 324. doi:10.1037/vio0000273

48- Sun L, Canevello A, Lewis KA, Li J, Crocker J. Childhood emotional maltreatment and romantic relationships: The role of compassionate goals. *Frontiers in psychology*, 2021; 12: 723126. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.723126

49- Banford Witting A, Busby DM. The residuum of childhood physical and sexual abuse: Coming to terms in couple relationships. *Journal of interpersonal violence*, 2022; 37(9-10), NP6186-NP6210. doi:10.1177/0886260520965972

50- Baugh LM, Cox DW, Young RA, Kealy D. Partner trust and childhood emotional maltreatment: The mediating and moderating roles of maladaptive schemas and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2019; 12: 66-73. doi:10.1016/j.jcbs.2019.02.001

51- Sójta K, Margulska A, Jóźwiak-Majchrzak W, Grażka A, Grzelczak K, Strzelecki D.Cognitive–Affective risk factors of female intimate partner violence victimization: The role of early maladaptive schemas and strategic emotional intelligence. *Brain sciences*, 2023; 13(7): 1118. doi:10.3390/brainsci13071118

52- Francoeur A, Lecomte T, Daigneault I, Brassard A, Lecours V, Hache-Labelle C. Social Cognition as Mediator of Romantic Breakup Adjustment in Young Adults Who Experienced Childhood Maltreatment. Journal of Aggression, *Maltreatment & Trauma*, 2020; 29(9) : 1125-1142. doi:10.1080/10926771.2019.1603177

53- Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of affective disorders*, 2018; 225: 326-336. doi:10.1016/j.jad.2017.08.039

54- Nordahl H, Hjemdal O, Wells A. Metacognitive beliefs uniquely contribute to interpersonal problems: A test controlling for adult attachment, Big-5 personality traits, anxiety, and depression. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12: 694565. doi:10.3389/fpsyg.2021.694565

55- Chen Y, Xia M, Dunne S. Romantic Love is Not Only "Romantic": A Grounded Theory Study on Love in Romantic Relationships. *The Journal of psychology,* 2024; 158(1): 64-83. https://doi.org/10.1080/00223980.2024.2305442

56- Borges JL, Dell'Aglio DD. Early maladaptive schemas as mediators between child maltreatment and dating violence in adolescence. *Ciencia & saude coletiva*, 2020; 25: 3119-3130. doi:10.1590/1413-81232020258.24992018

57- Alizadeh Moghadam A, Mohammadi M, Naziri G, Amini Manesh S. Prediction of love trauma syndrome based on early maladaptive schemas with the mediating role of emotion regulation. *Political Sociology of Iran*, 2023; 5(11): 5960-5974. doi:10.30510/psi.2022.338314.3369 **[In Persian]**

58- Yousefi R, Adhamian E, Abdolmohammadi K. The Role of Early Maladaptive Schemas, Personality Traits and Attachment Styles in Prediction symptoms of Female Students Love Trauma Syndrome. Journal of Women's Social and Psychological Studies, 2016; 14(3) : 171–190. doi:10.22051/jwsps.2016.2559 **[In Persian]**

59- Etemadnia M, Shiroodi S, Khalatbari J, Abolghasemi S. Predicting Love Trauma Syndrome in College Students Based on Personality Traits, Early Maladaptive Schemas, and Spiritual Health. *IJPCP*, 2021; 27 (3): 318-335. doi:10.32598/ijpcp.27.2.1096.2 **[In Persian]**

60- Karami M, Mohsenzadeh F, Zahrakar K. Prediction of Love Stories and Love Styles based on Early Maladaptive Schemas. QJFR 2021; 18 (2): 121-126. http://qjfr.ir/article-1-1915-fa.html **[In Persian]**

61- Oravecz, Z., Dirsmith, J., Heshmati, S., Vandekerckhove, J., & Brick, T. R. Psychological well-being and personality traits are associated with experiencing love in everyday life. *Personality and Individual Differences*, 2020; 153: 109620. doi:10.1016/j.paid.2019.109620

62- Burunat E. Love is not an emotion. *Psychology*, 2016; 7(14), 1883. doi:10.4236/psych.2016.714173

63- Ebrahimi G, Ghazanfari A, Mashhadizadeh S, Rahimi S. Modeling Suicide Ideation Based on Initial Maladaptive Schemes with Mediating Role of Emotional Regulatory in Adults with a History of Childhood (Physical and Sexual). Clinical Psychology and Personality, 2023; 21(1): 95-102. doi:10.22070/cpap.2023.16711.1275 **[In Persian]**

64- Berthelot N, Savard C, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Ensink K, Godbout N. Development and validation of a self-report measure assessing failures in the mentalization of trauma and adverse relationships. *Child Abuse & Neglect*, 2022; 128: 105017. doi:10.1016/j.chiabu.2021.105017

65- Janovsky T, Rock AJ, Thorsteinsson EB, Clark GI, Murray CV. he relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2020; 27(3): 408-447. doi:10.1002/cpp.2439

66- Heshmati R, Fathalizadeh R, Ahmadi Farsani M, Pellerone M. Pathway Linking Childhood Trauma to Loneliness in individual with Romantic Break-up Grief: The Mediating roles of Attachment Styles and Ambivalence over Emotional Expression. *Clinical Psychology and Personality,* 2024. doi:10.22070/cpap.2024.19010.1526 **[In Persian]**

67- Nicol A, Mak AS, Murray K, Kavanagh PS. The relationship between early maladaptive schemas and the functions of self-injurious behaviour in youth. *Clinical Psychologist*, 2020; 26(3): 296-308. doi:10.1080/13284207.2022.2046976

68- Crawford E, Wright MOD. The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *Journal of Emotional Abuse*, 2014; 7(2): 93–116. doi:10.1300/j135v07n02_06

69- Pilkington PD, Noonan C, May T, Younan R, Holt RA. Early maladaptive schemas and intimate partner violence victimization and perpetration: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2021; 28(5): 1030-1042. doi:10.1002/cpp.2558

70- Dion J, Gervais J, Bigras N, Blackburn ME, Godbout N. A longitudinal study of the mediating role of romantic attachment in the relation between child maltreatment and psychological adaptation in emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 2019; 48(12): 2391-2402. doi:10.1007/s10964-019-01073-4

71- Mullinax HM, Turner LA. Parental psychological control, early maladaptive schemas, and romantic attachment in emerging adults. *Current Psychology,* 2023; 43(10): 1-13. doi:10.1007/s12144-023-05012-2

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۷۲-۶۱**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20891.1775

**مقاله پژوهشی**

# نقش سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی در شادِن‌فرویدِ Schadenfreude دانشجویان

**نویسندگان**

**فرشته پورمحسنی کلوری [1*]، لطیفه نعمتی [2]، ساحل هادیان شیب‌آبندانی [3]**

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور تهران، ایران.
Latnem5612@gmail.com
۳. دانشجو دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
sahelhadian@gmail.com

**چکیده**

**مقدمه:** هدف اصلی مطالعه حاضر، تعیین نقش صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی در شادِن‌فرُویدِ (Schadenfruede) دانشجویان بود.

**روش:** روش پژوهش حاضر، توصیفی - همبستگی است و جامعه آماری مورد مطالعه، شامل دانشجویان دانشگاه‌های مشگین‌شهر در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که از میان آنان، ۲۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های صفات سه‌گانه تاریک جنیسون و ویستر (۲۰۱۰م.)، رقابت‌جویی فرانکن (۱۹۹۵م.)، هوش اخلاقی لنیک و کیل (۲۰۰۵م.) و شادن فروید یگانه و همکاران (۱۴۰۰) پاسخ دادند.

**یافته‌ها:** داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد که شادن فروید در دانشجویان با خودشیفتگی (r= ۰/۳۷۸)، جامعه‌ستیزی (r= ۰/۴۰۶) و رقابت-جویی (r= ۰/۲۶۰) رابطه منفی و معناداری دارد و با هوش اخلاقی (r= -۰/۳۲۵) رابطه مثبت و معناداری دارد (p < ۰/۰۵). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیونی نشان داد که صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی توانستند خصیصه شادن فروید را به گونه معناداری پیش‌بینی کنند. هوش اخلاقی (β = -۰/۲۶۸)، رقابت‌جویی (β = ۰/۲۵۴) و جامعه‌ستیزی (β = ۰/۲۳۴) بیشترین نقش را در پیش‌بینی شادن فروید در دانشجویان داشتند (p < ۰/۰۵).

**بحث و نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت که صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی از جمله مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های شادن فروید در دانشجویان هستند که در برنامه‌های مداخله‌ای و درمانی باید مدنظر قرار گیرند.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۶/۰۹

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۴/۱۰/۲۹

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

رقابت‌جویی، شادن‌فروید، صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، هوش اخلاقی، دانشجویان

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

fpmohseni@yahoo.com

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۷۲-۶۱
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 61-72

**مقدمه**

هیجانات بخش جدایی‌ناپذیر زندگی انسان‌ها هستند که نقش کلیدی در رفتار و تعامل با دیگران ایفا می‌کنند [۱]. توانایی افراد در شناسایی و تشخیص هیجان متفاوت است [۲]؛ بنابراین افراد در موقعیت‌هایی باتجربه یکسان، واکنش‌های هیجانی نتایج متفاوتی نشان می‌دهند [۳]. افرادی که نسبت به رفتار دیگران واکنش هیجانی نشان می‌دهند، هنگامی‌که از بدبیاری و از دست‌دادن‌های دیگران باخبر می‌شوند، نگران و ناراحت می‌شوند [۴]. به‌طورکلی، در مواجهه با بدشانسی و بدبختی دیگران دو واکنش هیجانی ممکن است، رخ دهد: نخست، واکنش هیجان منفی که منجر به همدردی می‌شود و دیگری واکنش هیجانی مثبت که شادن‌فروید[1] را به تصویر می‌کشد [۵]. شادن‌فروید به معنی شادی بدخواهانه از بدبختی دیگران است و ترکیبی از دو واژه آلمانی «شادن»[2] به معنای آسیب و «فروید»[3] به معنای شادی است [۶] و احساسی است که از مشاهده مجرم در حال مجازات ایجاد می‌شود [۷].

شادن‌فروید نوعی واکنش هیجانی ناسازگار است، زیرا به معنای لذت‌بردن از رویدادی است که برای دیگران ناخوشایند تلقی می‌شود [۸] و احساس مذموم اجتماعی است که از طریق مقایسه اجتماعی و در پاسخ به شکست دیگران برانگیخته می‌شود [۹]. به‌عنوان‌مثال، ممکن است برخی یک ناظران یک رویداد مضر را به عنوان مجازات برای نقض هنجاری خاص، مورد استقبال قرار دهند [۶] اما مشاهده بدبختی فردی که از مزیت رقابتی خاصی برخوردار است، به‌ویژه در زمینه‌ای که نسبت به او احساس حسادت می‌کنیم، می‌تواند در ناظران احساس رضایت خاطر ایجاد کند [۱۰]. عواملی که سبب رواج شادن‌فروید می‌شوند عبارت‌اند از: نوعی منفعت‌طلبی شخصی (مثلاً تنزل رتبه یک همکار)، حسادت (ورشکستگی یک فرد ثروتمند) و شایستگی هدف (مثلاً دستگیری دانش‌آموز در حال تقلب) [۱۱]. به عقیده سینگر و استینبیس [۱۲] هر موقعیت سودمندی می‌تواند سبب ایجاد شادن‌فریود شود؛ بنابراین شادن‌فروید فقط شامل شادی از غم و اندوه دیگری نیست، بلکه بخشی از نحوه تصمیم‌گیری افراد در زندگی روزمره و نحوه نگاه آن‌ها به خود در رابطه با دیگری است [۱۳]. نکته قابل توجه آن است که شادن‌فروید حالتی منفعلانه و متمایز از اعمالی مانند انتقام‌جویی، تنبیه یا تحمل فعالانه درد است که موجب رنجش مستقیم افراد می‌شوند [۱۰]. به هر حال، هرگاه فردی دچار بدبیاری شود و به دنبال آن احساسات ناظران تغییر کند و به‌جای همدلی با او، احساس خوشحالی از بدبختی وی داشته باشند، شادن‌فروید را تجربه کرده‌اند [۴].

فقدان همدلی ویژگی مشترک صفات سه‌گانه تاریک شخصیت است و یک پیوند مفهومی قوی بین صفت‌های تاریک شخصیت و تجربه شادن‌فروید ایجاد می‌کند [۵]. صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، شامل سه ویژگی مجزا ولی مرتبط با یکدیگر، به نام‌های خودشیفتگی[4]، ماکیاولیسم[5] و جامعه‌ستیزی[6] هستند [۱۴،۱۵]. خودشیفتگی را می‌توان از طریق رفتارها و ویژگی‌هایی مانند استحقاق، خودبزرگ‌بینی اغراق‌آمیز، عدم همدلی و نیاز به تحسین دیگران معرفی کرد [۱۶]. ماکیاولیسم نشان‌دهنده دست‌کاری در شخصیت است و از سه جنبه اساسی حفظ قدرت، تاکتیک‌های مدیریت خشن و رفتارهای دست‌کاری تشکیل شده است [۱۷]. جامعه‌ستیزی با ویژگی‌های ضداجتماعی، جذابیت سطحی و سطوح پایین‌تر همدلی، پشیمانی و کنترل تکانه همراه است [۱۸]. صفات سه‌گانه تاریک شخصیت یکی از افراطی‌ترین جنبه‌های طبیعت انسان را نشان می‌دهد که با معیارهای بالینی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات[7] مطابقت ندارد [۱۹]. افراد با صفات سه‌گانه تاریک شخصیت در تعاملات اجتماعی، فاقد همدلی و شفقت نسبت به دیگران هستند [۲۰] مطالعات بسیاری صفات سه‌گانه تاریک شخصیت را از نظر رفتارهای ضداجتماعی، فعالیت‌های مجرمانه، پرخاشگری و شادن‌فروید بررسی کرده‌اند [۲۱].

لین [۱۳] و گرینر [۳] دریافتند درجات بالاتری از صفات سه‌گانه تاریک شخصیت با سطوح بالای شادن‌فروید همراه است [۱۳،۳]. خودشیفتگی با سطوح بالای عزت‌نفس مشخص می‌شود و افرادی که عزت‌نفس بالایی دارند، ممکن است شادن‌فروید بیشتری را تجربه کنند [۳]. افراد

1. Schadenfruede
2. Schaden
3. Fruede

4. Narcissism
5. Machiavellianism
6. Psypathy
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

خودشیفته دارای ویژگی‌های متناقضی هستند؛ آنان هم ویژگی‌های جذاب و خودباورانه دارند و هم تضاد و پرخاشگری را در برخوردهای اجتماعی از خود نشان می‌دهند [۲۲]. افرادی که شخصیت ماکیاولی دارند، معتقدند برای موفقیت در زندگی باید پیش از آنکه دیگران آن‌ها را بازی دهند، دیگران را بازی دهند [۱۳]؛ بنابراین ماکیاولیسم در رابطه با رقابت و شکست با شادن‌فروید همراه است. آبل و بریر [۲۳] دریافتند که زنانی که نمرات بالاتری در ماکیاولیسم دارند، در ارتباط با دوستان هم‌جنس خود، شادن‌فروید بیشتری را تجربه می‌کنند. بین ماکیاولیسم و جامعه‌ستیزی با احساسات مثبت ناشی از مشاهده تصاویر غم‌انگیز رابطه وجود دارد که با مفهوم شادن‌فروید همسو است. همچنین، بین جامعه‌ستیزی و شادن‌فروید در موقعیت‌های دشوار، رقابتی و مرتبط با شکست و سایر سناریوها، رابطه‌ای قوی وجود دارد [۲۳].

ساختار روان‌شناختی صفات سه‌گانه تاریک شخصیت می‌تواند دلیلی بر رقابت‌جویی[1] افراد نیز باشد [۲۰]. تحقیقات مبتنی بر نظریه تکاملی، نشان‌دهنده آن است که افراد دارای سطوح بالای صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، نگرش‌ها و رفتارهای رقابتی اتخاذ می‌کنند تا معایب مرتبط با سطوح بالای صفات تاریک شخصیت را کاهش دهند [۱۴]. لی و همکاران [۲۴] رابطه مثبتی بین نمره ترکیبی صفات تاریک شخصیت و رقابت‌جویی گزارش کرده‌اند. رقابت‌جویی نشان‌دهنده تفاوت فردی در ترجیحات برای رقابت است؛ مانند تمایل به برنده‌شدن در برابر دیگران یا در زمینه‌های ورزشی. بررسی و تحقیق در مورد رقابت‌جویی بسیار پیچیده است؛ زیرا یک ساختار چندبعدی است و با توجه به شرایط موقعیتی و ادراکات، رقابت‌جویی یک صفت نسبتا ثابت است، اما تفاوت‌های فردی و انگیزه‌های متفاوت می‌تواند نگرش افراد را برای رقابت تحریک کند [۱۸]. افراد رقابت‌جو کسانی هستند که گرایش به پیشرفت را با تمایل به تلاش بر چیرگی بر دیگران و با تأکید بر سخت‌کوشی و بهتر عمل کردن نسبت به دیگران، آشکار می‌کنند [۲۵]. از طرفی، رقابت‌جویی بیش از حد یک نیاز روان رنجور برای حفظ احساس خود ارزشمندی و قدرت به هر قیمت است؛ زیرا برنده‌شدن سبب تقویت عزت‌نفس و برتری نسبت به دیگران می‌شود [۱۷].

صفات سه‌گانه تاریک شخصیت و رقابت‌جویی با موقعیت‌های غیراخلاقی همراه هستند. افراد دارای صفات تاریک شخصیت، به دلیل فقدان شرم و احساس گناه، ایده‌هایی را می‌پذیرند که از نظر دیگران غیر اخلاقی است و به راحتی استثنائاتی در مورد کاربرد اصول اخلاقی پیدا می‌کنند [۲۶]. یکی از موضوعات جدید که در حوزه اخلاق مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است [۲۷]، بررسی هوش اخلاقی[2] است [۲۸]. کیل و لنینک [۲۹]، هوش اخلاقی را ظرفیت ذهنی ما برای درک و تعیین کاربرد اصول انسانی در اهداف، ارزش‌ها و اعمال روزمره معرفی کرده‌اند [۲۹]. این یعنی فرد اصول نهفته در پس اعمال و رفتار را درک کرده و می‌پذیرد و مسئولیت آن را به عهده می‌گیرد [۲۸]. علاوه بر این، هوش اخلاقی توانایی تشخیص درست از نادرست است که مستلزم داشتن باورهای اخلاقی قوی و عمل بر اساس این باورها و نیز رفتار با صداقت و وقار است [۳۰]. انسان با بهره‌گیری از هوش اخلاقی به یادگیری کارهای هوشمندانه و دست‌یابی به مناسب‌ترین عمل می‌پردازد و در هر مرحله از زندگی به بهترین اطلاعات دسترسی پیدا کرده و خطرات را به حداقل می‌رساند [۳۱].

با توجه به اینکه انسان‌ها به‌طور مداوم هیجانات مختلفی را تجربه می‌کنند [۱] و شادن‌فروید هیجانی است که افراد معمولاً از ابراز آن اجتناب می‌کنند، زیرا بیان آن به شدت محکوم می‌گردد [۳۲]. با توجه به اینکه پژوهش‌های اندکی به ارتباط شادن‌فروید و صفات تاریک شخصیت پرداخته‌اند [۲۱]، همچنین، با توجه به ارتباط ماکیاولیسم با انتخاب‌های غیراخلاقی و خودشیفتگی با رفتارهای غیراخلاقی [۲۶]، تأثیر هوش اخلاقی بر هدایت رفتار و اهداف توسط اصول اخلاقی [۳۳] و تأثیر رقابت‌جویی که نشان‌دهنده یک وضعیت نسبتاً پایدار همراه با هیجانات منفی شدید مؤثر بر رفتار است [۳۴] و نیز با در نظر گرفتن اینکه آگاهی از هیجانات و ارزیابی درست و عینی از موقعیت‌هایی که تجربه می‌کنیم از عوامل موفقیت هستند [۳۵]؛ در پژوهش حاضر، رقابت‌جویی، هوش اخلاقی و صفات سه‌گانه تاریک شخصیت در شادن‌فروید دانشجویان بررسی شد. بنابراین مطالعه حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این پرسش است که صفات

1 . Competitiveness

2 . Moral Intelligence

تاریک شخصیت، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی چه نقشی در شادن‌فروید دانشجویان دارند.

## روش

### نوع پژوهش

روش مطالعه حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری مطالعه، تمامی دانشجویان شهر اردبیل بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در دانشگاه مشغول به تحصیل بودند و از میان آن‌ها ۲۰۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های زیر پاسخ دادند.

### ابزار سنجش

#### پرسش‌نامه صفات سه‌گانه تاریک

این مقیاس توسط جنیستون و ویستر[1] در سال ۲۰۱۰م. ساخته شده است و شامل ۱۲ گویه می‌باشد که سه خرده مقیاس صفات تاریک شامل ماکیاولی، خودشیفتگی و جامعه‌ستیزی را می‌سنجد و روی مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای از (۱=کاملا مخالفم) تا (۹=کاملا موافقم) درجه‌بندی شده است [۳۶]. ضریب اعتبار این مقیاس به‌وسیله آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس‌های ماکیاولی ۰/۸۴، خودشیفته ۰/۷۷ و جامعه‌ستیزی ۰/۷۵ می‌باشد [۳۷]. روایی سازه را به‌وسیله تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و سه عامل را کشف کردند که سه عامل شناسایی شده از این روش در مجموع ۵۷ درصد واریانس را تبیین کرده است [۳۸]. این ابزار برای نخستین‌بار توسط بشرپور و همکاران در سال ۱۴۰۰ [۳۹] برای دانشجویان به کار برده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های ماکیاولی، جامعه‌ستیزی و خودشیفتگی در این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۸ و ۰/۶۹ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب مقیاس می‌باشد. روایی همگرا با استفاده از متوسط واریانس استخراج شده AVE ۰/۶۲ بود که نشان‌دهنده روایی مطلوب برای پرسش‌نامه حاضر است [۳۶].

#### پرسش‌نامه رقابت‌جویی

این مقیاس توسط فرانکن در سال ۱۹۹۵م. با ۱۵ گویه تدوین گردید که ۵ خرده‌مقیاس اشتیاق به برنده‌شدن، رضایت خاطر ناشی از بهبود عملکرد، انگیزه در جهت کوشش در شرایط و موقعیت‌های رقابت‌آمیز، ترجیح تکالیف دشوار به تکالیف ساده و رضایت خاطر ناشی از انجام کارها به نحو احسن را می‌سنجد و بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱(۱=کاملا مخالفم) تا (۵=کاملا موافقم) درجه‌بندی شده است. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ توسط سازنده برای ۵ عامل ذکر شده به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۶۸ و ۰/۵۵به دست آمد [۴۰]. روایی مقیاس با استفاده از روش محاسبه بار عاملی تأیید شده و مقدار بار عاملی در تمامی شاخص‌ها بالاتر از ۰/۴۰ به‌دست آمد (فرانکن، ۱۹۹۵). در ایران در تحقیق آبایی و همکاران [۴۱]، پایایی بار آزمون برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش کلانتری و بیراک [۴۳]، روایی مقیاس، بنا بر نتایج تحلیل عاملی مؤید برازش قابل قبول ساختار پرسش‌نامه با داده‌ها بود. روایی سازه با استفاده از تحلیل اکتشافی و چرخش واریماکس نشان داد که ۵ عامل ذکر شده می‌تواند ۰/۵۸ واریانس رقابت‌جویی را تبیین کند [۴۰].

#### پرسش‌نامه هوش اخلاقی

این مقیاس توسط لنینک و کیل در سال ۲۰۰۵م. ساخته شد که شامل ۴۰ گویه است و ۴ خرده‌مقیاس درستکاری، بخشش، مسئولیت‌پذیری و دلسوزی را می‌سنجد و بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز= ۱) تا (۵= همه موارد) نمره‌گذاری شده است. پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۶ می‌باشد و روایی صوری و محتوایی همسانی درونی پرسش‌نامه را توسط سازندگان مطلوب به دست آوردند [۴۳]. در نسخه ترجمه شده این مقیاس به فارسی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد و روایی صوری و محتوایی آن مطلوب گزارش شده است [۴۴].

#### پرسش‌نامه شادن‌فروید

جهت بررسی میزان شادن‌فروید و وضعیت آن از مقیاس یگانه و همکاران [۴۵] استفاده شده است. این مقیاس متشکل از پنج سناریوی فرضی در موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان شادن‌فروید است که این موقعیت‌ها بر محوریت ثروت، رقابت، توانمندی، رابطه عاشقانه و زیبایی بنا شده‌اند. سه زیرمقیاس نخست، از مطالعه جیمز و همکاران [۵] و دو زیرمقیاس بعدی از مطالعه آبل و برید [۲۳] اقتباس شده است. این مقیاس در چهارچوب طیف لیکرت هفت درجه‌ای (۱= به‌شدت مخالف تا ۷= به‌شدت موافق) تنظیم گردیده است. در طی اجرای پرسش‌نامه مذکور از شرکت‌کنندگان

1. Jenisston & Vaser

خواسته می‌شود تا سناریوها را خوانده و درجه‌ای را که تصور هر یک از این سناریوها غالباً برای آن‌ها احساس سرگرم‌کنندگی، رضایت‌خاطر و یا خوشحالی به همراه دارد، مشخص کنند. هر عامل دارای سه پرسش است که در مجموع، پرسش‌نامه پنج سناریوی فرضی با ۱۵ پرسش را در بر می‌گیرد. در مطالعه یگانه و همکاران [۴۶]، همه مقیاس‌ها بالاترین بارهای خود را بر روی عامل تعیین شده، نشان دادند و اندازه‌های عامل مربوطه بزرگ و در محدوده ۰/۴۶ تا ۰/۸۸ قرار داشتند که نشان‌دهنده روایی سازه‌ای بالا در مقیاس می‌باشد. پایایی مقیاس در کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های توانمندی، رابطه عاشقانه، رقابت، زیبایی و ثروت به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۸۷، ۰/۷۱ به دست آمده و تأیید شد.

**شیوه تحلیل داده‌ها**

برای انجام پژوهش، ابتدا مجوزهای لازم جهت جمع‌آوری داده‌ها از دانشگاه پیام نور مرکز اردبیل دریافت شد. سپس با مراجعه به بخش آموزش و حراست دانشگاه‌های شهر اردبیل، مجوز لازم جهت نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها اخذ شد. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته**

پژوهش حاضر بر روی ۲۰۰ نفر دانشجو انجام شد که میانگین و انحراف معیار سن آنان برابر ۶/۴۶ ±۲۹/۲۴ سال بود. ۳۵ درصد (۷۰ نفر) نمونه مورد مطالعه پسر و ۶۵ درصد (۱۳۰ نفر) دختر بودند. از این تعداد ۱۳ درصد (۲۶ نفر) در مقطع کاردانی، ۷۲ درصد (۱۴۴ نفر) در مقطع کارشناسی و ۱۵ درصد (۳۰ نفر) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی در جدول ۱ آمده است.

**جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و میزان چولگی و کشیدگی جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه بین دانشجویان**

| زیرگروه‌ها | | میانگین | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|---|
| صفات تاریک | خودشیفتگی | ۱۴/۳۴ | ۳/۷۳ | -۰/۵۴۳ | -۰/۴۶۹ |
| | ماکیاولی | ۱۳/۷۰ | ۳/۸۵ | -۰/۴۷۴ | -۰/۸۷۳ |
| | جامعه‌ستیزی | ۱۴/۸۹ | ۲/۹۹ | -۰/۳۲۴ | -۰/۷۹۴ |
| رقابت‌جویی | رضایت خاطر ناشی از حصول بهبود در عملکرد فرد | ۸/۵۳ | ۱/۴۹ | -۰/۸۵۰ | -۰/۱۲۰ |
| | اشتیاق به برنده شدن | ۱۶/۳۸ | ۳/۵۳ | -۰/۴۵۲ | -۰/۰۵۳ |
| | انگیزش برای کوشش در موقعیت‌های رقابت‌آمیز | ۱۱/۵۴ | ۲/۳۵ | -۰/۲۴۹ | -۰/۸۴۸ |
| | رضایت خاطر حاصل از انجام کارها به نحو احسن | ۱۰/۱۴ | ۲/۸۱ | -۰/۳۶۶ | -۰/۳۴۶ |
| | ترجیح دادن تکالیف دشوار | ۶/۳۹ | ۲/۰۹ | -۰/۲۱۵ | -۰/۸۹۹ |
| | رقابت‌جویی | ۵۲/۹۸ | ۷/۵۹ | -۰/۴۸۷ | -۰/۰۳۴ |
| هوش اخلاقی | عمل کردن مبتنی بر اصول، ارزش‌ها و باورها | ۱۲/۲۳ | ۲/۶۵ | ۰/۷۹۴ | -۰/۰۴۴ |
| | راستگویی | ۱۴/۸۰ | ۲/۲۵ | ۰/۰۵۴ | -۰/۴۷۲ |
| | استقامت و پافشاری برای حق | ۱۳/۱۸ | ۲/۹۰ | ۰/۰۶۶ | -۰/۳۶۶ |
| | وفای به عهد | ۱۳/۹۳ | ۲/۸۰ | -۰/۰۶۷ | ۰/۸۱۸ |
| | مسئولیت‌پذیری برای تصمیمات شخصی | ۱۴/۰۳ | ۳/۰۱ | -۰/۵۶۹ | -۰/۲۵۸ |
| | اقرار به اشتباهات و شکست‌ها | ۱۵/۹۴ | ۲/۸۵ | -۱/۰۸۰ | ۱/۰۶۱ |
| | قبول مسئولیت برای خدمت به دیگران | ۱۳/۹۰ | ۲/۹۴ | -۰/۳۸۳ | ۰/۱۶۲ |
| | فعالانه علاقمند بودن به دیگران | ۱۲/۱۷ | ۳/۳۲ | ۰/۱۷۵ | -۰/۲۷۷ |
| | توانایی در بخشش اشتباهات خود | ۱۴/۳۹ | ۲/۲۴ | ۰/۴۷۱ | -۰/۳۵۶ |
| | توانایی در بخشش اشتباهات دیگران | ۱۴/۰۴ | ۲/۲۴ | -۰/۱۵۹ | -۰/۴۸۶ |
| | (هوش اخلاقی) | ۱۳۸/۶۱ | ۱۳/۷۶ | -۰/۴۷۶ | ۰/۶۳۷ |
| شادن‌فروید | | ۶۱/۷۹ | ۶/۹۱ | -۰/۱۵۰ | -۰/۶۰۹ |

در جدول۱، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی، هوش اخلاقی و شادن‌فروید ارائه شده است. چون مقادیر کشیدگی و چولگی به دست آمده برای متغیرهای تحقیق در بازه ۲- الی ۲+ است؛ بنابراین توزیع متغیرهای تحقیق نرمال هستند و استفاده از آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه بلامانع است. نتایج آزمون همبستگی در جدول ۲ آمده است.

یافته‌های موجود در جدول ۲، نشان می‌دهد که صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی، هوش اخلاقی با شادن‌فروید رابطه معناداری دارد.

جهت آزمون نقش صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی، هوش اخلاقی با شادن‌فروید از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده گردید. جهت استفاده از این آزمون باید مفروضه‌های آن برقرار باشد. نخست آنکه توزیع داده‌ها باید نرمال باشند که نتیجه بررسی این مفروضه در جدول ۱، بیانگر نرمال‌بودن توزیع داده‌ها است. یکی دیگر از مفروضه‌های این آزمون، شاخص هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین است که جهت بررسی این مفروضه باید به دو شاخص تحمل واریانس[1] و VIF توجه نمود. چنانچه، شاخص تحمل واریانس در دامنه صفر تا ۱ باشد و همچنین، مقدار VIF از ۱۰ کمتر باشد می‌توان گفت که مفروضه همخطی متغیرها رعایت شده است. علاوه بر این، به منظور بررسی استقلال خطای متغیرهای پیش‌بین و ملاک باید از مقدار شاخص دوربین واتسون از ۴ کوچک‌تر باشند. نتایج حاصل از بررسی مفروضه‌های این تحلیل در جدول (۳) آمده است.

همانطور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود، شاخص‌های هم‌خطی متغیرها حد نصاب لازم را کسب مردند و مقدار شاخص دوربین - واتسون ۲/۲۷۰ و کوچک‌تر از ۴ است؛ بنابراین می‌توان گفت، مفروضه استقلال خطای متغیرهای پیش‌بین و ملاک رعایت شده و استفاده از تحلیل رگرسیون بلامانع است؛ بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه جهت بررسی نقش متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌بینی شادن‌فروید برای دانشجویان بهره برد.

نتایج موجود در جدول ۴، نشان می‌دهد که ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین (سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی) توانستند به‌گونه معناداری شادن‌فروید دانشجویان را پیش‌بینی نمایند (F=۱۸/۱۱۲؛ p<۰/۰۰۱).

**جدول ۲. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون**

| ردیف | متغیر | ۱ |
|---|---|---|
| ۱ | شادن‌فروید | ۱ |
| ۲ | خودشیفتگی | ۰/۳۷۸ |
| ۳ | ماکیاولیسم | ۰/۱۳۷ |
| ۴ | جامعه‌ستیزی | ۰/۴۰۶ |
| ۵ | هوش اخلاقی | -۰/۳۲۵ |
| ۶ | رقابت‌جویی | ۰/۲۶۰ |

**جدول۳. بررسی مفروضه‌های آماری آزمون رگرسیون چندگانه فرضیه اصلی**

| متغیر پیش‌بین | مفروضه هم‌خطی متغیرها | | مفروضه استقلال خطاها |
|---|---|---|---|
| | Collinearity statistics | | Durbin-Watson |
| | Tolerance | VIF | |
| خودشیفتگی | ۰/۵۷۱ | ۱/۷۵۲ | ۲/۲۷۰ |
| ماکیاولیسم | ۰/۷۷۷ | ۱/۲۸۸ | |
| جامعه ستیزی | ۰/۶۵۴ | ۱/۵۲۹ | |
| رقابت‌جویی | ۰/۸۳۰ | ۱/۲۰۴ | |
| هوش اخلاقی | ۰/۹۶۴ | ۱/۰۳۸ | |

**جدول ۴. تحلیل رگرسیون پیش بینی شادن‌فروید بر اساس متغیرهای مستقل**

| مدل | R | $R^2$ | $R^2$ تعدیل شده | F | معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | ۰/۵۶۴ | ۰/۳۱۸ | ۰/۳۰۱ | ۱۸/۱۱۲ | ۰/۰۰۱ |

1 . Tolerance

**جدول۵. ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین**

| متغیر ملاک | متغیرهای پیش‌بین | B | STE | B | T | Sig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| شادن‌فروید | ضریب ثابت | ۵۷/۸۳۱ | ۵/۴۰۶ | - | ۱۰/۶۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| | خودشیفتگی | ۰/۲۶۲ | ۰/۱۴۵ | ۰/۱۴۱ | ۱/۸۰۰ | ۰/۰۷۳ |
| | ماکیاولیسم | -۱/۱۰۷ | ۰/۱۲۱ | ۰/۰۶۰ | -۰/۸۸۹ | ۰/۳۷۵ |
| | جامعه‌ستیزی | ۰/۵۴۱ | ۰/۱۶۹ | ۰/۲۳۴ | ۳/۱۹۱ | ۰/۰۰۲ |
| | رقابت‌جویی | ۰/۲۳۱ | ۰/۰۵۹ | ۰/۲۵۴ | ۳/۹۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| | هوش اخلاقی | -۰/۱۳۴ | ۰/۰۳۰ | -۰/۲۶۸ | -۴/۴۳۱ | ۰/۰۰۱ |

سه‌گانه تاریک، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی در مجموع توانستند ٪۳۱ واریانس شادن‌فروید را در دانشجویان تبیین نماید ($R^2$=۰/۳۱۷ ). ضرایب رگرسیون موجود در جدول ۵، حاکی از آن هستند که هوش اخلاقی (β = -۰/۲۶۸ و p= ۰/۰۰۱<۰/۰۱) بیشترین سهم را به صورت منفی در پیش‌بینی شادن‌فروید دانشجویان به خود اختصاص داده است؛ به اندازه ۰/۲۶۸-. در ادامه، رقابت‌جویی (β = ۰/۲۵۴ و p= ۰/۰۰۱<۰/۰۱) بیشترین سهم مثبت را در پیش‌بینی شادن‌فروید دانشجویان دارد؛ همچنین، به اندازه ۰/۲۵۴. از بین صفات سه‌گانه تاریک، ویژگی جامعه‌ستیزی (β = ۰/۲۳۴ و p= ۰/۰۰۲<۰/۰۱) بیشترین نقش مثبت را در پیش‌بینی شادن‌فروید دانشجویان دارد؛ به اندازه ۰/۲۳۴ . در مقابل خودشیفتگی و ماکیاولیسم در پیش‌بینی شادن‌فروید دانشجویان سهم معناداری نداشتند (p> ۰/۰۵).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی در پیش‌بینی شادن‌فروید در دانشجویان انجام شد.

یافته نخست نشان داد که ویژگی‌های سه‌گانه تاریک شخصیت، هر سه سهم معناداری در پیش‌بینی شادن‌فروید دارند و همچنین آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که خودشیفتگی، ماکیاولیسم و جامعه‌ستیزی با شادن‌فروید رابطه مثبت دارند که این یافته با نتایج پژوهش‌های جیمز و همکاران [۵]، آبل و بریر [۲۳] و لین [۱۳] همسو می‌باشد. صفات سه‌گانه شخصیت تمایل مشترکی به سردی عاطفه، پرخاشگری و خودنمایی دارند [۵]. خودشیفتگی با سطوح بالای عزت‌نفس مشخص می‌شود [۳] و افراد خودشیفته به بازخورد دائمی از اطرافیان خود نیاز دارند تا احساس ارزشمندی خود را حفظ کنند؛ بنابراین این احتمال وجود دارد که خودشیفته‌ها از شادن‌فروید به‌عنوان یک راهبرد برای افزایش عزت‌نفس خود استفاده کنند [۵]. افراد با خصیصه ماکیاولیسمی بالا، دیدگاه منفی گسترده‌ای نسبت به دیگران دارند و دیگران را کنترل‌کننده، متخاصم، تنبیه‌کننده و مطالبه‌گر تصور می‌کنند [۲۳]. از آنجا که ماکیاولیسم با دست‌کاری و فریبکاری بسیار همراه است، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ماکیاولیسم، تجربه لذت در رابطه با بدبختی یک فرد غریبه را پررنگ‌تر می‌کند [۲۰] و افراد با ماکیاولیسم بالا این اجازه را به خود می‌دهند تا با نادیده گرفتن حقوق دیگران، اهداف خود را پیش ببرند [۱۳]. شادن‌فروید توصیف‌کننده تجربه لذت از بدبختی دیگری است و توجه به این نکته که شادن‌فروید به جای آنکه مستقیماً باعث بدبختی شود، در یک فاصله روانی تجربه می‌شود و این ویژگی در میان کسانی که انزوای عاطفی نشان می‌دهند – مشخصه اصلی ماکیاولیسم است - شایع‌تر است [۲۳]؛ بنابراین می‌توان اظهار داشت که این افراد شادن‌فروید بیشتری را تجربه می‌کنند. جامعه‌ستیزها به‌عنوان بدنهادترین گروه در نظر گرفته می‌شوند که با سطوح بالای هیجان‌طلبی، تکانش‌گری و سطوح پایین همدلی شناسایی می‌شوند [۱۳]. در افراد جامعه‌ستیز، پشیمانی وجود ندارد [۲۶،۴۷] و با توجه به ویژگی کمبود همدلی مرتبط با جامعه‌ستیزی و نقش آن در شادن‌فروید، این دو مورد به هم ارتباط دارند [۱۱]؛ بنابراین به علت کمبود همدلی و پشیمانی احتمال بیشتری وجود دارد که

این افراد، شادن‌فروید بیشتری را تجربه کنند [۵]. با توجه به اینکه همه صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، صفات نامطلوب، بی‌رحمانه و متضاد را توصیف می‌کنند، در نتیجه، این صفات عمدتاً نامطلوب در نظر گرفته می‌شوند [۱۴]. همچنین، افرادی که صفات سه‌گانه تاریک شخصیت در آن‌ها پررنگ است، ممکن است برای رسیدن به اهداف خود فقط نیازهای خود را در اولویت قرار دهند و از دست دادن دیگران را به نفع خود بدانند [۲۱]؛ بنابراین آن‌ها احساسات افرادی که این از دست‌دادن‌ها را تجربه می‌کنند، در نظر نمی‌گیرند [۵] و لذت هنگام بدبختی دیگران را که تعریف شادن‌فروید است، بیشتر تجربه می‌کنند [۷].

یافته دوم مطالعه از آزمون تحلیل رگرسیون مبین آن است که هوش اخلاقی سهم معناداری در پیش‌بینی شادن‌فروید دارد و همچنین نتیجه آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که هوش اخلاقی با شادن‌فروید در دانشجویان رابطه منفی دارد. این یافته با نتایج کارابی [۳۰] و صالح [۲۸] همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هوش اخلاقی یکی از ابعاد هوش است که می‌تواند چارچوبی را برای عملکرد صحیح انسان‌ها فراهم آورد و به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار محسوب می‌شود [۴۳]. هوش اخلاقی با صداقت، مسئولیت‌پذیری، شفقت، بخشش [۳۰] و همدلی [۴۸] رابطه تنگاتنگی دارد. بیشتر افراد از آسیب‌رساندن به یک فرد بی‌گناه احساس ناراحتی می‌کنند [۴۹]. مشاهده یک دوست در تنش و ناراحتی معمولاً پاسخ‌های همدلانه را برمی‌انگیزد، درحالی‌که درد در رقبا ممکن است باعث لذت شود [۵۰]. همان‌طور که گفته شد، تجربه لذت از بدبختی و درد دیگران، تعریف شادن‌فروید است [۱۱]؛ زیرا این هیجان واکنش به وضعیت فرد دیگر و اغلب در پی وقوع رویدادی نامطلوب برای او شکل می‌گیرد [۱۳]. هنگامی که فرد شادن‌فروید را در موقعیت‌های گوناگون تجربه می‌کند و بر این باور است که رویداد ناگواری که برای دیگری رخ داده، شایسته او بوده است [۶]؛ از این منظر شادن‌فروید و هوش اخلاقی می‌توانند از جنبه جهت‌گیری هیجانی و اخلاقی در مواجهه با بدبختی دیگران، در نقطه مقابل یکدیگر قرار گیرند. در شادن‌فروید، افراد از مشاهده بدبیاری دیگران احساس لذت می‌کنند که هیجانی با کیفیت مثبت است؛ در حالی‌که در هوش اخلاقی، افراد با توجه به اصول اخلاقی و همدلانه، از تماشای رنج دیگران رنج می‌برند که هیجانی با کیفیت منفی است [۵۱]؛ زیرا همدلی، به ظرفیت فرد برای شناسایی احساسات دیگران و تمایل به مداخله برای حل مشکلات آنان اشاره دارد، یکی از مؤلفه‌های اصلی هوش اخلاقی است [۲۸].

یکی دیگر از یافته‌های تحلیل رگرسیون پژوهش حاضر آن است که رقابت‌جویی نیز سهم معناداری در پیش‌بینی شادن‌فروید در دانشجویان داشته است و آزمون همبستگی پیرسون به رابطه مثبت این دو متغیر اشاره دارد. این یافته با نتیجه پژوهش‌های آبل و بریر [۲۳] و مایور و همکاران [۲۶] همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از دیدگاه فرانکن [۴۱]، افرادی که نیاز شدید به برنده‌شدن دارند، جهان را با دیدگاه منفی می‌نگرند، نیاز شدید به برنده‌شدن، تا حدودی ناشی از این ترس است که احساس کنند در جهانی زندگی می‌کنند که خصومت وجود دارد و تنها راه بقا برنده‌شدن یا پیروزی بر دیگری است. این افراد به‌جای آن‌که سعی کنند از طریق تخصص و تلاش به اهداف خود دست یابند، سعی می‌کنند حداکثر آنچه می‌توانند را به دست آورند تا به حدی از پیروزی و بقا برسند. این رضایت مبتنی بر یافته‌هایی که نشان می‌دهد افرادی که نیاز شدید به برنده‌شدن احساس می‌کنند، بیشتر گرایش به زورمندی و پرخاشگری دارند [۴۲]. از طرفی، هنگام شادن‌فروید، مکانیسم‌هایی در فرد برانگیخته می‌شود که از طریق آن‌ها رفتارهای پرخاشگرانه را نسبت به فرد یا گروه رقیب، گسترش می‌دهد [۵۰] به‌عبارت‌دیگر، اگر رقابت بین یک فرد و یا گروه مقابل کم باشد یا اصلاً وجود نداشته باشد، شادن‌فروید رخ نمی‌دهد، زیرا رقبا در این شرایط هیچ تهدیدی برای فرد ندارند؛ بنابراین سطح رقابت یکی از پیشروهای اصلی شادن‌فروید است؛ لذا از رابطه شادن‌فروید و رقابت‌جویی مثبت استنباط می‌شود. همچنین، باید رقابت در سطح بالایی بین گروه‌ها وجود داشته باشد. [۵۲] در نتیجه، می‌توان این‌طور اظهار کرد که رقابت‌جویی پیش‌بینی‌کننده احساس شادن‌فروید در روابط عمومی اجتماعی است [۲۳].

آزمون تحلیل رگرسیون نشان داد که هر سه ویژگی صفات سه‌گانه تاریک شخصیت، رقابت‌جویی و هوش اخلاقی سهم معناداری در پیش‌بینی شادن‌فروید دانشجویان دارند. همچنین، نتیجه آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که خودشیفتگی، ماکیاولیسم و جامعه‌ستیزی با شادن‌فروید

رابطه مثبت، رقابت‌جویی با شادن‌فروید رابطه مثبت و هوش اخلاقی با شادن‌فروید رابطه منفی دارد.

## محدودیت‌ها

پژوهش حاضر با محدودیت‌های نیز همراه بود. مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی - همبستگی است؛ بنابراین نمی‌توان یافته‌های آن را به صورت علّی تفسیر کرد. محدودیت دیگر این بود که جامعه آماری مطالعه حاضر شامل دانشجویان دانشگاه‌های شهر اردبیل بود. از آنجا که شرایط اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی می‌توانند در ادراک هیجانات مؤثر باشند؛ بنابراین در تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی و مناطق جغرافیایی باید احتیاط نمود. محدودیت سوم این پژوهش آن بود که نقش عوامل جمعیت‌شناختی، همچون سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمانی، وضعیت اقتصادی، اشتغال و وضعیت تأهل در نمونه مورد مطالعه کنترل نشد.

## پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی در ادراک هیجان کنترل شود؛ همچنین، از پژوهش‌های آزمایشی برای مطالعه عوامل تأثیرگذار بر ادراک هیجان شادن‌فروید استفاده گردد و نیز پژوهش بر روی گروه‌های سنی مختلف انجام شود.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش، اصول اخلاقی به طور کامل رعایت شده است. شرکت‌کنندگان در روند پژوهش قرار داشتند و اطلاعات آنان به‌صورت محرمانه نگهداری شد. همچنین، این امکان فراهم بود که هر لحظه که تمایل داشتند از پژوهش انصراف دهند.


### حامی مالی

این پژوهش، هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

### سپاسگزاری

پژوهشگران از تمام افرادی که ما را در امر پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را دارند


## منابع


1- Cañabate, D., Santos, M., Rodríguez, D., Serra, T., & Colomer, J. Emotional self-regulation through introjective practices in physical education. *Education Sciences*. 2020; 10(8): 208. doi:10.3390/educsci10080208

2- Chi, Y., El-Jahel, L., & Vu, T. Media emotion intensity and commodity futures pricing. *Journal of Commodity Markets*, 2025; 100460. doi:10.1016/j.jcomm.2025.100460

3- Greenier, K. D. The relationship between personality and schadenfreude in hypothetical versus live situations. *Psychological reports*. 2018; 121(3): 445-458. doi: 10.1177/0033294117745562

4- Wang, Y., Zhou, W., Zhu, J., & Su, Y. Schadenfreude or empathy? Children's emotional responses to the physical pain and pleasure of prosocial and antisocial others. *Journal of Experimental Child Psychology*. 2024; 245: 105974. doi:10.1016/j.jecp.2024.105974

5- James, S., Kavanagh, P. S., Jonason, P. K., Chonody, J. M., & Scrutton, H. E. The Dark Triad, schadenfreude, and sensational interests: Dark personalities, dark emotions, and dark behaviors. *Personality and Individual Differences*. 2014; 68: 211-216. doi: 10.1016/j.paid.2014.04.020

6- Yıldırım, F., Çakır, Z., Özdemir, S., Trout, İ. Y., Bayramoğlu, A., Ekinci, O., ... & Yılmazcan, B. Perceptions of patients and their relatives about schadenfreude towards doctors. *Heliyon*. 2024; 10(13): 1-13. https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(24)09014-5

7- Barron, A. C., Woodyatt, L., Thomas, E. F., Loh, J. E. K., & Dunning, K. Doing good or feeling good? Justice concerns predict online shaming via deservingness and schadenfreude. *Computers in Human Behavior Reports*. 2023; 11: 100317. doi:10.1016/j.chbr.2023.100317

8- Boecker, L. One group's pain is another group's pleasure: Examining schadenfreude in response to failures of football teams during the World Cup 2018. *Psychology of Sport and Exercise*. 2021; 56: 101992. doi:10.1016/j.psychsport.2021.101992

9- Kramer, T., Yucel-Aybat, O., & Lau-Gesk, L. The effect of schadenfreude on choice of conventional versus unconventional options. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*.2011; 116(1): 140-147. doi:10.1016/j.obhdp.2010.11.010

10- Watanabe, S., Weiner, D. S., & Laurent, S. M. Schadenfreude for undeserved misfortunes: The unexpected consequences of endorsing a strong belief in a just world. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2022; 101: 104336. doi:10.1016/j.jesp.2022.104336

11- Porter, S., Bhanwer, A., Woodworth, M., & Black, P. J. Soldiers of misfortune: An examination of the Dark Triad and the experience of schadenfreude. *Personality and Individual Differences*. 2014; 67: 64-68. doi:10.1016/j.paid.2013.11.014

12- Steinbeis, N. Singer, T. The effects of social comparison on social emotions and behavior during childhood: The ontogeny of envy and schadenfreude predicts developmental changes in equity-related decisions, J. Exp. *Child Psychol*. 2013; 115 (1): 198–209. doi:10.1016/j.jecp.2012.11.009

13- Lane, R. Schadenfreude, the Dark Triad, and the effect of music on emotion. Honors College Theses. 2016; 200. Available from: https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/honors-theses/200

14- Vaughan, R. S., & Madigan, D. J. The winner takes it all: The mediating role of competitive orientations in the Dark Triad and sport task performance relationship. *European Journal of Sport Science*. 2021; 21(8): 1183-1192. doi:10.1080/17461391.2020.1825822

15- Pace, U., D'Urso, G., Ruggieri, S., Schimmenti, A., & Passanisi, A. The Role of Narcissism, Hyper-Competitiveness and Maladaptive Coping Strategies on Male Adolescent Regular Gamblers: Two Mediation Models. *Journal of Gambling Studies*. 2021; 37: 571-582. doi:10.1007/s10899-020-09980

16- Abolghasemi, A., Seyyed Noori, S. Z., Zakeri, M., & Ghorbani, R. Comparison of Dark Personality Traits, Feeling of Alienation and Spiritual Well-Being in People with and without Tendency to Vandalism. *Clinical Psychology and Personality*. 2024; 22(2): 53-64. doi:10.22070/CPAP.2024.18244.1423

17- Zhang, M., Andersson, B., & Wang, F. Are competitive people less altruistic and more manipulative? Associations among subtypes of competitiveness, hypothetical altruism, and Machiavellianism. *Personality and Individual Differences*. 2021; 181: 111037. doi:10.1016/j.paid.2021.111037

18- Semenyna, S. W., Vasey, P. L., & Honey, P. L. Replicating the relationships between Dark Triad traits and female mate-competition tactics in undergraduate women. *Personality and Individual Differences*. 2019; 147: 73-78. doi:10.1016/j.paid.2019.04.028

19- Echazarra, A. Do students learn in co-operative or competitive environments (No. 107). OECD publishing. 2020.

20- Fabella, F. E. T., & Santos, C. M. The Influence of the Dark Triad of Personality Traits on the Competitiveness of Selected Educators. *International Journal of Science and Healthcare Research.* 2023; 8(2): 312-320. doi:10.52403/ijshr.20230240

21- Erzi, S. Dark Triad and schadenfreude: Mediating role of moral disengagement and relational aggression. *Personality and Individual Differences*. 2020; 157: 109827. doi:10.1016/j.paid.2020.109827

22- Greenbaum, R. L., Gray, T. W., Hill, A. D., Lima, M., Royce, S. S., & Smales, A. A. CoworkerNarcissism: Employee Emotional and Behavioral Reactions as Moderated by Bottom-line Mentality and Trait Competitiveness. *Journal of Management*. 2024; 50(4): 1295-1330. doi:10.1177/014920632211327911

23- Abell, L., & Brewer, G. Machiavellianism and schadenfreude in women's friendships. *Psychological reports*. 2018; 121(5): 909-919. doi:10.1177/0033294117741652

24- Jonason, P. K., Li, N. P., & Teicher, E. A. Who is James Bond? The Dark Triad as an agentic social style. Individual Differences Research. 2010; 8(2): 111–120. https://ink.library.smu.edu.sg/soss_research/1109/

25- Khaksar-Boldaji, M., Rafei-Borojeni, M. & Movahedi, A. The effect of the combination of competitive and non-competitive personality traits and the training environment in observational training on learning to throw darts. Motor Behavior. 2019; 11(35): 103-116. doi:10.22089/mbj.2017.4539.1533 **[In Persian]**

26- Mayor, E., Daehne, M., & Bianchi, R. The Dark Triad of personality and attitudes toward cognitive enhancement. *BMC psychology*. 2020: 8: 1-12. https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-020-00486-2

27- Namwar, J, & Azarbaijani, M. Analysis of moral intelligence and its components based on narratives. Iranian Political Sociology Monthly. 2022; 5(10): 871-887. doi:10.30510/PSI.2022.328548.3073 **[In Persian]**

28- Saleh, K. Moral intelligence and its role in formulating children characters. *Multi-Knowledge Electronic Comprehensive Journal For Education And Science Publications (MECSJ)*. 2018; 4(7): 301-313. https://www.mecsj.com/ar/uplode/images/photo/Moral_Intelligence_and_its_Role_in_Formulating_Children_Characters.pdf

29- Lennick, D., & Keil, F. K. Moral intelligence (pp. 1–7). Pearson Education, Inc. 2005.

30- Karabey, T. Reflection of nurses' moral intelligence levels on care behaviors. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022: *58*(4): 1622-1631. http:/doi.org/10.1111/ppc.12970

31- Eskandari, N., Golaghaie, F., Aghabarary, M., Dinmohammadi, M., Koohestani, H., Didehdar, M., ... & Abbasi, M. Explaining the relationship between moral intelligence and professional self-concept with the competency of nursing students in providing spiritual care to promote nursing education. *Journal of education and health promotion*. 2019: 8(1): 230. http:/doi.org/10.4103/jehp-105-19.

32- Smith, R. H., & van Dijk, W. W. Schadenfreude and gluckschmerz. *Emotion Review*. 2018; 10(4): 293-304. doi:10.1177/1754073918765657

33- Al-Adamat, A., Al-Gasawneh, J., & Al-Adamat, O. The impact of moral intelligence on green purchase intention. *Management Science Letters*. 2020: 10(9): 2063-2070. https://pdfs.semanticscholar.org/0e48/cd4812c49807c5370c1424a8e9e41b360070.pdf

34- Urbig, D., Bönte, W., Schmutzler, J., Curcio, A. F. Z., & Andonova, V. Diverging associations of dimensions of competitiveness with gender and personality. *Personality and Individual Differences*. 2021; 176: 110775. doi:10.1016/j.paid.2021.110775

35- Gorski, H., & Ranf, D. E. S tudy regarding the emotional self-awareness and emotional self-control on managers activity. In *International Conference Knowledge-based Organization*. 2019; 25(1): 230-235. http://doi.org/10.2478/kbo-2019-0037

36- Basharpour, S., Ebadi, M., & Narimani, M. The mediating role of rejection in the relationship between dark personality traits and marital distress, Quarterly *Journal of Social Work*. 2021; 10(2): 1-10. https://socialworkmag.ir/browse.php?a_id=668&sid=1&slc_lang=en. **[In Persian]**

37- Sadeghi, L. & Alizadehfard, S. Predicting bullying behavior of students based on dark triad of personality and time perspective. Journal of School Psychology and Institutions. 2022; 11(3):57-71. doi:10.22098/jsp.2022.1823 **[In Persian]**

38- Bafandeh Qaramaleki, H., & Ghaffari Shoja Z. Comparison of emotional neurotic personality and dark personality traits in successful and unsuccessful couples. *Rooyesh*. 2023; *12*(10): 69-78. https://frooyesh.ir/article-1-4792-en.html **[In Persian]**

39- Basharpour S. Personality traits: Theory and test. Tehran: Savalan; 2015. **[In Persian]**

40- Mehrizadeh Saghafi, S., Moqti, S., & Sarbi, M. Developing a structural model of entrepreneurial attitude based on the perception of family support and competitiveness. *Innovation and Creativity in Humanities*. 2022; 11(4): 111-136. https://sanad.iau.ir/Journal/ichs/Article/930563/FullText **[In Persian]**

41- Franken, R. E., & Brown, D. J. Why do people like competition? The motivation for winning, putting forth effort, improving one's performance, performing well, being instrumental, and expressing forceful/aggressive behavior. *Personality and individual differences*, 1995; 19(2): 175-184. doi:10.1016/0191-8869(95)00035-5

42- Kalantari, M., & Birak, F. Normative assessment and validation of the competitive aptitude test for female students at Hekmat Niavaran high school. *Psychometrics*. 2019; 7(28): 22-7. https://sanad.iau.ir/Journal/ps/Article/1111979 **[In Persian]**

43- Narimani, M., & Ghaffari, M. The role of moral and social intelligence in predicting resilience and quality of life of parents of children with learning disabilities. *Learning Disabilities*. 2016; 5(2): 106-128. https://jld.uma.ac.ir/article_395.html **[In Persian]**

44- Sistanipour, N., Asghari Ebrahimabad, M., Salayani, F., & Moeinizadeh, M. A study of emotional intelligence and moral intelligence in physicians. *Iranian Medical Ethics and History*, 2021; 14: 303-320. https://ijme.tums.ac.ir/article-1-6255-en.html **[In Persian]**

45- Yeganeh, Narges. Structural relationships of the Big Five personality factors with symptoms of the personality trait of altruism mediated by Shadenfroud in students. *Quarterly Journal of Applied Psychology*. 2022; 1 (61): 135-159. http://doi.org/10.52547/APSY.2021.223890.1161 **[In Persian]**

46- Yeganeh, N., Bakhshi-Pur Roudsari, A., & Mahmoud Alilu, M. Evaluating the internal structure of the Shadenfroud Severity Scale: A factor analysis study, *Clinical Psychology*. 2019; 13(3): 1-10. http://doi.org/10.22075/JCP.2021.21550.1987 **[In Persian]**

47- Abolghasemi, A., Taherifard, M., Kiamarsi, A. The Role of Self-Regulation Behaviors in Prediction of Perception of Interpersonal Reactive in the Prisoners with Antisocial Personality Disorder. *Clinical Psychology and Personality*. 2020; 17(1): 33-43. http://doi.org/10.22070/cpap.2020.2881 **[In Persian]**

48- Yaqoubi, A., Arouti Mofaqeb, A., Delfan Beiranvand, A. The basis and dependence of moral intelligence based on the culture of Nahj al-Balagha: A comparative study. *Quarterly Journal of Nahj al-Balagha Research*. 2019: 7(28): 1-21. http://doi.org/10.22084/NAHJ.2019.19065.2274 **[In Persian]**

49- Buckels, E. E., Jones, D. N., & Paulhus, D. L. Behavioral confirmation of everyday sadism. *Psychological science*. 2013; 24(11): 2201-2209. doi:10.1177/0956797613490749

50- Cikara, M., Botvinick, M. M., & Fiske, S. T. Us versus them: Social identity shapes neural responses to intergroup competition and harm. *Psychological science*. 2011; *22*(3): 306-313. doi:10.1177/0956797610397667

51- Schindler, R., Körner, A., Bauer, S., Hadji, S., & Rudolph, U. Causes and consequences of schadenfreude and sympathy: A developmental analysis. *PloS one*. 2015; 10(10): e0137669. doi: 10.1371/journal.pone.0137669

52- Cikara, M., & Fiske, S. T. Their pain, our pleasure: stereotype content and schadenfreude. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2013; *1299*(1): 52-59. http://doi.org/10.1111/nyas.12179

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۹۰-۷۳**
DOI: 10.22070/cpap.2025.20276.1688

**مقاله پژوهشی**

# ارزیابی مدل ساختاری نشانگان وسواسی جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه

**نویسندگان**

**سیف‌الله آقاجانی [۱]، محمد زارعی نوروزی [۲*]، شایان نوری لاسکی [۳]، محدثه مرادی [۴]**

۱. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
sf_aghajani@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای ویژه، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. shayannoori60@gmail.com

۴. دانشجوی کارشناسی علوم تربیتی ، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، خوزستان، ایران. moradimohaddeseh1@gmail.com

**چکیده**

**مقدمه:** نشانگان وسواسی جبری، یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است که با افکار مزاحم، تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده و تردیدهای مداوم همراه بوده است و سلامت افراد در جنبه‌های مختلف را با آسیب‌های جدی مواجه می‌سازد. به‌همین سبب، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مدل ساختاری نشانگان وسواسی جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر از نظر روش‌شناسی، توصیفی‌همبستگی از نوع معادلات ساختاری است که طی آن، از بین تمام دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴، تعداد ۳۱۲ نفر به‌شکل در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل سیاهه نشانگان وسواسی جبری (PI_WSUR)؛ پرسش‌نامه‌های تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ) و آمیختگی شناختی (CFQ) و مقیاس‌های تحمل ابهام (MSTATS) و ترس از گناه (FOGS) بودند. تحلیل اطلاعات به دست آمده در سطح توصیفی، با استفاده از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری، به‌کمک نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS-24 انجام شد.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که مدل مفهومی، از برازندگی مطلوبی برخوردار بوده است ($\chi2/df$=۳/۱ ، RMSEA =۰/۰۸ ، SRMR =۰/۰۷، GFI =۰/۹۱، AGFI =۰/۹۰، CFI = ۰/۹۱) و ترس از گناه در رابطه هم‌جوشی شناختی ($\beta$=۰/۱۶ و $p<$۰/۰۱) و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی جبری، نقش واسطه‌ای معناداری را ایفا می‌کند ($\beta$=-۰/۰۸ و $p<$۰/۰۵)، اما در رابطه با تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای ندارد ($\beta$=۰/۰۳ و $p>$۰/۰۵).

**بحث و نتیجه‌گیری:** مطابق با نتایج این پژوهش، می‌توان تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و ترس از گناه را به عنوان اصلی‌ترین عوامل بروز نشانگان وسواسی جبری نام برد و از آن‌ها برای طراحی پروتکل‌های آموزشی - درمانی استفاده نمود.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۱/۰۶

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۴/۰۸/۱۹

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

وسواس فکری - عملی، ترومای کودکی، آمیختگی شناختی، تحمل ابهام، احساس گناه

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

zareinouroozi.m@edu.ui.ac.ir
m.zareiii.n.1997@gmail.com

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۹۰-۷۳
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 73-90

## مقدمه

یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی، اختلال وسواسی جبری (OCD[1]) است که اغلب با وجود افکار مزاحم، با تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده و تردیدهای مداوم همراه است و عمیقاً سلامت جسمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی افراد را با آسیب‌های جدی مواجه می‌سازد [۱]. بر اساس پنجمین ویرایش کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2](DSM-5)، این اختلال به عنوان الگویی از علائم شناختی و رفتاری تعریف شده است که با اشتغال بیش از حد به نظم و ترتیب، کمال‌گرایی و نیاز به کنترل بر حوزه‌های مختلف زندگی شخصی و بین فردی مشخص می‌شود [۲]. این وضعیت عمدتاً به‌صورت وسواس‌های فکری، رفتارهای اجبارگونه یا ترکیبی از هر دو ابراز می‌گردد. وسواس به افکار، امیال یا تصاویر مزاحم و ناخواسته‌ای اشاره دارد که به‌طور مکرر رخ می‌دهند، درحالی‌که رفتارهای اجبارگونه شامل اعمال یا فرآیندهای تکراری هستند که فرد احساس می‌کند در واکنش به یک وسواس و مطابق با دستورالعمل‌های دقیق (و به‌منظور کاهش تنش و اضطراب وسواس‌ها) باید به دقت آن‌ها را انجام دهد [۳].

وسواس‌ها و رفتارهای اجبارگونه ناشی از این اختلال عمدتاً در سنین نوجوانی آغاز می‌شوند [۴]، اما با این حال، پژوهش‌های مختلف دوران رشد و اوج‌گیری این اختلال را در دو مقطع زمانی دانسته‌اند که یک اوج آن در سنین ۱۲ تا ۱۴ سالگی و دیگری در سنین ۲۰ تا ۲۲ سالگی است [۵]، شرایطی که موجب شیوع قابل توجه این اختلال شده است به‌طوری‌که نتایج پژوهش‌های هوآنگ[3] و همکاران [۶] نشان داده است، شیوع وسواس در طول عمر و شیوع یک سالهٔ آن حدود ۴/۲ تا ۶/۱ درصد می‌باشد. همچنین، این مسئله موجب افزایش احتمال بروز پیامدهای آسیب‌زای مختلف برای افراد درگیر شده است که در همین زمینه، پژوهش‌های صورت گرفته بر ارتباط معنادار این اختلال با پیامدهای جدی نظیر گرایش به خودجرحی[4] [۷]، ایده‌پردازی خودکشی[5] [۸]، اختلال افسردگی[6] [۹]، اضطراب اجتماعی[7] [۱۰] و اختلال‌های شخصیت[8] [۱۱] تأکید داشته‌اند.

شیوع قابل ملاحظه اختلال وسواسی جبری مخصوصاً دورهٔ اوج دوم آن که با دوران دانشجویی و فشارهای مختلف آن هم‌زمان است در کنار پیامدهای آسیب‌زای این اختلال، شناسایی عوامل مرتبط با این وضعیت را ضروری می‌سازد. طی دو دهه اخیر، تلاش‌های بسیاری در جهت بررسی و تبیین عناصر مرتبط با این اختلال صورت گرفته و هر کدام از این تلاش‌های پژوهشی موجب شناسایی عوامل بسیاری شده است که یکی از مهم‌ترین این عوامل را دوران کودکی و مخصوصاً تجربهٔ اتفاقات آسیب‌زا در این دوران نامیده‌اند [۱۲، ۱۳، ۱۴]، زیرا در سال‌های اولیه رشد، کودکان نسبت به محیط اطراف خودآگاهی و حساسیت بسیار بالایی را نشان می‌دهند، آن‌ها عمدتاً اطلاعات محیطی را به‌طور فعال جذب و تفسیر کرده و به شکل مداوم ادراک و تصور خود را از ماهیت خود، روابط با دیگران و جهان پیرامون‌شان می‌سازند [۱۵]؛ بنابراین بروز هر نوع تجربهٔ آسیب‌زا در این سنین می‌تواند از طریق ایجاد افکار و باورهای ناکارآمد، زمینه شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی مختلفی را فراهم سازد، به شکلی که ریشهٔ اختلال‌های روان‌شناختی مختلف در دوران بزرگسالی را به سنین کودکی ربط می‌دهند [۱۶].

دوران کودکی و تجارب آسیب‌زای اولیه ناشی از آن، مفهومی است که نخستین بار در سال ۱۹۸۸ م. توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات‌متحده[9] مطرح شد. این اصطلاح توصیف کنندهٔ اشکال مختلف کودک‌آزاری است که عمدتاً در طول دوران رشد و قبل از سنین ۱۸ سالگی رخ داده و به دو دسته اصلی نیز تقسیم‌بندی می‌شوند: سوءاستفاده (فیزیکی، عاطفی و جنسی) و غفلت (عاطفی و فیزیکی) [۱۷]. تجربیاتی که می‌توانند از طریق بروز اخلال در روند طبیعی رشد کودک زمینه بروز آسیب‌ها و پیامدهای مختلف جسمانی، روان‌شناختی، عاطفی و اجتماعی را در بزرگسالی ایجاد نمایند. در همین مورد طی پژوهش‌های نوروزی و نجفی [۱۸] که بر روی ۳۶۳ نفر از جامعه عمومی شهر سمنان انجام شده بود، این نتیجه حاصل آمد که تجارب آسیب‌زای کودکی اثر قابل توجهی را

1. Obsessive-Compulsive Disorder
2. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
3. Huang
4. Self-Injury
5. Suicidal Ideation
6. Depressive Disorder
7. Social Anxiety
8. Personality Disorders
9. Centers for Disease Control and Prevention

بر بروز نشانگان وسواسی جبری دارند.

اختلال وسواسی جبری علاوه بر تجارب آسیب‌زای کودکی از فاکتورهای شناختی مخصوصاً تحریف‌های شناختی نیز اثر می‌پذیرد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها سازه هم‌جوشی شناختی[1] است [۱۹، ۲۰، ۲۱]. هم‌جوشی شناختی مفهومی است که ریشه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[2] (ACT) داشته و زمانی به وجود می‌آید که فرد به‌صورت افراطی به افکار خود وابسته شده و توانایی جداسازی افکار خود را از واقعیت از دست می‌دهد. در چنین مواردی، افکار به‌عنوان حقایقی مطلق در نظر گرفته می‌شود و فرد به‌طور کامل تحت‌تأثیر آن‌ها قرار می‌گیرد حالتی که طی آن فرد توان تمایز قائل شدن بین تجارب واقعی و برداشت‌ها یا افکار خود را به‌طور کامل از دست می‌دهد [۲۲].

سازه هم‌جوشی شناختی، دارای عناصر مختلفی بوده که یکی از کلیدی‌ترین آن‌ها افزایش واکنش‌پذیری هیجانی[3] است، مفهومی که به درگیری شدید با هیجانات و به تبع آن بروز واکنش‌های تکانشی یا غیرمنطقی به موقعیت‌های هیجانی اشاره دارد. در افراد با سطوح بالاتر هم‌جوشی شناختی، اغلب واکنش‌های هیجانی نامتناسب با موقعیت مشاهده می‌شود که می‌تواند موجب اخلال در روند عادی زندگی روزمره آن‌ها گردد [۲۳]. یکی دیگر از عناصر اصلی این سازه کاهش سطوح خودآگاهی[4] است که طی آن این افراد چنان در باورها و افکار خود گرفتار می‌شوند که ارزش‌های شخصی، امیال، آرزوها و نیز هدف اصلی زندگی و رفتارهای خود را از دست می‌دهند، وضعیتی که مانع از بروز رفتارهای سالم و برعکس افزایش احتمال شکل‌گیری رفتارهای پرخطر در شخص می‌گردد [۲۴]. این دو عنصر کلیدی هم‌جوشی شناختی، در ترکیب با یکدیگر، آسیب‌پذیری فرد را در برابر چالش‌ها و مسائل مختلف افزایش می‌دهند به نحوی که پژوهش‌های صورت گرفته بر نقش معنی‌دار هم‌جوشی شناختی و عناصر مختلف آن بر بروز نشانگان وسواسی جبری تأکید داشته‌اند [۲۱، ۲۵].

نشانگان وسواسی جبری، هم‌چون دیگر پدیده‌های علوم رفتاری، یک مفهوم تک عاملی نیست که صرفاً از تجارب آسیب‌زای کودکی یا هم‌جوشی شناختی اثرپذیر باشد، بلکه یک سازه پیچیده و درهم‌تنیده است که تحت‌تأثیر عوامل دیگری نیز قرار می‌گیرد. یکی دیگر از این عوامل اثرگذار مفهوم تحمل ابهام[5] است [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹]. در ادبیات روان‌شناسی تحمل ابهام یک ویژگی شخصیتی است که ظرفیت فرد را برای پردازش و پاسخ به اطلاعات و محرک‌های مبهم یا غیرقطعی توصیف می‌کند [۳۰]. به عبارت بهتر این ساختار بیانگر نحوه پاسخگویی یا سازگاری افراد در محیط‌هایی است که در آن اطلاعات ناقص، مبهم یا متناقض وجود دارد. سازگاری در برابر اطلاعات مبهم و توانایی تحمل یا پردازش آن‌ها توانمندی پذیرفتن عدم قطعیت به عنوان یک بخش عادی از زندگی روزمره است؛ یعنی توانایی زندگی کردن با یک مجموعه اطلاعات ناقص و تمایل به انجام فعالیت‌هایی که فرد نمی‌داند در پس انجام آن‌ها موفق خواهد شد یا نه [۳۱]. به عقده مک‌لین [۳۲] برخورداری از سطوح بالاتر تحمل ابهام موجب عملکرد بهتر در موقعیت‌های جدید و پیچیده خواهد شد، این در حالی است که عدم تحمل ابهام، موجب بروز واکنش‌های اضطرابی و به تبع آن اجتناب از موقعیت‌های جدید می‌شود؛ مسئله‌ای که عدم درمان آن با بروز اختلال‌های اضطرابی [۳۳]؛ افسردگی [۳۴] و مخصوصاً اختلال وسواسی جبری [۲۸] مرتبط است. در همین زمینه، طی پژوهش داودیان و همکاران [۲۶] که بر روی ۲۲۰ نفر از بیماران دیابتی شهر کرمانشاه انجام شده بود، این نتیجه حاصل آمد که بین عدم تحمل ابهام با بروز نشانگان وسواسی جبری رابطه مستقیم معناداری مشاهده می‌شود، زیرا این‌گونه به نظر می‌رسد که ناتوانی در پذیرش و سازگاری در موقعیت‌های مبهم اغلب تنش‌های قابل توجهی را برای فرد به وجود می‌آورد و باعث می‌شود فرد برای کاهش تنش‌ها و اضطراب‌های ایجاد شده به انجام مراسم‌های تکراری یا اعمال ذهنی به عنوان راهی برای کسب مجدد آرامش روی آورد.

تحمل ابهام، هم‌جوشی شناختی و تجارب آسیب‌زای کودکی از مهم‌ترین عواملی هستند که اثر مستقیم آن‌ها بر بروز نشانگان وسواسی جبری مورد بررسی قرار گرفته است؛ اما با این حال، این عوامل به‌صورت غیرمستقیم و از طریق

1.Cognitive Fusion
2. Acceptance and Commitment Therapy
3. Emotionalreactivity
4. Self-Awareness

5. Tolerance of Ambiguity

نقش واسطه‌ای عناصر دیگر می‌توانند بر بروز نشانگان وسواسی جبری اثرگذار باشند؛ مسئله‌ای که در پژوهش‌های اندکی به آن پرداخته شده و موجب ایجاد شکاف‌های پژوهشی جدی شده است. به همین واسطه، یکی از عواملی که به دلیل اثرپذیری از تجارب آسیب‌زای کودکی [۳۵]؛ هم‌جوشی شناختی [۳۶] و تحمل ابهام [۳۷] و نیز اثرگذاری آن بر نشانگان وسواسی جبری [۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱]، نقش واسطه‌ای آن مورد توجه پژوهشگران بوده است، مسئله ترس از گناه[1] است.

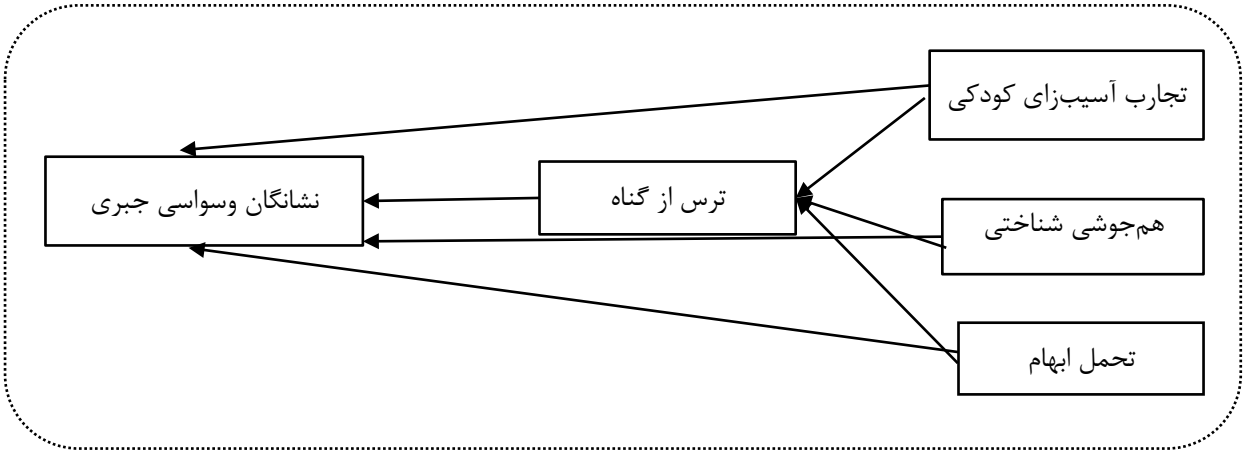
در همین زمینه، نتایج پژوهش ووجیک و همکاران[2] [۳۵]، نشان داد که تجارب آسیب‌زای کودکی ضمن اثرگذاری و تضعیف رشد هیجانی و اخلاقی کودک، موجب شکل‌گیری الگوهای شناختی ناسازگارانه می‌گردند. این تجارب، جهان را به محیطی پرتهدید و غیرقابل اعتماد تبدیل کرده و از این طریق موجب درونی‌سازی افکار تحریف شده احساس گناه می‌شوند، زیرا کودکان به طور طبیعی تمایل دارند که علت وقایع منفی اطراف خود را به خودشان نسبت دهند؛ بنابراین یک کودک قربانی ممکن است به این باور برسد که «به دلیل بد بودنش» مورد آزار قرار گرفته است. این درونی‌سازی تقصیر، یک ترس از گناه عمیق و پایدار را ایجاد می‌کند؛ ترسی از این که مبادا ذاتاً ناقص یا بد باشد و هر عمل یا فکری بتواند گناهکار بودنش را اثبات کند. این ترس، تنها یک هیجان گذرا نیست، بلکه به یک چارچوب شناختی - هیجانی تبدیل می‌شود که از طریق آن، فرد جهان و خودش را تفسیر می‌کند. این تفسیر می‌تواند در بلندمدت اثرات به سزایی را برای کودک داشته باشد.

علاوه بر آن همجوشی شناختی نیز با القای باور به قطعی بودن افکار، منجر به تفسیری فاجعه‌آمیز از این افکار می‌گردند. در این فرآیند، فرد محتوای افکار را معادل عمل واقعی پنداشته و به شکل مداوم پیامدهای اخلاقی آن مانند احساس گناه یا شرمندگی را پیش‌بینی می‌کند. در چنین شرایطی وقتی فرد با یک فکر ناخواسته، تهاجمی یا غیراخلاقی (مثلاً «مبادا به کسی آسیب برسانم») درگیر می‌شود، صرف حضور آن فکر در ذهنش را دلیلی بر گناهکاری خود می‌پندارد. این فرآیند، یک ترس از گناه بنیادین را به وجود می‌آورد؛ ترسی که نه ناشی از یک عمل عینی، بلکه تنها محصول وجود یک فکر است. در نتیجه، هم‌جوشی شناختی به عنوان یک متغیر مستقل، مکانیسمی را ایجاد می‌کند که در آن، افکار به خودی خود و بدون نیاز به عمل بیرونی، می‌توانند موجب شکل‌گیری ترس از گناه را ایجاد کنند. این ترس از گناه نیز به نوبه خود می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری رفتارهای اجبارگونه با هدف جلوگیری از بروز احساس گناه را فراهم آورد [۳۶]. همچنین، تحمل ابهام پایین نیز به عنوان یک سازه‌ی شناختی - هیجانی، موجب می‌شود تا موقعیت‌های فاقد قطعیت عینی، به‌صورت تهدیدآمیز تفسیر گردند. هنگامی که این سوگیری تفسیری در حیطهٔ ارزش‌ها و هنجارهای اخلاقی فرد باشد، این حالت به شکل ترس از انجام اشتباه، خطا و به تبع آن شکل‌گیری حس گناه پدیدار می‌شود. در چنین شرایطی فرد در یک حالت هوشیاری افراطی و نگرانی مداوم به سر می‌برد. حالتی مبنی بر اینکه ممکن است عملی (یا حتی فکری) مرتکب شده باشد که ناقض استانداردهای اخلاقی است؛ و از آنجایی که ماهیت این موقعیت‌ها فاقد شواهد قطعی برای رد یا تأیید این نگرانی است، فرد قادر به ارزیابی واقع‌بینانهٔ وضعیت نبوده و در نتیجه، این ابهام به خودی خود موجب بروز احساس گناه شدیدی در فرد می‌شود؛ بنابراین چرخه‌ای معیوب شکل می‌گیرد که در آن تحمل پایین ابهام، ترس از گناه را برمی‌انگیزد و این ترس نیز به نوبهٔ خود، حساسیت به ابهام را تشدید کرده و به تداوم و تشدید پریشانی هیجانی منجر می‌گردد و از این طریق می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را در برابر مشکلات مختلف، مخصوصاً نشانگان وسواسی افزایش دهد [۳۷].

بنا به تعاریف موجود، احساس گناه، حالتی عاطفی و به معنای مقصر دانستن خود در بروز وقایع تلخ تعریف شده است [۴۲]. این احساس نه تنها به‌واسطهٔ رعایت نکردن معیارهای اخلاقی، مذهبی، فرهنگی و خانوادگی، بلکه به دلیل ناتوانی فرد در انجام یک مسئولیت یا انجام یک کار اشتباه نیز ایجاد می‌شود [۴۳]. حالات شدید احساس گناه و خودسرزنش‌گری می‌تواند تنش و پریشانی قابل توجهی را برای فرد ایجاد نماید، مسئله‌ای که موجب بروز ترس از گناه می‌شود. ترس از گناه نیز پدیده‌ای روانی است که با ترس شدید از ارتکاب اعمال گناه یا نقض اصول مذهبی و اخلاقی مشخص می‌شود [۴۴]. حالات شدید این احساس می‌تواند

1. Fear oof Guilt
2. Wojcik et al

در بروز اختلال‌های اضطرابی [۴۵] و وسواسی جبری [۴۰] اثرگذار باشد. به‌صورتی که در طی سالیان اخیر و در پژوهش‌های متعدد پیرامون نشانگان وسواسی جبری به این مسئله پرداخته شده است که احساس گناه و ترس ناشی از آن عامل هیجانی اصلی در بروز علائم مربوط به این اختلال است.




**نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش**

شواهد بالینی و پژوهشی مختلف حکایت از آن دارد که افراد دارای این اختلال، ترس از گناه بسیار زیادی را تجربه کرده‌اند و به‌صورت دائمی و افراطی برای جلوگیری از احساس گناه تلاش می‌کنند [۴۶]. در همین زمینه و بر اساس مدل مانچینی[1] [۴۷] تجربیات منفی اولیه ممکن است حساسیت کودک را نسبت به محتوای شناختی و عاطفی خاص مرتبط با اختلال وسواسی - جبری شکل داده و چنانچه ذهنیت والد در وی شکل گیرد، منجر به فعال شدن احساسات خاصی از جمله احساس گناه می‌گردد؛ بنابراین ترس از گناه به عنوان یک عنصر اثرگذار می‌تواند در بروز و نیز تداوم نشانگان وسواس نقش داشته و افراد را مستعد این اختلال سازد [۴۱].

به‌طور کلی نشانگان وسواسی جبری یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌پزشکی است که به‌عنوان وجود وسواس یا اجبار در قالب افکار، تصاویر ذهنی و یا رفتارهای تکراری و مداوم تعریف شده است و می‌تواند منجر به بروز اخلال در جنبه‌های مختلف زندگی تحصیلی، حرفه‌ای و اجتماعی فرد شود. طبق اطلاعات موجود، دوره اوج دوم این نشانگان، در سنین ۲۰ تا ۲۲ سالگی - همزمان با دوران دانشجویی فرد = است. همزمانی این دوره با دشواری‌ها و مشکلات زندگی دانشجویی موجب گستردگی این مسئله در دانشجویان شده است. پیامدهای آسیب‌زای این مسئله، در کنار حساسیت دوران دانشجویی، انجام پژوهش بیشتر در این زمینه را با هدف شناسایی عوامل خطر، توسعه راهبردهای پیشگیری، تدوین مداخلات و درمان‌های مختلف را ضروری ساخته است. از طرفی، با توجه به فقدان پژوهش‌های دقیق، بررسی اثر تحمل ابهام بر نشانگان وسواسی جبری و نیز تعیین نقش میانجی احساس ترس از گناه بر بروز این نشانگان، از شکاف جدی پژوهشی محسوب می‌شود که پژوهش حاضر به دنبال بررسی بیشتر آن بود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این پرسش انجام شد که آیا مدل ساختاری نشانگان وسواسی - جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه، دارای برازش مناسبی است؟

## روش

### نوع پژوهش

این مطالعه از نقطه نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش پژوهشی نیز توصیفی‌هم‌بستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود.

### آزمودنی

جامعه هدف این مطالعه را تمام دانشجویان دختر و پسر

1. Mancini

دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل می‌دادند. در برخی از مطالعات حجم نمونه مناسب برای پژوهش‌های معادلات ساختاری را حداقل ۲۰۰ نفر و در برخی دیگر از مطالعات به‌ازای هر پارامتر حداقل ۵ و در حالت مطلوب ۲۰ نفر در نظر گرفته‌اند [۴۸]، اما در پژوهش حاضر باتوجه به احتمال وجود پرسش‌نامه‌های مخدوش و به‌منظور افزایش شانس تعمیم‌پذیری یافته‌های احتمالی، ۳۲۰ نفر از دانشجویان به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند که پس از حذف ۸ پرسش‌نامه غیرمعتبر، تعداد نهایی به ۳۱۲ نفر کاهش یافت.

## ابزارهای پژوهش

### الف. سیاهه نشانگان وسواسی جبری (اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن) (PI_WSUR)[1]

این سیاهه در ۶۰ گویه طی سال ۱۹۸۸ م. توسط ساناویو[2] تدوین شد. سپس در سال ۱۹۹۶م. توسط برنز[3] و همکاران [۴۹] مورد بازنگری قرار گرفت که در آن نسخه نهایی ۳۹ عبارتی با عنوان سیاهه نشانگان وسواسی جبری (اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن) مهیا شد. این ابزار خودگزارشی، نشانگان مختلف اختلال وسواسی جبری را بر اساس ۸ خرده مقیاس اصلی وسواس‌های آلودگی (گویه‌های ۱ و ۲ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰)، اجبارهای شست‌وشو (۳ و ۴ و ۵ و ۶)، اجبارهای نظم و ترتیب (۱۱، ۱۲ و ۱۳)، اجبارهای وارسی (۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳)، افکار وسواسی آسیب به خود و دیگران (۲۴ و ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۳۰)، افکار وسواسی خشونت (۲۸ و ۲۹)، تکانه‌های وسواسی آسیب به خود و دیگران (۳۱ و ۳۲ و ۳۳ و ۳۴ و ۳۵ و ۳۶ و ۳۹)؛ تکانه‌های وسواسی دزدی (۳۷ و ۳۸) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که هر گویه بر اساس یک طیف لیکرتی از به‌هیچ‌وجه (نمره ۰) تا خیلی زیاد (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود.

در پژوهش‌های برنز و همکاران [۴۹]، روایی این ابزار از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بررسی و تأیید شد و پایایی آن نیز به دو روش باز آزمایی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۹۰ به دست آمد. در ایران نیز در مطالعات شمس و همکاران [۵۰]، روایی ملاکی این ابزار از طریق همبسته کردن با دو پرسش‌نامه وسواسی جبری و وسواسی مادزلی به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۵۸ به دست آمد و پایایی آن نیز به روش‌های باز آزمایی، دو نیمه کردن و همسانی درونی به ترتیب ۰/۷۷؛ ۰/۹۵ و ۰/۹۲ به دست آمد. در این پژوهش نیز پایایی همسانی درونی این سیاهه در سطح ۰/۸۸ محاسبه شد.

### ب. تجارب آسیب‌زای کودکی (CTQ)[4]

برنستاین[5] و همکاران در سال ۲۰۰۳م. پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی را برای سنجش بدرفتاری‌ها و تجارب آسیب‌زای دوران کودکی تدوین نمودند [۱۷]. این پرسش‌نامه، دارای ۲۸ عبارت بوده و تجارب آسیب‌زای کودکی را بر مبنای پنج مؤلفه آزار و اذیت عاطفی (پرسش‌های ۲۵، ۱۸، ۱۴، ۸ و ۳)، اذیت جنسی (پرسش‌های ۲۷، ۲۴، ۲۳، ۲۱ و ۲۰)، آزار جسمانی (پرسش‌های ۱۷، ۱۵، ۱۲، ۱۱ و ۹)، غفلت جسمانی (پرسش‌های ۲۶، ۶، ۴، ۲ و ۱) و غفلت عاطفی (پرسش‌های ۲۸، ۱۹، ۱۳، ۷ و ۵) مورد سنجش قرار می‌دهد. البته پرسش‌های ۲۲، ۱۶ و ۱۰ متعلق به هیچ مؤلفه‌ای نبوده و برای افرادی به‌کار می‌رود که قصد انکار تجارب دردناک کودکی خود را دارند، علاوه بر آن پرسش‌های ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر مبنای یک پیوستار پنج‌درجه‌ای هرگز (۱)، به‌ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) و همیشه (۵) انجام می‌گیرد. برنستاین و همکاران [۱۷] پایایی این پرسش‌نامه را به شیوه باز آزمایی و همسانی درونی بررسی و در سطح بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ مطلوب گزارش نمودند. به‌علاوه روایی هم‌زمان آن نیز با درجه‌بندی درمانگران از میزان وقایع آسیب‌زای کودکی، بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد. در ایران نیز ابراهیمی و همکاران [۵۱] در پژوهشی ضمن ترجمه و هنجاریابی این پرسش‌نامه روایی آن را مطلوب و پایایی آن را نیز به روش همسانی درونی بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش نمودند. در این مطالعه نیز پایایی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ بررسی و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۱ گزارش شد.

1 . Padua Inventory-Washington State University Revision
2. Sanavio
3. Burns
4 . Childhood Trauma Questionnaire
5. Bernstein

**ج. آمیختگی شناختی (CFQ)[1]**

پرسش‌نامه آمیختگی شناختی، یک ابزار خودگزارشی ۱۲ ماده‌ای است که در سال ۲۰۱۴ م. و بر اساس اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) توسط گیلندرز و همکاران تدوین و توسعه یافته است [۲۲]. این ابزار دو خرده مقیاس اصلی هم‌جوشی شناختی (۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و گسلش شناختی (۱، ۲ و ۹) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که در این پژوهش گویه‌های مربوط به هم‌جوشی شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. هر آیتم در یک طیف ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره در این پرسش‌نامه برابر ۹ و بیشترین نمره برابر ۶۳ خواهد بود و نمرات بالاتر بیانگر آمیختگی شناختی بیشتر خواهد بود. CFQ ویژگی‌های روان‌سنجی قوی را در مطالعات و پژوهش‌های متعدد نشان داده است. اعتبار سنجی پژوهش‌های گیلندرز و همکاران [۲۲] نشان داد که CFQ دارای ساختار عاملی تک بعدی، سازگاری درونی عالی و اعتبار همگرا و واگرا مناسبی است. طی این پژوهش‌ها، روایی این پرسش‌نامه از طریق هم‌بسته کردن پرسش‌های این پرسش‌نامه با ابزارهای باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی، پذیرش و عمل و اضطراب در تعامل اجتماعی (هم‌بستگی مثبت) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (هم‌بستگی منفی) بررسی و تأیید شد. هم‌چنین پایایی این پرسش‌نامه به روش باز آزمایی در فاصله زمانی ۴ هفته برابر با ۰/۸۰ و آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۹۳ به‌دست آمد. هم‌چنین CFQ در نسخه‌های اسپانیایی، کاتالان، چینی، ایتالیایی، هلندی، فارسی، ترکی، لهستانی و یونانی تأیید شده است و از ارتباط بین فرهنگی آن پشتیبانی می‌کند. در ایران نیز در پژوهش‌های اکبری و همکاران [۵۲]، این پرسش‌نامه ترجمه و هنجاریابی شد. در آن مطالعه، روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه مورد تأیید و پایایی باز آزمایی این پرسش‌نامه در فاصله زمانی ۵ هفته، ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۱ گزارش شد. در این مطالعه نیز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۸ به دست آمد.

**د. مقیاس تحمل ابهام (محرک چندگانه) (MSTATS)[2]**

مقیاس تک عاملی تحمل ابهام در سال ۱۹۹۳ م. توسط مک لین تدوین شد [۳۲]. این مقیاس دارای ۱۳ گویه است که بر اساس یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود که طی آن کمترین نمره برابر با ۱۳ و بیشترین نمره نیز برابر با ۶۵ خواهد بود. هرچه نمره آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد بیانگر تحمل ابهام بالاتر در وی می‌باشد. مک لین [۳۲] روایی همگرای این مقیاس را از طریق هم‌بسته کردن آن با مقیاس ۱۶ ماده‌ای بودنر (۰/۶۰)، مقیاس ۸ ماده‌ای استوری و آلداک (۰/۷۱) و مقیاس ۵۱ ماده‌ای مک دونالد (۰/۵۸) بررسی و مطلوب گزارش نمود و پایایی همسانی درونی آن را نیز در سطح ۰/۸۲ گزارش نمود. در ایران نیز رادمهر و کرمی [۵۳] در پژوهشی، روایی این مقیاس را از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی فریستون (IUS[3]) ۰/۶۸ و پایایی آلفای کرونباخ آن را نیز ۰/۸۵ گزارش نمودند. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

**ه. مقیاس ترس از گناه (FOGS)[4]**

مقیاس ترس از گناه، در سال ۲۰۱۶ م. توسط چیانگ و همکاران در کشور کانادا تدوین شد [۴۲]. فرم اصلی این مقیاس دارای ۴۹ عبارت و فرم کوتاه آن ۱۷ عبارتی است که در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده شد. این مقیاس دارای دو مؤلفه اصلی تنبیه (عبارت‌های ۱ تا ۷) و ممانعت از آسیب (عبارت‌های ۸ تا ۱۷) می‌باشد که بر مبنای یک طیف لیکرتی ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۰) تا کاملاً موافقم (نمره ۶) نمره‌گذاری می‌شود که طی آن کمترین نمره برابر با ۰ و بیشترین نمره برابر با ۱۰۲ می‌باشد. چیانگ و همکاران [۴۲] در پژوهشی، مقیاس ترس از گناه را با پرسش‌نامه باورهای وسواسی در ۳۶۶ نفر از دانشجویان دانشگاه واترلو در کانادا مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که همبستگی زیر مقیاس پیشگیری از آسیب در مقیاس ترس از گناه با نمره کل پرسش‌نامه باورهای وسواسی ۰/۵۶ و همبستگی زیر مقیاس تنبیه با نمره کل پرسش‌نامه باورهای وسواسی ۰/۶۴ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۰ محاسبه شد. در ایران نیز جمالی و

1 . Cognitive Fusion Questionnaire
2 . Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale
3. Intolerance of Uncertainty Scale
4 . Fear of Guilt Scale

همکاران [۵۴] در پژوهش خود، ضمن ترجمه، هنجاریابی این مقیاس را بر روی ۲۵۰ نفر از دانشجویان ۱۸ تا ۳۵ سال دانشگاه شهید چمران اهواز انجام دادند. در مطالعات آن‌ها روایی همگرای این مقیاس با پرسش‌نامه باورهای وسواسی مورد بررسی قرار گرفت که طی آن هم‌بستگی خرده مقیاس ممانعت از آسیب و تنبیه با نمره کل باورهای وسواسی به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۵۲ به دست آمد. برای بررسی پایایی نیز از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و نمره کل این مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۰ به دست آمد. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت و نمره کل آن برابر با ۰/۸۹ و خرده مقیاس‌های آن ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آمد.

## شیوه انجام پژوهش

فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا پرسش‌نامه‌های مربوطه در گوگل فرم تدوین شد، سپس به طور مستقیم به کتابخانه و دانشکده‌های دانشگاه محقق اردبیلی مراجعه و از طریق صحبت مستقیم با دانشجویان و نیز پس از ارائه توضیحات مربوط به اهداف پژوهش، از دانشجویان تقاضا گردید تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. علاوه بر آن، از طریق دانشجویان، به گروه‌های دانشجویی آن‌ها در فضای مجازی دسترسی یافته و از طریق شبکه‌های اجتماعی تلگرام و ایتا، در گروه‌های دانشجویی مختلف نیز اقدام به توزیع پرسش‌نامه شد. در این پژوهش، ملاک‌های ورود شامل: دانشجوی دانشگاه محقق اردبیلی، رضایت و تمایل به حضور در مطالعه، داشتن زمان کافی برای تکمیل پرسش‌ها، دسترسی به اینترنت و شبکه‌های مجازی (ایتا و تلگرام) و ملاک خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسش‌نامه (عدم پاسخگویی به بیش از ۱۰ پرسش) و نداشتن توجه دقیق به پرسش‌ها و انتخاب یک پاسخ برای تمام پرسش‌نامه بود. همچنین، در این مطالعه امکان دسترسی داوطلبان به نتایج پرسش‌نامه، رعایت اصل رازداری و امانت‌داری به‌عنوان اصول اخلاقی پژوهش موردنظر پژوهشگران قرار داشت.

## شیوه تحلیل داده‌ها

پس از دست‌یابی به نمونه مورد نیاز، اطلاعات جمع‌آوری شده در دو سطح توصیفی: میانگین، انحراف استاندارد و استنباطی: آزمون همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷و AMOS نسخه ۲۴، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

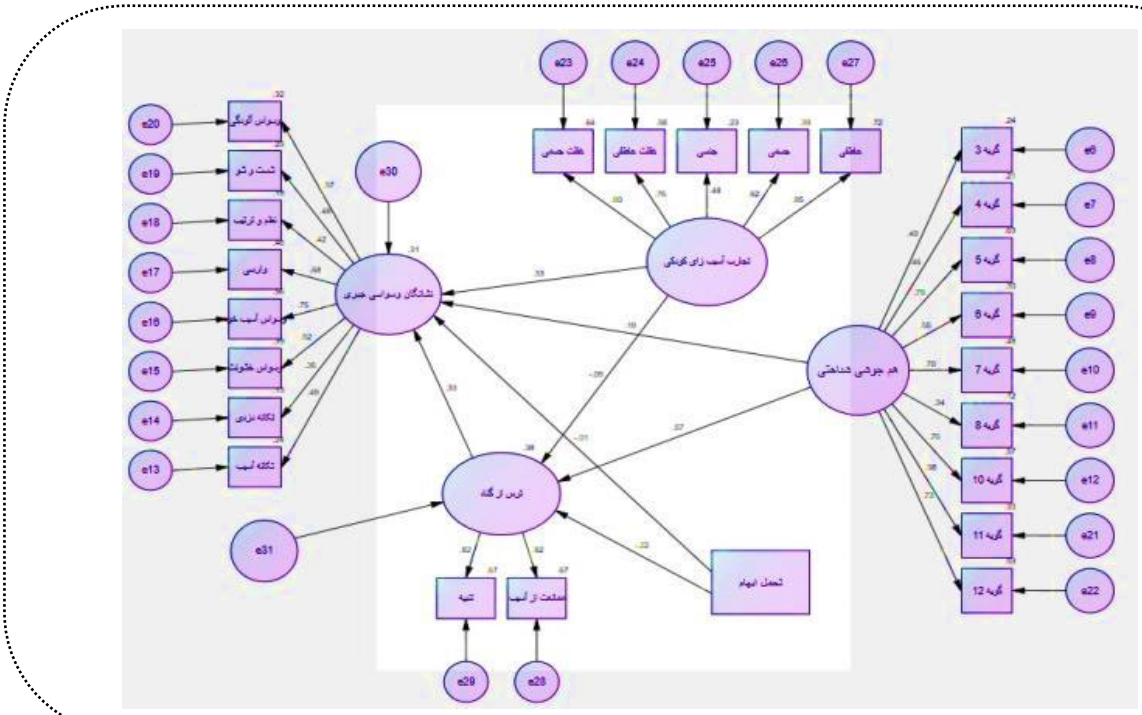
## یافته‌ها

در این پژوهش، تعداد ۳۱۲ نفر از دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی شرکت داشتند که از بین آن‌ها تعداد ۲۳۷ نفر (معادل ۷۶ درصد) را دانشجویان دختر و ۷۵ نفر (معادل ۲۴ درصد) از آن‌ها را نیز دانشجویان پسر تشکیل می‌دادند. علاوه بر آن، از میان نمونه مورد مطالعه، تعداد ۲۴۱ نفر (معادل ۷۸ درصد) را دانشجویان مقطع کارشناسی؛ تعداد ۶۴ نفر (معادل ۲۰ درصد) را دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و تعداد ۷ نفر (معادل ۲ درصد) را نیز دانشجویان مقطع دکتری تشکیل می‌دادند. در ادامه و در جدول شماره ۱، اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای مطالعه از جمله میانگین، انحراف معیار، ضرایب کجی و کشیدگی و علاوه بر آن ضرایب هم‌بستگی گزارش شده است.

**جدول ۱. داده‌های توصیفی و ماتریس هم‌بستگی متغیرهای پژوهش**

| متغیر | کمترین | بیشترین | میانگین | انحراف استاندارد | کجی | کشیدگی | ۱ | ۲ | ۳ | ٤ | ٥ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱. نشانگان وسواسی جبری | ۰ | ۱۰۲ | ۴۰/۸ | ۱۰/۹ | ۰/۳ | -۰/۲ | ۱ | | | | |
| ۲. تجارب آسیب‌زای کودکی | ۳۵ | ۹۸ | ۵۰/۷ | ۱۲/۷ | ۱/۲ | ۱/۳ | ۰/۲۷** | ۱ | | | |
| ۳. هم‌جوشی شناختی | ۹ | ۵۱ | ۲۹/۸ | ۸/۱ | ۰/۴ | -۰/۴ | ۰/۳۳** | ۰/۲۷ ** | ۱ | | |
| ۴. تحمل ابهام | ۱۳ | ۶۲ | ۳۸/۲ | ۷/۱ | ۰/۱۲ | ۰/۱ | -۰/۱۶** | -۰/۰۵ | -۰/۳۱** | ۱ | |
| ۵. ترس از گناه | ۵ | ۹۶ | ۵۴/۱ | ۱۲/۴ | -۰/۱۵ | -۰/۳۶ | ۰/۳۳** | ۰/۰۶ | ۰/۵۱** | -۰/۳۵** | ۱ |

** $p \leq 0/01$



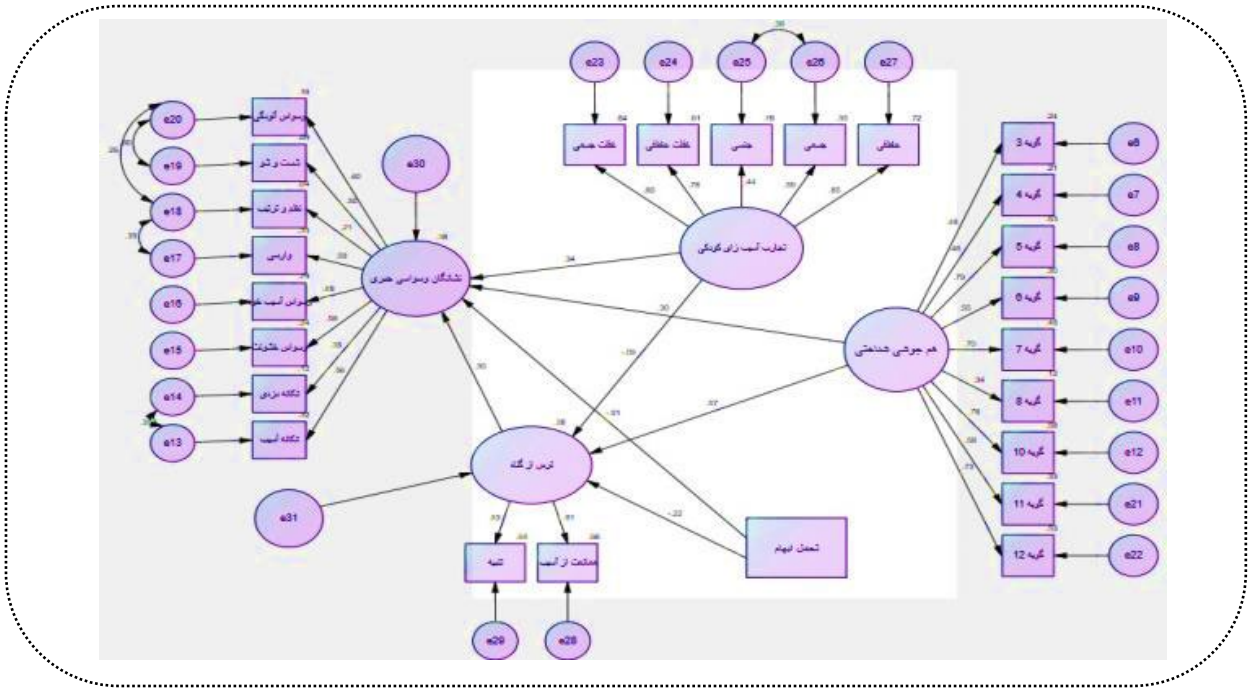
**نمودار ۲. مدل اولیه پژوهش**

بر اساس یافته‌های گزارش شده در جدول شماره ضرایب کجی و کشیدگی در محدوده بین ۲- الی ۲+ است که نشانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. به‌علاوه نتایج موجود در جدول نشان می‌دهد که بین تجارب آسیب‌زای کودکی (P < ۰/۰۱، r=۰/۲۷)؛ هم‌جوشی شناختی (P< ۰/۰۱، r = ۰/۳۳) و ترس از گناه (P< ۰/۰۱، r = ۰/۳۳) با نشانگان وسواسی جبری رابطهٔ مستقیم و معنادار و بین تحمل ابهام (P< ۰/۰۱، r = - ۰/۱۶) با این نشانگان، رابطه غیرمستقیم (معکوس) معنادار وجود دارد که بر اساس این نتایج انجام معادلات ساختاری بلامانع است.

پیش از انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، مفروضه‌های زیربنایی آن بررسی شد. عدم وجود داده‌های مفقود و پرت بررسی و تأیید شد. داده‌های پرت از طریق فاصلهٔ ماهالانوبیس در نرم‌افزار AMOS نیز بررسی شد. با توجه به این که نمره p1 نمونه از ۰/۰۵ بزرگ‌تر و نمره p2 آن‌ها نیز از ۰/۱ بزرگ‌تر محاسبه شده بود؛ بنابراین نبود وجود داده‌های پرت چند متغیری از این طریق نیز تأیید شد [۴۸]. هم‌چنین نرمال بودن توزیع نمونه نیز از طریق ضرایب کجی و کشیدگی بررسی و تأیید شد. برای بررسی عدم هم‌خطی چندگانه[1] از شاخص‌های تولرانس[2] و عامل تورم واریانس (VIF[3]) استفاده شد. حد مناسب برای تولرانس بین صفر تا یک و برای تورم واریانس کمتر از دو می‌باشد. در پژوهش حاضر، آماره تولرانس کمتر از ۰/۹ و عامل تورم واریانس کمتر از ۱/۵ به دست آمد. با توجه به اینکه هر دو شاخص در محدوده مناسب قرار داشتند؛ بنابراین مفروضه عدم هم خطی چندگانه نیز تأیید شد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین - واتسون[4] استفاده شد. حد مطلوب برای آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲/۵ است. در پژوهش آماره دوربین واتسون ۱/۹ به‌دست آمد، چون از حد مطلوب کمتر است، بنابراین وجود این مفروضه نیز تأیید شد. با توجه به توضیحات داده‌شده مدل اولیه به‌شکل بالا ترسیم شد:

هم‌چنان که در نمودار ۲ نیز مشاهده می‌شود، در مدل پژوهش فرض بر این بود که تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم از طریق میانجی‌گری ترس از گناه بر نشانگان وسواسی جبری اثرگذار هستند.

1. Multicollinearity
2. Tolerance
3. Variance Inflation Factor
4. Durbin–Watson



**نمودار ۳. مدل نهایی پژوهش**

**جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل**

| شاخص‌های برازش | χ2/df | RMSEA | SRMR | GFI | AGFI | CFI | TLI | NFI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقدار قابل قبول | < ۵ | < ۰/۱ | < ۰/۱ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ |
| مقدار اولیه | ۴/۲ | ۰/۹ | ۰/۸ | ۰/۸۹ | ۰/۸۷ | ۰/۸۹ | ۰/۸۹ | ۰/۹۰ |
| مقدار به دست آمده | ۳/۱ | ۰/۰۸ | ۰/۰۷ | ۰/۹۱ | ۰/۹۰ | ۰/۹۱ | ۰/۹۱ | ۰/۹۱ |
| نتیجه | مطلوب | مطلوب | مطلوب | مطلوب | مطلوب | مطلوب | مطلوب | مطلوب |

در مدل‌سازی معادلات ساختاری شاخص‌های برازش مختلفی وجود دارد که مهم‌ترین این شاخص‌ها به همراه سطح مطلوب آن عبارت‌اند از: کای مربع بهنجار شده (CMIN/df) سطح مطلوب ۱ تا ۵، شاخص نیکویی برازش[1] (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده[2] (AGFI)، برازش تطبیقی[3] (CFI) و برازش هنجار شده[4] (NFI) با سطح مطلوب بزرگ‌تر از ۰/۹، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد[5] (RMSEA) و ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد[6] (SRMR) با سطح مطلوب برابر یا کمتر از ۱ [۴۸]. که در مدل پژوهشی فوق برخی از این شاخص‌ها از حد مطلوب خارج بودند، به همین دلیل برخی از شاخص‌های اصلاحی انجام و مدل نهایی به‌صورت بالا ترسیم شد:

به‌منظور ارزیابی نهایی مطلوبیت مدل مفهومی پژوهش در جدول شماره ۲، شاخص‌های برازش مدل اولیه و مدل نهایی (اصلاح شده) اشاره شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۲، نیز مشخص است، شاخص‌های برازش در مدل اصلاح شده از برازندگی مناسبی برخوردار هستند. پس از تأیید برازش مدل پژوهش، در ادامه و در جدول شماره ۳ ، ضرایب مسیرهای مدل پژوهش و معنادار بودن آن‌ها ذکر شده است.

1. Goodness of Fit Index
2. Adjusted Goodness of Fit Index
3. Comparative Fit Index
4. Normed Fit Index
5. Root Mean Square Error of Approximation
6. Standardized Root Mean Square Residuals

**جدول ۳. ضرایب مسیرهای مدل**

| مسیر | Standardized Estimate | S.E | C.R | P |
|---|---|---|---|---|
| تجارب آسیب‌زای کودکی> نشانگان وسواسی جبری | ۰/۳۳ | ۰/۰۸ | ۵/۱ | P<۰/۰۱ |
| هم‌جوشی شناختی> نشانگان وسواسی جبری | ۰/۳۰ | ۰/۲۷ | ۳/۵ | P<۰/۰۱ |
| تحمل ابهام > نشانگان وسواسی جبری | -۰/۰۲ | ۰/۰۲ | -۰/۲۵ | ۰/۷۹ |
| ترس از گناه > نشانگان وسواسی جبری | ۰/۲۹ | ۰/۰۷ | ۳/۴ | P<۰/۰۱ |
| تجارب آسیب‌زای کودکی> ترس از گناه | -۰/۰۸ | ۰/۲۰ | -۱/۴ | ۰/۱۴ |
| هم‌جوشی شناختی> ترس از گناه | ۰/۵۶ | ۱/۰۸ | ۶/۴ | P<۰/۰۱ |
| تحمل ابهام> ترس از گناه | -۰/۲۲ | ۰/۰۶ | -۳/۹ | P<۰/۰۱ |

**جدول ۴. نتایج آزمون بوت استرپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش**

| مسیر | | | اثر غیرمستقیم | فاصله اطمینان ۹۵٪ | | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| متغیر پیش‌بین | متغیر میانجی | متغیر ملاک | | حد پایین | حد بالا | |
| تجارب آسیب‌زای کودکی | ترس از گناه | نشانگان وسواسی جبری | ۰/۰۳ | -۰/۰۸ | ۰/۰۱ | ۰/۲۱ |
| هم‌جوشی شناختی | ترس از گناه | نشانگان وسواسی جبری | ۰/۱۶ | ۰/۰۷ | ۰/۳۰ | ۰/۰۰۱ |
| تحمل ابهام | ترس از گناه | نشانگان وسواسی جبری | -۰/۰۸ | -۰/۱۳ | -۰/۰۲ | ۰/۰۲ |

در جدول شماره ۳، به‌ترتیب، ضرایب استاندارد، مقدار خطا، مقدار T و سطح معناداری نشان داده شده است. مطابق با اطلاعات موجود در جدول، مسیرهای تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و ترس از گناه به نشانگان وسواسی جبری در سطح ۰/۰۱ معناداری هستند. هم‌چنین مسیرهای هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام به ترس از گناه نیز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند، اما مسیرهای تحمل ابهام به نشانگان وسواسی جبری و تجارب آسیب‌زای کودکی به ترس از گناه معنی‌دار نیستند (P> ۰/۰۵).

به‌منظور بررسی نقش میانجی در مدل پژوهش، از آزمون بوت استرپینگ استفاده شد. در این آزمون تعداد ۲۰۰۰ نمونه بوت استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده است.

با توجه به نتایج گزارش‌شده در جدول ۴، باید اشاره نمود که ترس از گناه در رابطه بین هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی جبری در سطح ۰/۰۵ نقش واسطه‌ای معناداری را ایفا می‌کند، اما در رابطه تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای ندارد (P> ۰/۰۵).

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی مدل ساختاری نشانگان وسواسی جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه بود. نتایج بررسی‌های صورت گرفته در این پژوهش نشان داد که مدل مفهومی پژوهش از برازندگی مناسبی برخوردار است و تجارب آسیب‌زای کودکی بر نشانگان وسواسی جبری اثر مستقیم معناداری دارند. این نتایج با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های وازکز[1] و همکاران [۱۲]؛ ژو[2] و همکاران [۱۳]؛ بیلج[3] و همکاران [۱۴]؛ نوروزی و نجفی [۱۸] هم‌سو بود. نتایج به دست آمده را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که قرارگیری در معرض رویدادهای آسیب‌زا در طول دوران کودکی می‌تواند عمیقاً بر سیستم‌های شناختی، عاطفی و عصبی - زیستی فرد تأثیر گذاشته و منجر به افزایش بروز مشکلات روان‌شناختی، به ویژه نشانگان وسواسی جبری گردد. این تجارب آسیب‌زای اولیه عمدتاً فرآیندهای طبیعی رشد را مختل کرده و پیامدهای جدی را بر عملکرد روانی فرد بر جای می‌گذارند. در همین زمینه، پژوهش‌های انجام شده توسط وازکز و همکاران [۱۲] نشان می‌دهد افرادی که در معرض چنین آسیب‌هایی قرار می‌گیرند، در مقایسه با

1. Vazquez
2. Xu
3. Bilge

افرادی که چنین سابقه‌ای ندارند، میزان بیشتری از اختلال وسواسی جبری را نشان می‌دهند. این مسئله را می‌توان بر اساس عوامل شناختی تبیین نمود، زیرا این تئوری‌ها معتقدند افراد بازنمایی‌های ذهنی خود را بر اساس تجربیات اولیه‌شان می‌سازند؛ بنابراین تجربه رویدادهای آسیب‌زا در دوران کودکی این فرآیند را مختل کرده و منجر به شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناکارآمد و الگوهای شناختی ناسازگاری می‌شود که آسیب‌پذیری فرد را در برابر اختلالات و مشکلات روان‌شناختی مختلف، مخصوصاً نشانگان وسواسی جبری افزایش می‌دهد.

یکی از مهم‌ترین عناصر شناختی اولیه در این زمینه، ایجاد باورهای ناسازگار در مورد مسئولیت و احتمال بروز آسیب است. کودکانی که تروما را تجربه می‌کنند، اغلب مسئولیت شخصی در قبال رویدادهای آسیب‌زا را درونی می‌کنند (خود را مقصر دانستن). این درونی‌سازی می‌تواند منجر به این قبیل باورهای ناسازگار شود که آن‌ها باید مسئولیت بیشتری را برای جلوگیری از آسیب در آینده به عهده بگیرند. نتایج پژوهش‌های بیلج و همکاران [۱۴] در همین زمینه نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری اغلب باورهای مربوط به بیش مسئولیتی را از خود نشان می‌دهند، که اغلب ریشه در تجربیات آسیب‌زای اولیه آن‌ها دارد. باورهایی که می‌توانند به‌صورت افکار وسواسی در مورد آسیب رساندن یا اشتباه کردن بروز یابند و منجر به ایجاد رفتارهای اجباری با هدف پیشگیری از آسیب شوند.

مکانیسم شناختی دیگر شامل ایجاد تمایلات کمال‌گرایانه در نتیجه آسیب‌های دوران کودکی است. در همین مورد، نتایج پژوهش‌های بهار و کیریوس [۵۵] نشان داد افراد مبتلا به اختلال وسواس که دارای سابقه تروما‌ی دوران کودکی هستند، سطوح بالاتری از کمال‌گرایی را در مقایسه با افراد بدون سابقه تروما نشان می‌دهند. تجارب آسیب‌زا (مخصوصاً آسیب‌های کلامی ناشی از انتقاد یا تحقیر) می‌توانند به درونی‌سازی استانداردهای کمال‌گرایانه منجر شوند. کودکانی که تروما را تجربه کرده‌اند، اغلب این باور را درونی می‌کنند که باید بی‌نقص و کامل باشند؛ ایده‌هایی که یکی از نشانه‌های اصلی در اختلال وسواسی جبری هستند. همچنین، تجارب آسیب‌زای کودکی بر بروز سوگیری‌ها و خطاهای شناختی اثرگذار بوده و می‌توانند از این طریق نیز بر شکل‌گیری یا تداوم نشانگان وسواسی جبری اثرگذار باشند. قرارگیری در معرض این قبیل تجربیات می‌تواند منجر به افزایش حساسیت به تهدید (بیش حساسیتی) و منفی‌نگری (انتظار دائمی برای بروز وقایع منفی) شود. این سوگیری‌های شناختی اغلب در ایجاد افکار وسواسی پیرامون خطرات احتمالی و نیاز به انجام رفتارهای اجباری برای جلوگیری از این خطرات مؤثر هستند [۱۴].

علاوه بر تجارب آسیب‌زای کودکی، نتایج دیگر این پژوهش بر نقش مستقیم هم‌جوشی شناختی بر بروز نشانگان وسواسی جبری تأکید داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های ژیونگ[1] و همکاران [۱۹]؛ لی[2] و همکاران [۲۰]؛ هانسمیر[3] و همکاران [۲۱]؛ رومان[4] و همکاران [۲۵] همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت، آمیختگی شناختی به وضعیتی اشاره دارد که در آن فرد به افکار خود چنان وابسته و درگیر می‌شود که آن‌ها را نه به عنوان تجربیات ذهنی، بلکه هم‌چون حقایقی قطعی و غیرقابل تغییر ادراک می‌کند [۲۲]. افراد مبتلا به این آسیب‌شناختی اغلب تحت‌تأثیر افکار و احساسات منفی مختلف قرار گرفته و آن‌ها را به عنوان بخشی از زندگی خود قلمداد می‌کنند. این مسئله از یک سو موجب تکرار مداوم این افکار در ذهن فرد شده و از سوی دیگر، احتمال بروز رفتارهای اجبارگونه با هدف کاهش تنش ناشی از این افکار را افزایش می‌دهد و از مسائلی است که با بروز نشانگان وسواسی جبری ارتباط دارد [۲۰].

یکی از اصلی‌ترین مکانیسم‌های اثرگذار هم‌جوشی شناختی بر نشانگان وسواسی - جبری، تفسیر نادرست از افکار است. برای اکثر افراد، افکار مزاحم تجربه‌ای رایج هستند، اما افرادی که سطوح بالایی از هم‌جوشی شناختی را تجربه می‌کنند، اغلب این افکار را به‌عنوان حقایقی قطعی، تهدیدکننده یا نشان‌دهنده واقعیت خود تفسیر می‌کنند. این تفسیر نادرست می‌تواند به ایجاد و تداوم افکار وسواسی منجر شود؛ زیرا فرد با محتوای افکار خود درگیر شده و سعی می‌کند آن‌ها را سرکوب یا خنثی کند. این تلاش برای کنترل افکار می‌تواند بر شدت اثرگذاری آن‌ها بیافزاید.

1. Xiong
2. Lee
3. Hansmeier
4. Reuman

هم‌جوشی شناختی همچنین می‌تواند با تشدید اضطراب و تنش‌های فرد و به تبع آن، افزایش احتمال بروز رفتارهای تکراری همراه شود. هنگامی که افراد با افکار خود درگیر می‌شوند و این افکار را واقعی و تهدیدآمیز می‌دانند، سطوح بالایی از اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند. این اضطراب نیز می‌تواند باعث بروز رفتارهای اجباری شود؛ زیرا آن‌ها برای کاهش پریشانی خود درگیر مناسک یا اقدامات تکراری می‌شوند. نتایج پژوهش ژیونگ و همکاران [۱۹] نیز در همین راستا نشان داد که هم‌جوشی شناختی از طریق بروز پریشانی‌های روانی بر ایجاد رفتارهای اجباری و تکراری اثرگذار است؛ زیرا فرد برای کاهش تنش‌های ناشی از این افکار، به رفتارهای تکراری روی می‌آورد. ایت رفتارها برای خنثی کردن پریشانی مرتبط با افکار وسواسی انجام می‌شوند، اما با این حال، این رفتارها تنها تسکین موقتی ایجاد کرده و می‌توانند چرخه وسواس و اجبار را تقویت کنند [۲۱].

دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که تحمل ابهام اثر معناداری بر نشانگان وسواسی - جبری ندارد. این یافته با نتایج یافته‌های پژوهش‌های داودیان و همکاران [۲۶]؛ پینچیوتی[1] و همکاران [۲۷]؛ ناولس[2] [۲۸] و پاسکوال ورا[3] و همکاران [۲۹] ناهمسو بود. در تبیین این نتایج که عمدتاً با یافته‌های پیشین ناهمسو است، می‌توان بیان داشت که تحمل ابهام به عنوان توانایی تحمل و سازگاری با شرایط نامطمئن و مبهم تعریف می‌شود. این سازه در ارتباط با شرایط و مشکلات روان‌شناختی مختلف مورد بررسی قرار گرفته است؛ اما با این حال، رابطه آن با نشانگان وسواسی - جبری عمدتاً دارای نتایج متفاوت و غیرقطعی بوده است.

یکی از دلایل اصلی عدم تأثیر تحمل ابهام بر این نشانگان، اختصاصی بودن مکانیسم‌های شناختی درگیر در بروز نشانگان وسواس است. نشانگان وسواسی - جبری عمدتاً با باورهای ناسازگار و فرآیندهای شناختی مختلف مانند بیش مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر-عمل همراه است. در مقابل، تحمل ابهام ممکن است به طور مستقیم بر این مکانیسم‌های شناختی تأثیرگذار نباشد. همچنین، ناهمگونی علائم اختلال وسواسی جبری نیز می‌تواند در تبیین عدم تأثیر تحمل ابهام بر این اختلال کمک کننده باشد. این اختلال یک وضعیت بسیار پیچیده و ناهمگون است که می‌تواند با علائم مختلفی، از وسواس آلودگی گرفته تا رفتارهای احتکاری، همراه باشد. این جنبه‌های پیچیده ممکن است تحت‌تأثیر عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی و اجتماعی مختلف قرار گیرند و در این زمینه، تحمل ابهام ممکن است بر همه انواع علائم این اختلال اثرگذار نباشد. همچنین، نتایج ناهمسوی مشاهده شده در این پژوهش می‌تواند تا حدی به واسطه محدودیت‌های روش‌شناختی نیز تبیین شود. ابزارهای خودگزارشی مورد استفاده ممکن است به اندازه کافی قادر به درک مفهوم تحمل ابهام و جنبه‌های مختلف آن مناسب نباشند.

علاوه بر موارد فوق، یافتهٔ نهایی حاصل از این پژوهش نشان داد که ترس از گناه در رابطه بین همجوشی شناختی و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای معناداری را ایفا می‌کند، اما در رابطه میان تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی - جبری نقش واسطه‌ای وجود ندارد. در تبیین نقش واسطه‌ای ترس از گناه، به تأثیر آن بر نحوه تفسیر افکار مزاحم می‌توان اشاره کرد. هم‌جوشی شناختی اغلب منجر می‌شود افراد افکار مزاحم خود را بسیار تهدیدآمیز تفسیر کنند؛ زیرا این افکار را حقایقی قطعی در نظر می‌گیرند، این مسئله می‌تواند منجر به بروز مستمر ترس از گناه شود، زیرا فردی که برای مثال، فکر وسواسی آسیب‌رساندن به یکی از عزیزان خود را تجربه می‌کند، ممکن است این فکر را رخدادی قطعی در نظر گرفته و پیش‌بینی کند که اگر اقداماتی برای جلوگیری از این آسیب انجام ندهد، وقایع بد و به دنبال آن احساس گناه شدیدی را تجربه خواهد کرد. این ترس از گناه نیز می‌تواند به نوبه خود منجر به رفتارهای اجباری با هدف خنثی کردن تهدیدهای ادراک شده و کاهش احساس گناه شود [۳۶].

هم‌جوشی شناختی همچنین می‌تواند منجر به رشد بیش مسئولیتی در افراد شود، جایی که آن‌ها احساس می‌کنند برای جلوگیری از بروز آسیب‌های احتمالی می‌بایست مسئولیت‌های بسیاری را بر عهده گیرند. این مسئله نیز می‌تواند به نوبه خود بر ترس مداوم از احساس گناه فرد اثرگذار باشد؛ زیرا فرد پیش‌بینی می‌کند در صورت شکست در انجام مسئولیت‌های خود، احساس گناه خواهند کرد. این مسئله می‌تواند چرخه‌ای از وسواس‌ها و رفتارهای اجبارگونه را ایجاد نماید که در آن افراد برای اجتناب از احساس گناه

1. Pinciotti
2. Knowles
3. Pascual-Vera

و جلوگیری از آسیب، رفتارهای تکراری را انجام دهند و این فرایند می‌تواند بر بروز یا تداوم نشانگان وسواسی جبری اثرگذار باشد. همچنین، هم‌جوشی شناختی می‌تواند از طریق درگیری و هم‌آمیزی فرد با پیامدهای اعمال، به دشواری در حل مسئله و تصمیم‌گیری منجر شود. این مسئله نیز ترس از گناه را تشدید کند؛ زیرا فرد پیش‌بینی می‌کند در صورتی که نتایج مورد انتظار حاصل نشود، احساس گناه شدیدی را تجربه خواهد کرد. از طرفی دیگر، این موضوع می‌تواند منجر به رفتارهای اجباری با هدف اطمینان از اتخاذ تصمیم «درست» شود، مانند بررسی مکرر یا جستجوی اطمینان که از جمله رفتارهای اجبارگونه رایج در نشانگان وسواسی جبری است.

از سوی دیگر، مطابق با یافته‌های به دست آمده در این پژوهش، تحمل ابهام فقط به‌صورت غیرمستقیم و از طریق ترس از گناه با نشانگان وسواسی جبری ارتباط داشت. سازوکار این شکل از اثرگذاری را می‌توان اینگونه تبیین کرد که افراد با تحمل ابهام پایین، موقعیت‌های مبهم را به عنوان موقعیت‌های بالقوه خطرناک، تهدیدآمیز یا حاوی پیامدهای منفی جبران‌ناپذیر تفسیر می‌کنند. زمانی که این تفسیر در حیطهٔ باورها و ارزش‌های اخلاقی فرد جای گیرد، این احساس خطر به شکل ترس از انجام اشتباه، خطا و به تبع آن شکل‌گیری حس گناه پدیدار می‌شود. فرد به گونه‌ای پایدار نگران است که مبادا کاری انجام داده باشد (یا کاری انجام دهد) که از دید اخلاقی ناپسند بوده و به همین دلیل، احساس گناه شدیدی را حتی برای افکار یا کردارهایی که انجام نداده است، تجربه می‌کند، زیرا هیچ‌گونه قطعیتی در مورد شرایط موقعیت ندارد [۳۷]. از سوی دیگر این ترس از گناه نیز به عنوان یک هیجان منفی شدید و فراگیر، فرد را وادار می‌سازد تا برای کاستن از این احساس ناخوشایند و دوری از پیامدهای فاجعه‌باری که پیش‌بینی می‌کند، به راهبردهای جبری روی آورد. این راهبردها که همان نشانه‌های وسواسی - جبری هستند، در کوتاه‌مدت با کاهش موقت ترس از گناه، تقویت منفی شده و تداوم می‌یابند. برای نمونه، فردی که در ابهام وجود میکروب، ترس از گناه آلوده کردن دیگران را تجربه می‌کند، برای کاستن از این ترس، به شستشوی وسواسی روی می‌آورد؛ بنابراین تحمل ابهام پایین، بسترساز تفسیرهای فاجعه‌آمیز شده و ترس از گناه، محرک رفتارهای وسواسی برای خنثی‌سازی آن ترس می‌شود. همچنین، در این زمینه شواهد تجربی نیز از نقش میانجی ترس از گناه در رابطه بین تحمل ابهام و علائم وسواسی جبری حمایت می‌کنند. نتایج پژوهش کنی و همکاران [۴۰] نشان داد که افراد با سطوح پایین‌تر تحمل ابهام، سطوح بالاتری از ترس از گناه را تجربه می‌کنند و این ترس به نوبه خود بر شدت علائم وسواس آن‌ها اثرگذار است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ترس از گناه می‌تواند به عنوان پلی بین دشواری در تحمل ابهام و بروز نشانگان وسواسی جبری عمل می‌کند.

در مجموع، با توجه به تمام مطالب اشاره شده، باید بیان داشت که نشانگان وسواسی جبری یکی از پیچیده‌ترین و در عین حال آسیب‌زننده‌ترین اختلال در حوزه روان‌پزشکی است که مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها، از جمله افکار مزاحم، تصاویر و اشتغالات ذهنی و رفتارهای اجبارگونه و مناسک‌وار را در بر می‌گیرد و می‌توانند ناراحتی‌های شدیدی را برای فرد و دیگران ایجاد کند. پیامدهای این اختلال، با توجه به همزمانی اوج دوم بروز آن با دوران دانشجویی، بررسی بیشتر و عمیق‌تر عوامل مرتبط با این مشکل را بیش از پیش ضروری می‌سازد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مدل ساختاری نشانگان وسواسی جبری بر اساس تجارب آسیب‌زای کودکی، هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نقش میانجی ترس از گناه انجام شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که مدل مفهومی از برازندگی مناسبی برخوردار است و ترس از گناه در رابطه بین هم‌جوشی شناختی و تحمل ابهام با نشانگان وسواسی - جبری نقش واسطه‌ای معناداری ایفا می‌کند؛ با این حال؛ در رابطه بین تجارب آسیب‌زای کودکی و نشانگان وسواسی جبری نقش واسطه‌ای معناداری وجود نداشت.

## محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

نتایج به دست آمده از این پژوهش در کنار دیگر پژوهش‌های صورت گرفته می‌تواند در نیل به هدف اصلی علم، یعنی تدوین نظریه کمک‌کننده باشد. یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثر قابل توجه تجارب آسیب‌زای کودکی و هم‌جوشی شناختی بر بروز نشانگان وسواسی - جبری و تکرار این نتایج در پژوهش‌های گذشته، می‌تواند در ساخت یک مدل نظری برجسته در این زمینه مفید باشد. اما این پژوهش نیز هم‌چون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود.

نخستین محدودیت این مطالعه، ناتوانی در کنترل برخی متغیرها، از جمله وضعیت هوشی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی دانشجویان بود، مسئله‌ای که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را با چالش‌هایی مواجه سازد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نسبت به کنترل این متغیرها اقدام شود. دیگر محدودیت این پژوهش، ناتوانی در بهره‌گیری مستقیم از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به‌شکل مستقیم بود؛ مسئله‌ای که پژوهشگران را ناچار به استفاده از نمونه‌گیری در دسترس به‌صورت مجازی نمود. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به صورت مستقیم بهره گرفته شود.

همچنین، محدودیت دیگر این پژوهش، ناتوانی در بهره‌گیری از نمونه‌های بالینی دارای تشخیص اختلال وسواس جبری بود. این مسئله می‌تواند در بررسی دقیق مشکلات وسواس، میزان شدت و پیامدهای آن اثرگذار بوده باشد. به همین دلیل، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بالینی دارای تشخیص اختلال وسواسی جبری استفاده گردد.

از سوی دیگر، با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود پروتکلی مبتنی بر درمان و سازگاری با تجارب ناخوشایند دوران کودکی و نیز آموزش‌هایی به جهت یادگیری الگوهای شناختی کارآمد طراحی و برای افراد دارای این نشانگان به کار برده شود. همچنین، با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر اثر قابل توجه ترس از گناه و نیز تکرار این مسئله در پژوهش‌های پیشین، پیشنهاد می‌شود آگاه‌سازی‌های لازم در مورد احساس گناه و ترس از آن، در قالب کارگاه‌های آموزشی به اقشار مختلف مردم مخصوصاً افراد دارای این اختلال صورت پذیرد. به علاوه، با توجه به نتایج ناهمسو در این پژوهش مبنی بر عدم اثرگذاری تحمل ابهام بر نشانگان وسواسی –جبری، پیشنهاد می‌شود این رابطه در پژوهش‌های آینده مورد بحث و بررسی قرار گیرد.

## ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، امکان دسترسی به نتایج پرسش‌نامه برای داوطلبان، رعایت اصل رازداری و امانت‌داری به‌عنوان اصول اخلاقی پژوهش موردنظر پژوهشگران قرار داشت.

## سپاسگزاری و حمایت مالی

بدین‌وسیله از تمام دانشجویانی که با صبر و حوصله فراوان، پژوهشگران را در دست‌یابی به نتایج دقیق همراهی نمودند، کمال تشکر به عمل می‌آید.

## تعارض منافع

بر اساس اعلام نویسندگان، هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

## منابع

1- Blanco-Vieira T, Radua J, Marcelino L, Bloch M, Mataix-Cols D, do Rosário MC. The genetic epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. Translational psychiatry. 2023 June 28; 13(1): 230-246. https://www.nature.com/articles/s41398-023-02433-2

2- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

3- Cervin M. Obsessive-compulsive disorder: diagnosis, clinical features, nosology, and epidemiology. Psychiatric Clinics. 2023 Mar 1; 46(1):1-6. https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.006

4- Walitza S, Van Ameringen M, Geller D. Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. The Lancet Child & Adolescent Health. 2020 Feb 1; 4(2): 99-101. https://doi.org/10.1016/S2352-4642/19/30376-1

5- Dell'Osso B, Benatti B, Hollander E, Fineberg N, Stein DJ, Lochner C, Nicolini H, Lanzagorta N, Palazzo C, Altamura AC, Marazziti D. Childhood, adolescent and adult age at onset and related clinical correlates in obsessive–compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). International journal of psychiatry in clinical practice. 2016 Oct 1; 20(4): 210-7. https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1207087

6- Huang Y, Wang YU, Wang H, Liu Z, Yu X, Yan J, Yu Y, Kou C, Xu X, Lu J, Wang Z. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. The lancet psychiatry. 2019 Apr 1; 6(3): 211-224. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X

7- Claes L, Buelens T, Depestele L, Dierckx E, Schoevaerts K, Luyckx K. Obsessive–compulsive symptoms in female patients with an eating disorder with or without impulsive non-suicidal self-injury. European Eating Disorders Review. 2021 Jul ; 29(4): 663-669. https://doi.org/10.1002/erv.2836

8- Agne NA, Tisott CG, Ballester P, Passos IC, Ferrão YA. Predictors of suicide attempt in patients with obsessive-compulsive disorder: an exploratory study with machine learning analysis. Psychological medicine. 2022 Mar; 52(4): 715-25. https://doi.org/10.1017/S0033291720002329

9- Lunn J, Greene D, Callaghan T, Egan SJ. Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: a meta-analysis. Cognitive Behaviour Therapy. 2023 Sep 3; 52(5): 460-487. https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2211736

10- Callaghan T, Greene D, Shafran R, Lunn J, Egan SJ. The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. Cognitive Behaviour Therapy. 2024 Mar 3; 53(2): 121-132. https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121

11- Sharma E, Sharma LP, Balachander S, Lin B, Manohar H, Khanna P, et al,. Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in psychiatry. 2021 Nov 11; 12: 703701. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.703701

12- Vazquez M, Palo A, Schuyler M, Small BJ, McGuire JF, Wilhelm S, Goodman WK, Geller D, Storch EA. The relationship between adverse childhood experiences, symptom severity, negative thinking, comorbidity, and treatment response in youth with obsessive-compulsive disorder. Child Psychiatry & Human Development. 2024 Oct ; 55(5): 1201-1210. https://doi.org/10.1007/s10578-022-01488-4

13- Xu Z, Zhu C. Effect of adverse childhood experiences, parenting styles, and family accommodation on patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder. Alpha Psychiatry. 2023 Nov 1; 24(6): 261-269. https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2023.231247

14- Bilge Y, Yılmaz M, Hüroğlu G, Akan Tikici Z. The effects of adverse childhood experiences and early maladaptive schemas on relationship obsessive–compulsive disorder. Trends in psychology. 2024 Dec ; 32(4): 1268-1286. https://doi.org/10.1007/s43076-022-00245-9

15- Ravishankar A, Sathiyaseelan A. Impact of childhood trauma on psychological distress and personality pathology in young adults. ECS Transactions. 2022 Apr 24; 107(1): 3129. https://doi.org/10.1149/10701.3129

16- Radmehr F, Momeni K, Karami J, Davarinejad O. Investigating the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: The mediating role of self-regulation. Clinical Psychology Studies. 2024; 14(53): 43-60. https://doi.org/10.30486/jsrp.2022.1958797.3462 **[In Persion]**

17- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect. 2003 Feb 1; 27(2): 169-190. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0

18- Norozi, N., Najafi, M. The Mediating Role of Attachment Styles and Negative Affect in the Relationship between Childhood Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations"*, 2024; 15(3): 69-79. https://doi.org/10.22075/jcp.2023.31034.2670 **[In Persion]**

19- Xiong A, Lai X, Wu S, Yuan X, Tang J, Chen J, Liu Y, Hu M. Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive–compulsive symptoms in patients with obsessive–compulsive disorder. Frontiers in Psychology. 2021 Apr 12; 12: 655154. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.655154

20- Lee SW, Choi M, Lee SJ. Relationships among experiential avoidance, cognitive fusion and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. Anxiety and mood. 2021 Feb; 17(1): 19-27. https://doi.org/10.24986/anxmod.2021.17.1.003

21- Hansmeier J, Exner C, Porrmann R, Schumacher K, Fink-Lamotte J. Exploring the link between thought-action fusion and symptom-based shame in obsessive-compulsive disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2023 Oct 1; 39:100848. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100848

22- Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. Behavior therapy. 2014 Jan 1; 45(1): 83-101. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001

23- Hu Z, Yu H, Zou J, Zhang Y, Lu Z, Hu M. Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety, and depression in Chinese adolescent patients with nonsuicidal self-injury. Brain and behavior. 2021 Dec; 11(12): e2419. https://doi.org/10.1002/brb3.2419

24- Cookson C, Luzon O, Newland J, Kingston J. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2020 Sep; 93(3): 456-473. https://doi.org/10.1111/papt.12233

25- Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. Journal of contextual behavioral science. 2018 Jul 1; 9: 15-20. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.001

26- Davoudian M, Hashemipor F, Ghelichkhan N, Abouzari F. The role of psychological flexibility, difficulty in emotion regulation and intolerance of uncertainty in predicting psychological distress and obsessive-compulsive in patients with type 2 diabetes during the covid-19 epidemic. Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article. 2022; 11(2). http://ijnv.ir/article-1-943-fa.html **[In Persion]**

27- Pinciotti CM, Riemann BC, Abramowitz JS. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. Journal of Anxiety Disorders. 2021 Jun 1; 81: 102417. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102417

28- Knowles KA, Olatunji BO. Intolerance of uncertainty as a cognitive vulnerability for obsessive-compulsive disorder: A qualitative review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2023 Sep; 30(3): 317-330. https://doi.org/10.1037/cps0000150

29- Pascual-Vera B, Belloch A, Ghisi M, Sica C, Bottesi G. To achieve a sense of rightness: The joint role of Not Just Right Experiences and Intolerance of Uncertainty in Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2021 Apr 1; 29: 100627. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100627

30- Spinelli C, Ibrahim M, Khoury B. Cultivating ambiguity tolerance through mindfulness: An induction randomized controlled trial. Current Psychology. 2023 May; 42(15): 12929-47. https://doi.org/10.1007/s12144-021

31- Shekhapur A, Mostafaei A. The role of emotional processing, ambiguity tolerance and metacognitive beliefs in predicting Generalized Anxiety Disorder (GAD) in nurses of Sardasht Health Network. IJNR 2024; 19 (1): 33-43. http://ijnr.ir/article-1-2749-fa.html **[In Persion]**

32- McLain DL. The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity. Educational and psychological measurement. 1993 Mar; 53(1): 183-189. https://doi.org/10.1177/0013164493053001020

33- Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. Expert review of neurotherapeutics. 2012 Aug 1; 12(8): 937-947. https://doi.org/10.1586/ern.12.82

34- Andersen SM, Schwartz AH. Intolerance of ambiguity and depression: A cognitive vulnerability factor linked to hopelessness. Social Cognition. 1992 Sep; 10(3): 271-298. https://doi.org/10.1521/soco.1992.10.3.271

35- Wojcik KD, Cox DW, Kealy D. Adverse childhood experiences and shame-and guilt-proneness: Examining the mediating roles of interpersonal problems in a community sample. Child Abuse & Neglect. 2019 Dec 1; 98: 104233. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104233

36- Blair J. The role of guilt in Obsessive Compulsive Disorder. Adler University; 2016.

37- Sett RK. Consumers' guilt mitigation vis-à-vis discomfort with ambiguity. Marketing Intelligence & Planning. 2020 Oct 1;38(7): 975-990. https://doi.org/10.1108/MIP-01-2020-0002

38- Pourfaraj, O. The Study of the Relationship of Thought-Action Fusion, the Feelings of Responsibility and Guilt with Different Dimensions of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms in Shiraz University Students. Clinical Psychology and Personality, 2009; 7(2): 69-82. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23452188.1388.7.2.7.7 **[In Persion]**

39- Paast N, Borjali A, Eskandari H, Sohrabi F, Pascual Vera B. Psychometric evaluation and factor analysis of the Iranian version of the Fear of Guilt Scale (FOGS) for obsessive-compulsive disorder (OCD). Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2023; 10 (5): 148-16340. http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1824-fa.html **[In Persian]**

40- Kenny NC, Starcevic V, Berle D. Associations between fear of guilt and obsessive–compulsive symptoms. Behaviour Change. 2023 Sep; 40(3): 169-81. https://doi.org/10.1017/bec.2022.14

41- Manor YD, Yap K. Does nonacceptance of emotions and the fear of guilt influence the association between trait guilt and obsessive-compulsive symptoms? A moderation analysis in a non-clinical sample. Clinical Psychologist. 2024 Sep 1; 28(3): 286-296. https://doi.org/10.1080/13284207.2024.2404986

42- Chiang B, Purdon C, Radomsky AS. Development and initial validation of the Fear of Guilt Scale for obsessive-compulsive disorder (OCD). Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2016 Oct 1; 11: 63-73. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.006

43- Gambin M, Sharp C. The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. Journal of Affective Disorders. 2018 Dec 1; 241: 381-7. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.068

44- Mancini F, Gangemi A. Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive–compulsive disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2004 Jun 1; 35(2): 109-120. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.003

45- Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Jencius S. Shame-and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. Journal of anxiety disorders. 2010 Dec 1; 24(8): 811-815. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.002

46- Ghassemi koushikolaei A, davoudi I, neysi A, omidiyan M. (2024). Efficacy of schema mode therapy on obsessive symptoms, distress tolerance and guilt of patients with obsessive-compulsive: A single subject study. Journal of Psychological Science. 23(142): 51-69. https://doi.org/10.61186/jps.23.142.51 **[In Persion]**

47- Mancini F, Gangemi A. I processi cognitivi nel DOC. La Mente Ossessiva. Milano: Raffello Cortina Editore. 2016: 69-90.

48- Kline R. Data preparation and psychometrics review. Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York, NY: Guilford. 2016: 64-96.

49- Burns GL, Keortge SG, Formea GM, Sternberger LG. Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. Behaviour research and therapy. 1996 Feb 1; 34(2): 163-173. https://doi.org/10.1016/0005-7967/95/00035-6

50- Shams G, Karam Ghadiri N, Esmaili Torkanbori Y, Amini H, Ebrahim Khani N, Naseri Beferoni A et al . Prevalenceo Obsessive-Compulsive Symptoms and Its Comorbidity with Psychiatric Symptoms in Adolescents. Advances in Cognitive Sciences 2008; 9 (4): 50-59. http://icssjournal.ir/article-1-402-fa.html **[In Persion]**

51- Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. IJPCP 2014; 19 (4): 275-282. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html **[In Persion]**

52- Akbari M, Mohamadkhani S, Zarghami F. The Mediating Role of Cognitive Fusion in Explaining the Relationship between Emotional Dysregulation with Anxiety and Depression: A Transdiagnostic Factor . IJPCP 2016; 22 (1): 17-29. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2569-fa.html **[In Persion]**

53- Radmehr, F., karami, J. The examination of the role tolerance of ambiguity and flourishing in predicting academic engagement in students. Educational Psychology, 2019; 15(52): 203-216 https://doi.org/10.22054/jep.2019.32890.2275 **[In Persion]**

54- Jamali S, Mehrabizeh Honarmand M, Hashemi S E, Davoodi I. The Effectiveness of "Intensive and Short-Term Psychodynamic Therapy" on Fear of Guilt and Latent Aggression in Female Patients with Contamination Obsessive-Compulsive Disorder. JHPM 2022; 11 (1): 47-60. http://jhpm.ir/article-1-1256-fa.html

55- Bhar SS, Kyrios M. An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. Behaviour research and therapy. 2007 Aug 1; 45(8): 1845-57. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.005 **[In Persion]**

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۰۴-۹۱**
DOI: 10.22070/cpap.2025.20789.1758

**مقاله پژوهشی**

# تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

**نویسندگان**

**علی تقوایی نیا [1*]، سارا طراویان [2]**

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم‌انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم‌انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.
sarataravian75@gmail.com

**چکیده**

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۵/۱۷

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۴/۰۹/۱۹

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در سال ۱۴۰۳ انجام گرفت.

**روش:** این مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. گروه نمونه پژوهش شامل ۳۰ مادر دارای کودک مبتلا به اوتیسم مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز بود که به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. در مرحله پیش‌آزمون، در مورد تمامی شرکت‌کنندگان، پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲م.) و پرسش‌نامه رضایت زناشویی اینریچ (۲۰۰۰م.) اجرا شد. سپس گروه آزمایش در برنامه آموزش تنظیم هیجانی (ده جلسه هفتگی)، شرکت کردند، در حالی که اعضای گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماندند. بعد از اتمام مرحله مداخله، مادران دو گروه با همان پرسش‌نامه‌ها مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که جلسات آموزشی بر سلامت روان و رضایت زناشویی مادران کودکان اوتیسم تأثیرگذار بود ($p<۰/۰۱$). همچنین، نتایج نشان داد سلامت روانی و رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم گروه گواه به طور معناداری کمتر از مادران کودکان گروه آزمایش بود ($p<۰/۰۱$).

**بحث و نتیجه‌گیری:** در نتیجه، با توجه به مؤثربودن برنامه آموزش تنظیم هیجان در بهبود سلامت روانی و ارتقا و رضایت زناشویی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم، از این برنامه می‌توان به عنوان یک مداخله روان‌شناختی استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها**

سلامت روانی، رضایت زناشویی، مادران، کودک، اوتیسم

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

ali.taghvaei@yu.ac.ir

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۰۴-۹۱
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 91-104

**مقدمه**

اوتیسم[1] یک اختلال عصبی - تحولی است [۳-۱] که با با آسیب جدی در تعاملات اجتماعی، توانش‌های ارتباطی و همچنین بروز رفتارها، علایق و فعالیت‌های کلیشه‌ای مشخص می‌شود [۵ و ۴]. این اختلال معمولاً پیش از ۳۶ ماهگی ظاهر می‌شود و تحت‌تأثیر عواملی مانند شدت علائم و شرایط خانوادگی قرار دارد [۷ و ۶]. از جمله نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم می‌توان به نقص در مهارت‌های ارتباطی (شامل ارتباطات کلامی و غیرکلامی)، مشکل در ایجاد، حفظ و درک روابط میان فردی، ناهنجاری در تماس چشمی، ناتوانی در مشارکت در بازی‌های تخیلی، مشکلات پردازش حسی، دل‌بستگی شدید و غیرمعمول به اشیا، انجام بازی‌های تکراری، حرکات کلیشه‌ای و رفتارهای وسواسی، پیروی انعطاف‌ناپذیر از عادات روزمره، اختلال در روابط هیجانی، اجتماعی و حتی خود آزاری اشاره کرد [۸]. کودکان مبتلا به این اختلال در پردازش اطلاعات حسی دچار نقص بوده و ممکن است واکنش‌های غیرطبیعی به محرک‌های حسی نشان دهند، مانند پاسخ‌های اجتنابی یا واکنش‌های بیش از حد [۵]. همچنین، این کودکان مشکلاتی در حوزه‌ی عواطف، توانش‌های حرکتی (به‌ویژه حرکات ظریف دست‌ها)، فعالیت‌های روزمره، بازی، یادگیری زبان و گفتار طبیعی، رفتارهای چالشی و تقلید از دیگران دارند [۱۳-۹]. با توجه به طیف وسیع اختلال‌های روان‌شناختی و جسمانی مرتبط با اوتیسم، این وضعیت تأثیر چشمگیری بر خانواده‌ها می‌گذارد [۱۴].

تاکنون نظریه‌های متعددی برای تبیین تأثیر این بیماری بر خانواده کودک مطرح شده است. بر اساس نظریه فنوتایپ گسترده اوتیسم، ویژگی‌های زیر آستانه‌ای اوتیسم در والدین می‌تواند یکی از عوامل احتمالی افزایش مشکلات ارتباطی کودک باشد [۱۵ ، ۱۶]. برخی پژوهش‌ها به تأثیر منفی این بیماری بر روابط بین والدین و فضای ارتباطی حاکم بر خانواده اشاره کرده‌اند [۶]. به‌ویژه، مشکل در ابراز هیجانی کودک مبتلا به اوتیسم می‌تواند میزان همدلی بین مادر و کودک را کاهش داده و استرس والدین را افزایش دهد و در نهایت، بر روابط میان والدین و جو ارتباطی خانواده اثرگذار باشد. این تعاملات متقابل، کل سیستم خانواده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۱۷]. بر اساس نظریه ذهن، کودکان مبتلا به اوتیسم به دلیل رفتارهای تمرکز اتفاقی، تحمیل دیدگاه خود، ناتوانی در درک و تفسیر احساسات و نیات والدین و به‌طورکلی، ناتوانی در خواندن ذهن دیگران، در تعاملات اجتماعی با اعضای خانواده با مشکلاتی مواجه هستند [۱۸]. در همین راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خانواده‌هایی که یکی از اعضای آن‌ها به بیماری‌هایی مانند اوتیسم مبتلا است، به‌ویژه در مرحله حاد بیماری، دچار آسیب‌های قابل‌توجهی در عملکرد خود می‌شوند [۱۹].

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم با چالش‌های متعددی روبه‌رو هستند و به دلیل مشکلات و ویژگی‌های فرزندانشان، سطوح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند. این مادران در معرض پیامدهای منفی روان‌شناختی و خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات سلامت روانی قرار دارند [۲۰-۲۳]. افزون بر این، سلامت روانی، میزان رضایت‌مندی و عملکرد خانواده آن‌ها نسبت به خانواده‌های عادی پایین‌تر است [۲۴]. تولد یا حضور فردی با ناتوانی، به‌ویژه از نظر نیازهای تغذیه‌ای، نگهداری و پرستاری، فشارهای روانی متعددی را به خانواده تحمیل می‌کند و نیازمند سازگاری‌های جدیدی است که می‌تواند باعث ایجاد تنش و اضطراب شود. چنانچه، کودکی با ناتوانی‌های جسمی، ذهنی یا رفتاری متولد شود، این فشار روانی بر تمام اعضای خانواده، به‌ویژه مادر، افزایش یافته و خانواده را با چالش‌های گوناگونی مواجه می‌سازد [۲۵]. از جمله پیامدهای داشتن کودک اوتیسم در خانواده، تشدید اختلالات زناشویی، افزایش خطر جدایی، مشکلات اقتصادی ناشی از هزینه‌های مراقبتی و بسیاری از مسائل دیگر است [۲۶]. همچنین، والدین با تولد فرزندی مبتلا به اوتیسم احساسات منفی متعددی از جمله شوک، انکار، اضطراب، ناامیدی، خشم، افسردگی و احساس گناه را تجربه می‌کنند [۲۷]. گاهی وجود یک کودک مبتلا به اوتیسم چنان بحران‌های مالی و عاطفی شدیدی در خانواده ایجاد می‌کند که تعارض‌های زناشویی افزایش یافته و روابط بین همسران دچار مشکل می‌شود. در چنین شرایطی، والدین ممکن است یکدیگر را سرزنش کنند و از انجام وظایف خود شانه خالی کنند که این امر می‌تواند به تشدید مشکلات خانوادگی بی‌انجامد [۲۸ ، ۲۹]. ناتوانی کودک می‌تواند

1 . Autism

روابط زناشویی را به شکل‌های مختلفی تحت تأثیر قرار دهد، از جمله برانگیختن احساسات شدید میان والدین، ایجاد تغییر در ساختار خانواده، افزایش زمینه‌های تعارض و حتی تبدیل شدن به نمادی از شکست برای والدین [۳۰]. در این شرایط، تعادل بین نقش مادری و همسری مختل شده و مادر به دلیل نیازهای ویژه کودک، زمان، توجه و انرژی زیادی را صرف فرزند خود می‌کند. این درگیری شدید در نقش‌های والدینی، می‌تواند به بی‌توجهی نسبت به همسر منجر شود. در چنین موقعیتی، پدر احساس تنهایی کرده و ممکن است تمایل به سپردن کودک به مراکز نگهداری داشته باشد. از سوی دیگر، اگر پدر در نگهداری و حمایت از کودک مشارکت کافی نداشته باشد، مادر احساس تنهایی و مسئولیت مضاعف می‌کند که می‌تواند به خستگی، فرسودگی و در نهایت به خطر افتادن سلامت روانی والدین منجر شود [۳۱]. علاوه بر این، برخی عوامل غیرمستقیم نیز ممکن است روابط زناشویی را در خانواده‌هایی که کودک اوتیسم دارند، دچار اختلال کند. نیاز کودک به مراقبت ویژه، مراجعه‌های مکرر به پزشک، هزینه‌های بالای درمان و نگهداری از جمله عواملی هستند که نه تنها روابط زناشویی، بلکه سلامت روانی کل خانواده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند [۳۳ و ۳۲]. در این میان، سلامت خانواده وابسته به میزان رضایت زناشویی والدین است. رضایت زناشویی یکی از عوامل کلیدی در ثبات و پایداری خانواده و همچنین حفظ بهداشت روانی همسران و فرزندان محسوب می‌شود. این مفهوم، میزان برآورده شدن نیازها، توقعات و امیال فرد را در زندگی مشترک منعکس می‌کند و در واقع حاصل مقایسه وضعیت موجود با حالت مطلوب مورد انتظار است. به طور کلی، رضایت زناشویی تابعی از تعاملات میان اعضای خانواده، به‌ویژه رابطه بین زن و شوهر است [۳۵ و ۳۴].

توجه به سلامت روانی و سازگاری مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و پاسخ به چالش‌های ذکرشده، تنها از طریق توانمندسازی و تدوین راهکارهایی امکان‌پذیر است که بر بهبود وضعیت روان‌شناختی این مادران تمرکز داشته باشند. یکی از توانمندی‌هایی که در والدین، به‌ویژه مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم، دچار نقص است، تنظیم هیجان می‌باشد [۳۶]. تنظیم هیجان به معنای مدیریت، کاهش و کنترل هیجانات منفی و استفاده مناسب از هیجانات مثبت است [۴۰-۳۷]. آموزش تنظیم هیجان، از طریق تغییر هیجانی مبتنی بر خودسازماندهی، افزایش آگاهی از هیجانات، جایگزینی روش‌های ناسازگارانه پاسخ‌دهی به احساسات منفی و تعدیل هیجانات ناسازگار اولیه مانند احساس تنهایی، ناراحتی، طردشدگی و بی‌ارزشی که به شکل ترس یا شرمندگی بروز می‌کنند، می‌تواند مادران کودکان اوتیسم را توانمند سازد [۳۶]. تنظیم هیجان نقش مهمی در سلامت روانی و موفقیت در تعاملات اجتماعی دارد و می‌تواند با افزایش آگاهی فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، تأثیر قابل توجهی بر قضاوت و ادراک مثبت از خود، کاهش علائم جسمانی، اضطراب و بی‌نظمی‌های خلقی داشته باشد [۳۹]. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که آموزش تنظیم هیجان بر سطح رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد [۴۲ و ۴۱]. برای مثال، مطالعات انجام شده توسط روحی دهکردی [۴۳]، هیون و شین [۴۴]، کوچیگیت و اوزون [۴۵] و آنتونیاک و همکاران [۴۶] نشان داده‌اند که تنظیم هیجان یکی از عوامل کلیدی مؤثر بر رضایت زناشویی محسوب می‌شود. همچنین، پژوهش‌های مختلف تأیید کرده‌اند که آموزش تنظیم هیجان در سطوح مختلف بر رضایت، سلامت روانی، بهبود روابط، افزایش احساسات مثبت، کاهش آشفتگی زوجی و کاهش احتمال طلاق تأثیرگذار است [۵۰-۴۷].

همچنین، نتایج پژوهش‌های گراتز و همکاران [۳۹] و گان و همکاران [۵۱] نشان داده است که آموزش تنظیم هیجان تأثیر قابل توجهی بر کاهش آسیب‌رسانی به خود، کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس و در نهایت ارتقای سلامت روانی دارد. همچنین، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اوتیسم، به‌ویژه مادران آن‌ها، در مقایسه با خانواده‌هایی که کودکان با رشد معمولی دارند، از سطح پایین‌تری از انسجام، سازگاری و سلامت روانی برخوردارند [۵۲-۵۴]. علاوه بر این، مطالعات متعددی بر لزوم مداخلات اولیه و زودهنگام تأکید دارند، زیرا مادران این کودکان با چالش‌های منحصربه‌فردی مواجه می‌شوند که می‌تواند بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد [۵۵]. به‌طور کلی، شواهد پژوهشی گوناگون نشان می‌دهند که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، به دلیل ایفای نقش‌های چندگانه در زندگی خانوادگی، زناشویی، پرستاری و تربیت فرزند، سطوح بالاتری از استرس، اضطراب و بحران‌های روان‌شناختی را تجربه می‌کنند [۵۶ و ۵۷].

با وجود مطالعات گسترده در حوزه کودکان مبتلا به اوتیسم، تحقیقات محدودی به بررسی پیامدهای این اختلال بر والدین، به‌ویژه مادران و همچنین تأکید بر مداخلات درمانی مؤثر در این زمینه پرداخته‌اند. از سوی دیگر، با توجه به شیوع روزافزون این اختلال، سیر بروز و پیشرفت مشکلات ناشی از آن و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی خانواده‌های این کودکان، ضرورت ارائه درمان‌های کارآمد بیش از پیش احساس می‌شود. در این میان، مداخلات والد - محور به‌طور کلی و برنامه‌های آموزش تنظیم هیجان به طور خاص، در خارج از ایران پشتوانه تجربی مناسبی در کاهش مشکلات والدین کودکان اوتیسم به دست آورده‌اند. علاوه بر این، پژوهش‌های جدید به طور فزاینده‌ای به بررسی مشکلات خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اوتیسم پرداخته‌اند. با توجه به این پیشینه، پرسش اساسی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش تنظیم هیجان می‌تواند تأثیر معناداری بر سلامت روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان اوتیسم داشته باشد؟

## پیشینه پژوهش

با مرور مطالعات پیشین در زمینه آموزش تنظیم هیجان، می‌توان دریافت که این نوع مداخلات در گروه‌های مختلفی اثربخش بوده است. به عنوان مثال، پژوهش جعفری ثانی و همکاران [۵۸]، نشان داد که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را بهبود بخشد. با این حال، این مطالعه به طور خاص بر مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تمرکز نداشته و تفاوت‌های بنیادینی در ماهیت چالش‌های روانی و روابط زناشویی این گروه وجود دارد که نیاز به بررسی جداگانه دارد.

در مطالعه جالینوس‌نیا و همکاران [۵۹] نیز تأثیر مثبت آموزش گروهی تنظیم هیجان بر سلامت روان کادر درمان گزارش شد؛ اما این گروه از نظر موقعیت و نقش خانوادگی با والدین کودکان دارای نیازهای ویژه متفاوت هستند و نمی‌توان نتایج این مطالعه را به صورت مستقیم به مادران کودکان مبتلا به اوتیسم تعمیم داد.

همچنین، روحی دهکردی [۴۳]، اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را بر استرس والدینی و رضایت زناشویی والدین کودکان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی مورد بررسی قرار داد. اگرچه این مطالعه به موضوع والدین دارای کودک با نیازهای خاص پرداخته، اما تفاوت‌های قابل توجهی بین اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال طیف اوتیسم از نظر نوع فشارهای روانی بر والدین، به‌ویژه مادران، وجود دارد که ضرورت انجام مطالعه حاضر را برجسته می‌کند.

در همین راستا، مطالعه مؤمنی و همکاران [۶۰] نیز نشان داد که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند دلزدگی زناشویی و نارسایی هیجانی زوجین در شرف طلاق را کاهش دهد، اما این پژوهش در جامعه‌ای متفاوت از والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم انجام شده است. در واقع، عوامل تنش‌زای ویژه‌ای که در خانواده‌های دارای کودک اوتیستیک وجود دارد، ممکن است تأثیر مداخلات هیجانی را به شکل متفاوتی تحت‌تأثیر قرار دهند.

در سطح بین‌المللی، پژوهش فری و همکاران [۶۱] نیز نقش تنظیم هیجان در کاهش تعارض و افزایش رضایت زناشویی را در زوج‌ها مورد تأیید قرار داد و همچنین، مازوکا و همکاران [۶۲]، به ارتباط میان تنظیم هیجان و رضایت زناشویی بلندمدت پرداختند. با این حال، هیچ یک از این پژوهش‌ها به طور خاص به والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم نپرداخته‌اند، که چالش‌های عمیق‌تری را در روابط زوجین ایجاد می‌کند.

کلویتر و همکاران [۶۳] نیز نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه با سلامت روان و تجارب منفی دوران کودکی را نشان دادند و هنری و همکاران [۶۴] بر اهمیت تنظیم هیجان در بهبود سلامت روان نوجوانان تأکید کردند. اما همچنان شکاف مهمی در ادبیات پژوهشی باقی مانده است؛ چرا که مطالعات اندکی به طور هم‌زمان تأثیر آموزش تنظیم هیجان را بر دو مؤلفه کلیدی یعنی سلامت روانی و رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بررسی کرده‌اند.

مرور پیشینه‌های مرتبط با موضوع نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجان به عنوان یک مداخله روان‌شناختی در بهبود مؤلفه‌هایی مانند سلامت روان، رضایت زناشویی، کاهش استرس والدینی و مدیریت هیجانات، تأثیر قابل توجهی در گروه‌های مختلف داشته است. با این حال، بیشتر این مطالعات یا بر گروه‌هایی غیر از والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم متمرکز بوده‌اند (مانند پزشکان،

پرستاران، زوجین در شرف طلاق یا والدین کودکان با اختلالات دیگر)، یا تنها یک جنبه از پیامدهای روانی مانند سلامت روان یا رضایت زناشویی را به صورت مجزا بررسی کرده‌اند.

در عین حال، مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به دلیل ویژگی‌های خاص این اختلال، با چالش‌های هیجانی، روانی و زناشویی منحصربه‌فردی مواجه هستند که آن‌ها را از دیگر گروه‌ها متمایز می‌کند؛ بنابراین علی‌رغم شواهد موجود مبنی بر تأثیر تنظیم هیجان، هنوز مطالعه‌ای جامع که به‌طور هم زمان به تأثیر این آموزش بر سلامت روانی و رضایت زناشویی در این گروه خاص بپردازد، وجود ندارد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، درصدد پاسخ‌گویی به این خلأ علمی و فراهم‌سازی شواهدی برای مداخله مؤثر در حمایت از این قشر آسیب‌پذیر است.

## روش

این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. گروه نمونه پژوهش، شامل ۳۰ مادر دارای کودک مبتلا به اوتیسم مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز بودند که به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. با توجه به ماهیت آموزشی- مداخله‌ای پژوهش حاضر، و این‌که در تحقیقات آزمایشی تعداد ۱۵ نفر در هر گروه مورد تأیید می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۳)، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. در مرحله پیش‌آزمون، در مورد تمامی شرکت‌کنندگان، پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ [۶۵] و پرسش‌نامه رضایت زناشویی اینریچ [۶۶] اجرا شدند. سپس گروه آزمایش در برنامه آموزش تنظیم هیجانی (ده جلسه هفتگی)، شرکت کردند، در حالی که اعضای گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماندند. بعد از اتمام مرحله مداخله، مادران دو گروه با همان پرسش‌نامه‌ها مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش، داشتن حداقل یک فرزند اوتیسم، داشتن تحصیلات حداقل متوسطه اول، نداشتن اختلال همبود و نیز نداشتن اختلالات شدید روانی بر اساس گزارش شرکت‌کنندگان بود. عدم رضایت و عدم تمایل به تکمیل پرسش‌نامه‌ها و یا ناقص پاسخ دادن پرسش‌های پرسش‌نامه‌ها از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. ابزار مورد استفاده در مطالعه حاضر عبارت بودند از:

### پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲م.)

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲ م. توسط گلدبرگ ساخته شد که شامل ۲۸ ماده و ۴ خرده مقیاس علائم جسمانی (گویه‌های ۱ تا ۷)، علائم اضطراب (گویه‌های ۸ تا ۱۴)، اختلال در کارکردهای اجتماعی (گویه‌های ۱۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (گویه‌های ۲۲ تا ۲۸) است که به بررسی سلامت عمومی فرد در یک ماه گذشته می‌پردازد. شیوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به‌صورت ۰، ۱، ۲، ۳، نمره‌گذاری می‌گردد و در نتیجه دامنه نمره فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ برای نخستین بار توسط تقوی (۱۳۸۰ به نقل از عاشوری و همکاران) [۶۷] در ایران هنجاریابی شد و پایایی کل پرسش‌نامه به روش‌های بازآزمایی، تنصیف و کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد. همچنین، برای بررسی روایی پرسش‌نامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی و تحلیل عاملی استفاده شد. در بررسی روایی همزمان، پرسش‌نامه حاضر با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس به صورت همزمان بررسی شد و ضریب همبستگی ۰/۵۵ به دست آمد. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش واریماکس چرخشی و براساس آزمون اسکری، انجام شد و یافته‌ها حاکی از وجود مؤلفه‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی بود. پایایی مؤلفه‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی، افسردگی و نمره کل در پژوهش گلدبرگ [۶۵] به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۵، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۹۴ به دست آمد. در پژوهش جامعی زاده و همکاران [۶۸] پایایی کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مؤلفه‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی، افسردگی و نمره کل به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۷۱، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمد.

### پرسش‌نامه رضایت زناشویی اینریچ (۲۰۰۰م.)

پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ، که نسخه ۴۷ گویه‌ای آن توسط اولسون و اولسون [۶۶] تدوین شده است، یکی از ابزارهای استاندارد و پرکاربرد در ارزیابی کیفیت روابط

زناشویی به شمار می‌آید. در مطالعات متعدد، این پرسش‌نامه به عنوان وسیله‌ای جهت سنجش میزان رضایت از زندگی زناشویی استفاده شده است. پاسخ‌دهی به گویه‌های این ابزار بر مبنای یک مقیاس پنج گزینه‌ای انجام می‌شود؛ گزینه‌ها عبارتند از: «کاملاً موافق»، «موافق»، «نه موافق و نه مخالف»، «مخالف» و «کاملاً مخالف»، که به ترتیب امتیازاتی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) به آن‌ها اختصاص می‌یابد و گویه‌های ۱۵، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پایان، با محاسبه مجموع امتیازات، وضعیت رضایت از رابطه زناشویی تعیین می‌گردد؛ به طوری که امتیاز کمتر از ۳۰ نشان‌دهنده نارضایتی شدید، نمره ۳۰ تا ۴۰ بیانگر عدم رضایت، نمره ۴۰ تا ۶۰ حاکی از رضایت نسبی و متوسط، نمره ۶۰ تا ۷۰ معادل رضایت زیاد و امتیاز بیش از ۷۰ نشان‌دهنده رضایت فوق‌العاده است. در پژوهش اولسون و اولسون [۶۶] پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد و همبستگی درونی ۰/۹۵ محاسبه شد. این پرسش‌نامه برای نخستین‌بار در ایران توسط سلیمانیان [۶۹] ترجمه شده و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است؛ همچنین، پایایی اولیه آن به میزان ۰/۹۳ گزارش شده و در پژوهش طهماسبی و خرم‌آبادی [۷۰] مقدار پایایی ۰/۹۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی کل این پرسش‌نامه ۰/۷۳ به‌دست آمد.

**جدول ۱. شرح مختصر جلسات آموزش تنظیم هیجان براساس مدل گراس (۲۰۰۲م.)**

| جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|
| اول | مروری بر ساختار جلسات، مرور اهداف، بیان قواعد گروه، معرفی دوره، تعیین تکلیف خانگی و تکمیل کردن کاربرگ تنظیم هیجانی |
| دوم | شناسایی و نام‌گذاری و برچسب زدن به احساسات و عواطف، تفاوت بین هیجان‌های مختلف، عوامل موفقیت در تنظیم هیجانی |
| سوم | پیامدهای شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری واکنش‌های هیجانی و ارتباط آن‌ها با یکدیگر |
| چهارم | خطای شناختی رایج و آشنایی با آن‌ها، شناسایی شاخص‌های اختلال هیجانی، آگاهی از رابطه بین هیجان‌ها، رفتار و تفکر |
| پنجم | شناخت رابطه میان افکار اتوماتیک، تفسیرها و رفتار، شناسایی افکارتحریف شده، انعطاف‌پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره‌ای از احتمالات |
| ششم | شناخت پیامدهای اجتناب هیجانی، شناخت و تجربه هیجان یا سرکوب هیجان |
| هفتم | آگاهی از هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی، انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی، تفسیر و ارزیابی مجدد |
| هشتم | معرفی باورهای مربوط به طرد شدگی، معرفی باورهای مربوط به درماندگی، شناسایی باورهای هسته‌ای |
| نهم | شکستن باورهای هسته‌ای مشکل‌زا و جایگزین کردن باورهای جدید، استفاده از تکنیک های هیجانی و کار گروهی |
| دهم | جمع‌بندی جلسات گذشته، ارائه پیشنهادات و اجرای پس‌آزمون |

بعد از تعیین جامعه پژوهش و اخذ مجوزهای مورد نیاز، نویسندگان به مراکز مشاوره شهر شیراز مراجعه کرده و از مسئول فنی یا مدیریت کلینیک خواسته شد تا مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مطابق با ملاک‌های ورود پژوهش را معرفی نمایند. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مادران، افراد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و پرسش‌نامه در اختیارشان قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، ده جلسه آموزش برای گروه آزمایش صورت گرفت و در نهایت مجدداً پرسش‌نامه‌ها در اختیار هر دو گروه قرار گرفت. پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط نویسندگان جمع‌آوری شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

## نتایج

شرکت‌کنندگان شامل ۳۰ مادر دارای کودک مبتلا به اوتیسم در شهر شیراز که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۵ نفر، جایگزین شدند. میانگین سنی گروه مداخله سال ۷/۶۸ ± ۲۹/۴۴ و میانگین سنی گروه کنترل سال ۸/۰۳ ± ۳۰/۱۱ بود. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای رضایت زناشویی و مؤلفه‌های سلامت روانی به تفکیک گروه آزمایش و گواه ارائه شده است.

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل**

| متغیر | آزمون | آزمایش | | گواه | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| رضایت زناشویی | پیش‌آزمون | ۱۸/۷۳ | ۴/۱۱ | ۱۹/۲۲ | ۳/۱۲ |
| | پس‌آزمون | ۲۷/۱۵ | ۵/۰۸ | ۱۹/۹۵ | ۳/۲۱ |
| علائم جسمانی | پیش‌آزمون | ۱۵/۴۵ | ۳/۲۴ | ۱۵/۲۱ | ۲/۸۵ |
| | پس‌آزمون | ۱۴/۶۶ | ۳/۱۱ | ۱۵/۳۶ | ۲/۸۸ |
| علائم اضطراب | پیش‌آزمون | ۱۴/۲۵ | ۴/۲۷ | ۱۴/۸ | ۲/۸۲ |
| | پس‌آزمون | ۱۱/۷۵ | ۲/۲۰ | ۱۴/۴۲ | ۲/۵۷ |
| اختلال در کارکردهای اجتماعی | پیش‌آزمون | ۱۸/۶۰ | ۴/۰۶ | ۱۴/۷۵ | ۲/۳۵ |
| | پس‌آزمون | ۱۲/۳۳ | ۲/۳۸ | ۱۵/۲۵ | ۲/۷۳ |
| افسردگی | پیش‌آزمون | ۱۷/۲۰ | ۳/۵۶ | ۱۴/۷۰ | ۲/۴۷ |
| | پس‌آزمون | ۱۲/۳۸ | ۲/۴۰ | ۱۴/۱۸ | ۲/۲۶ |

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بعد از اعمال مداخله آموزشی میانگین رضایت زناشویی و مؤلفه‌های سلامت روانی به مقدار قابل توجهی در گروه آزمایش تغییر یافته است ولی در گروه گواه این نمرات تغییر چندانی نداشت. قبل از انجام تحلیل کوواریانس شرایط اساسی استفاده از آن مورد بررسی قرار گرفت:

برای آزمون برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد و به دلیل معناداری رضایت زناشویی (P>۰/۰۵ ، F=۲/۱۱۲)، علائم جسمانی (F=۰/۴۱۷ ، P>۰/۰۵)، علائم اضطراب (P>۰/۰۵ ، F=۰/۲۲۳)، اختلال در کارکردهای اجتماعی (P>۰/۰۵ ، F=۰/۱۱۲) و افسردگی (P>۰/۰۵ ، F=۰/۱۰۳)، متغیرها بزرگ‌تر از سطح معناداری α =۰/۰۵ بودند؛ در نتیجه می‌توان گفت واریانس بین گروه‌های گواه و آزمایش در متغیرها وابسته تقریباً با هم برابر هستند. نتایج آزمون کولموگروف - اسمرینوف هم نشان داد که همه متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند. در جدول ۳ نیز نتایج تحلیل شیب خط رگرسیونی به‌عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس آورده شده است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۳، سطوح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرضیه همگنی رگرسیونی پذیرفته می‌شود. پس از اطمینان از رعایت پیش‌فرض‌ها، در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) جهت بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روانی و رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم ارائه شده است.

**جدول۳. بررسی همگنی شیب های رگرسیونی**

| متغیر | F | سطح معناداری |
|---|---|---|
| رضایت زناشویی | ۰/۱۳۲ | ۰/۷۷۱ |
| علائم جسمانی | ۰/۲۵۵ | ۰/۸۹۶ |
| علائم اضطراب | ۰/۳۳۵ | ۰/۷۸۳ |
| اختلال در کارکرد های اجتماعی | ۰/۲۲۸ | ۰/۵۶۳ |
| افسردگی | ۰/۰۴۷ | ۰/۶۰۲ |

**جدول۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) روی تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رضایت زناشویی و سلامت روانی**

| نام آزمون | مقدار | F | فرضیه درجه آزادی | خطای درجه آزادی | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| اثر پیلایی | ۰/۶۴۵ | ۷/۴۵ | ۶ | ۲۵ | ۰/۰۰۰ |
| لامبدایی ویلکز | ۰/۵۳۹ | ۷/۴۵ | ۶ | ۲۵ | ۰/۰۰۰ |
| اثر هتلینگ | ۰/۴۴۲ | ۷/۴۵ | ۶ | ۲۵ | ۰/۰۰۰ |
| بزرگترین ریشه خطا | ۰/۳۹۵ | ۷/۴۵ | ۶ | ۲۵ | ۰/۰۰۰ |

**جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته**

| متغیرهای پژوهش | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور سهمی اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|
| رضایت زناشویی | ۴۱۷/۲۸ | ۱ | ۴۱۷/۲۸ | ۵۲/۳۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۴ |
| افسردگی | ۲۶۸/۱۹ | ۱ | ۲۶۸/۱۹ | ۴۷/۲۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۴ |
| علائم جسمانی | ۲/۷۴۲ | ۱ | ۲/۷۴۲ | ۰/۷۳۶ | ۰/۱۲۸ | ۰/۰۱۳ |
| اختلال در کارکردهای اجتماعی | ۳۳۵/۵۷ | ۱ | ۳۳۵/۵۷ | ۵۰/۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵ |
| علائم اضطراب | ۳۰۷/۸۸ | ۱ | ۳۰۷/۸۸ | ۴۹/۳۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱ |

همان‌طور که جدول ۴ ملاحظه می‌شود، تمامی آزمون‌های مانکوا (اثر پیلایی، لامبدایی ویلکز، اثرهتلینگ، بزرگترین ریشه خطا) در سطح P>۰/۰۱ معنادار می باشند، بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. جهت پی‌بردن به این تفاوت تحلیل آنکوا در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، برنامه آموزش تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون بر رضایت زناشویی و همه مؤلفه‌های سلامت روان به جز علائم جسمانی اثر داشته است (P<۰/۰۱). به بیان دیگر، در مجموع تفاوت معنادار بین خرده مقیاس‌های سلامت (علائم اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی) و رضایت زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دوگروه آزمایش و کنترل در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم وجود دارد.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روانی و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود. یافته‌ها نشان داد که همه مؤلفه‌های سلامت روانی، به استثنای علائم جسمانی، در نتیجه آموزش تنظیم هیجانی به طور معناداری تغییر کرده است که این یافته با یافته‌های امینی و همکاران [۲۳]، لوپز و همکاران [۳۱] و پاپادولوپوس [۲۲] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری سلامت والدین، وضعیت سلامت فرزندان آن‌ها است. داشتن کودک مبتلا به اوتیسم می‌تواند والدین را با چالش‌های متعددی روبه‌رو کند. از جمله این چالش‌ها، ایجاد و تشدید مشکلات زناشویی، جدایی، مسائل اقتصادی ناشی از هزینه‌های نگهداری و درمان و بسیاری از مشکلات دیگر است که می‌تواند بر پایداری خانواده تأثیر منفی بگذارد [۲۱]. بر این اساس، تولد کودکی با اختلال اوتیسم می‌تواند والدین را با احساسات منفی شدیدی همچون شوک، انکار، ناامیدی، خشم، افسردگی و احساس گناه مواجه کند که این احساسات، در صورت عدم مدیریت مناسب، می‌توانند سلامت روانی والدین را تهدید کنند [۲۴]. در برخی موارد، فشارهای ناشی از نگهداری کودک اوتیسم، بحران‌های مالی و عاطفی شدیدی را در خانواده ایجاد می‌کند که می‌تواند منجر به افزایش تعارضات خانوادگی و بروز مشکلات زناشویی شود؛ در نتیجه سلامت روانی والدین به مخاطره می‌افتد [۲۵]. در واقع، تحقیقات نشان داده‌اند که مادران کودکان اوتیسم در مقایسه با مادران کودکان عادی، پذیرش کمتری نسبت به واقعیت‌های زندگی دارند. این امر باعث کاهش توانایی آن‌ها در پذیرش افکار و احساسات مرتبط با فرزندشان شده و نگرانی‌های آن‌ها را افزایش می‌دهد. در نتیجه، این فرآیند می‌تواند سلامت روانی آن‌ها را تحت‌تأثیر منفی قرار دهد [۷۱].

آموزش مهارت تنظیم هیجان به مادران کودکان اوتیسم این امکان را می‌دهد که در موقعیت‌های دشوار، برانگیختگی‌های عاطفی و هیجان‌های منفی خود را شناسایی، کنترل و هدایت کنند. این توانایی نه تنها به کاهش شدت واکنش های هیجانی ناسازگار کمک می کند، بلکه زمینه را برای استفاده از راهبردهای سازگارانه و کارآمد در مواجهه با فشارهای روان شناختی فراهم می سازد. مادران با بهره‌گیری از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌توانند احساسات منفی مانند اضطراب، خشم یا درماندگی را به تدریج کاهش داده و آن‌ها را با هیجان‌های مثبت و سالم جایگزین کنند. این فرایند به شکل مستقیم موجب کاهش

درماندگی روان‌شناختی، افزایش احساس کنترل و توانمندی در برابر چالش های روزمره و ارتقای رضایتمندی از زندگی می شود. در نتیجه، سلامت روانی و بهزیستی کلی مادران بهبود یافته و آن‌ها قادر خواهند بود روابط خانوادگی گرم‌تر و حمایت‌گرانه‌تری ایجاد کنند. همچنین، تنظیم هیجان می‌تواند به افزایش تاب‌آوری روانی و اجتماعی مادران کمک کند؛ به گونه ای که در برابر فشارهای ناشی از مراقبت از کودک اوتیسم، توانایی بیشتری برای حفظ آرامش، امید و کارآمدی داشته باشند [۷۲]. هرچه مادران از راهبردهای انطباقی تر در تنظیم هیجان استفاده کنند، توانایی بیشتری در مدیریت واکنش‌های هیجانی خود خواهند داشت و این امر به شکل مستقیم بر رفتار کودکان آن‌ها تأثیر می‌گذارد. استفاده از راهبردهای سازگارانه مانند بازنگری شناختی، پذیرش هیجان‌ها و تمرین آرام‌سازی می‌تواند به کاهش مشکلات رفتاری کودکان کمک کند؛ زیرا کودک در محیطی آرام‌تر و حمایت‌گرانه‌تر رشد می‌کند. کاهش مشکلات رفتاری کودکان نه تنها فشار روانی مادران را کمتر می‌کند، بلکه سطح استرس روزمره آن‌ها را نیز کاهش می دهد. در نتیجه، مادران احساس کنترل بیشتری بر شرایط پیدا کرده و توانایی بالاتری برای مواجهه با چالش های تربیتی و آموزشی خواهند داشت. این فرآیند به تدریج موجب افزایش کیفیت زندگی، ارتقای سلامت عمومی و بهبود روابط خانوادگی می‌شود [۷۳].

در نهایت، آموزش تنظیم هیجان موجب می شود که افراد بتوانند عواطف و هیجانات منفی نهفته را به شیوه‌ای سالم و سازنده تخلیه کنند. این فرایند نه تنها مانع از انباشت و تشدید هیجان‌های ناسازگار می‌شود، بلکه به ایجاد تعادل روانی و افزایش توانایی فرد در مدیریت موقعیت‌های دشوار کمک می‌کند. هنگامی که هیجان‌های منفی به درستی پردازش و رهاسازی شوند، زمینه برای شکل‌گیری تعاملات مثبت رفتاری فراهم می‌گردد؛ به این معنا که روابط اجتماعی و خانوادگی کیفیت بیشتری پیدا کرده و ارتباطات انسانی بر پایه همدلی و آرامش استوار می شوند. افزون بر این، آموزش تنظیم هیجان با افزایش سطح رضایتمندی از زندگی، احساس کنترل و توانمندی را در افراد تقویت کرده و موجب ارتقای احساسات و عواطف مثبت نظیر امید، آرامش و شادی می‌شود. چنین تغییراتی در نهایت به بهبود سلامت روانی و افزایش بهزیستی کلی فرد منجر خواهد شد؛ بنابراین، تمرکز بر مهارت های تنظیم هیجان نه تنها در پیشگیری از مشکلات روان شناختی اهمیت دارد، بلکه در فرایند درمان و بازتوانی نیز نقشی اساسی ایفا می‌کند [۷۴].

دیگر یافته پژوهش نشان داد، رضایت زناشویی در بین مادران دارای کودکان اوتیسم پایین‌تر از مادران کودکان عادی است. این یافته با یافته‌های روحی دهکردی [۴۳]، کوچیگیت و اوزون [۴۵] و آنتونیاک و همکاران [۴۶] همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مادران کودکان اوتیسم بیش از سایرین در معرض تجربه احساس پوچی، بی ارزشی و ناکامی قرار دارند. فشارهای ناشی از مراقبت مداوم، چالش های ارتباطی با فرزند و انتظارات اجتماعی بر این احساسات منفی می افزاید و موجب می شود نگرش‌های منفی نسبت به خود در آنان شکل گیرد و تداوم یابد. این نگرش های منفی نه تنها بر سلامت روانی مادران اثر می‌گذارد، بلکه به طور غیرمستقیم بر فرزندان آن‌ها نیز سایه می اندازد. زمانی که مادران خود را بی ارزش یا ناکام تصور می کنند، این برداشت به شکل پیام های آشکار یا پنهان در تعاملات روزمره با کودک منتقل می شود. در نتیجه، کودکان نیز ممکن است خود را نامطلوب، ناکافی یا فاقد ارزش بدانند. چنین چرخه‌ای می تواند به کاهش اعتماد به نفس، افزایش مشکلات هیجانی و رفتاری و تضعیف احساس تعلق اجتماعی در کودکان منجر شود [۷۵]؛ بنابراین، احتمال نارضایتی زناشویی در این مادران نسبت به مادران کودکان عادی بیشتر است. از سوی دیگر، اختلال اوتیسم به دلیل نقص‌هایی که در رشد مهارت‌های ارتباطی، تعاملی، کلامی و شناختی فرد مبتلا ایجاد می‌کند، تقریباً تمامی اعضای خانواده را به درجات مختلف درگیر کرده و منبعی از تنش و آشفتگی برای آن‌ها محسوب می‌شود [۲۸]. مادران این کودکان، زمانی که مشاهده می‌کنند فرزندشان نمی‌تواند به طور فعال در تعاملات میان فردی شرکت کند یا در بازی‌های نمادین حضور یابد، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. از آنجا که اضطراب، واکنشی به تهدیدهای مبهم، ناشناخته یا متعارض است، بر عملکرد شناختی مادران تأثیر گذاشته و موجب بروز تحریف‌های ادراکی در آن‌ها می‌شود. این روند، چرخه‌ای معیوب ایجاد کرده و منجر به افزایش نارضایتی از زندگی زناشویی می‌گردد [۵].

آموزش مهارت تنظیم هیجان به مادران کودکان اوتیسم کمک می کند تا نسبت به هیجانات خود آگاهی بیشتری

پیدا کنند، آن را بپذیرند و به شیوه‌ای سازگارانه و کارآمد هیجانات خود را تنظیم کنند. این فرایند نه تنها موجب کاهش آشفتگی‌های ذهنی و خطاهای شناختی می‌شود، بلکه باورهای ناکارآمد و منفی درباره خود و شرایط زندگی را نیز تعدیل می‌کند. در واقع، مادران با یادگیری راهبردهای کنترل هیجان، به جای سرکوب یا اجتناب از آن، می‌توانند پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثرتری در برابر چالش‌های روزمره و فشارهای روانی اتخاذ کنند. به کارگیری این مهارت‌ها باعث می شود مادران در روابط زناشویی خود نیز احساس رضایت بیشتری داشته باشند؛ زیرا توانایی مدیریت هیجان‌ها، زمینه‌ساز ارتباطی سالم‌تر، کاهش تعارضات و افزایش همدلی میان زوجین است. در نتیجه، کیفیت زندگی خانوادگی ارتقا یافته و مادران احساس حمایت و آرامش بیشتری در تعامل با همسر خود تجربه می‌کنند. افزون بر این، آموزش تنظیم هیجان نگرش مادران را نسبت به بیماری کودک تغییر می‌دهد؛ آن‌ها به جای نگاه کردن به اوتیسم به عنوان یک بحران غیر قابل کنترل، آن را مسئله‌ای قابل مدیریت می‌دانند. این تغییر نگرش موجب افزایش احساس کنترل و توانمندی در مادران شده و آن ها را قادر می سازد، با امید و آرامش بیشتری مسیر مراقبت و تربیت فرزند خود را ادامه دهند [۷۶].

در این پژوهش، جمعیت مورد مطالعه به تعداد محدودی از مادران کودکان اوتیسم در شهر شیراز اختصاص داشت؛ بنابراین برای تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی، لازم است با احتیاط عمل شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در شهرها و مناطق دیگری نیز انجام شود و نتایج آن‌ها با یافته‌های این مطالعه مقایسه گردد. در نهایت سن کودکان می‌تواند در شدت فشارهای روانی مادران نقش داشته باشد و پیشنهاد می شود این موضوع در پژوهش‌های آینده با دقت بیشتری مورد بررسی قرار گیرد.

بر اساس نتایج به دست آمده، به روان‌شناسان، مشاوران و درمانگران توصیه می‌شود که برای ارتقای سلامت روانی و کاهش مشکلات مادران کودکان اوتیسم، به‌ویژه مشکلات مرتبط با نارضایتی زناشویی، کارگاه‌های آموزشی برگزار کنند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌های درمانی خود، با در نظر گرفتن این نتایج، مداخلات زودهنگام را جهت افزایش رضایت و ثبات زندگی زناشویی، کاهش فرسودگی روان‌شناختی و ارتقای سلامت روانی اجرا نمایند.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در اجرای این پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی مرتبط با مطالعات انسانی رعایت گردید. پیش از آغاز فرایند جمع‌آوری داده‌ها، هدف تحقیق، نحوه اجرای جلسات آموزشی و نحوه استفاده از اطلاعات به صورت شفاف برای شرکت کنندگان توضیح داده شد. رضایت‌نامه آگاهانه از تمامی مادران شرکت کننده اخذ گردید و به آنان اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بوده و در هر مرحله امکان انصراف بدون هیچ‌گونه پیامد منفی وجود دارد. همچنین، محرمانگی اطلاعات شخصی و پاسخ‌ها تضمین شد و داده‌ها صرفاً در راستای اهداف علمی پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. تمامی مراحل پژوهش مطابق با اصول اخلاقی روان‌شناسی و با تأیید نهادهای ذی‌ربط دانشگاهی انجام شد.

### حامی مالی

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

### سپاسگزاری

بدین‌وسیله از مراکز مشاوره شهر شیراز به خاطر کمک در جمع‌آوری نمونه و نیز از همه مادران کودکان اوتیسم که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

1- Allen KA, Bowles TV, Weber LL. Mothers' and fathers' stress associated with parenting a child with autism spectrum disorder. *Autism Insights*. 2013 Mar 10; 5(1): 1-1. doi:10.4137/AUI.S11094

2- Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, Yusuf A, Shih A, Elsabbagh M. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research*. 2022 May; 15(5): 778-90. doi:10.1002/aur.2696

3- Akafi broujeny, F. L., Behboodi, M., dokaneifard, F. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Modulating the Personality Traits of Mothers Having Children with Autism Spectrum Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*, 2023; 13(52): 157-188. doi:10.22054/jpe.2024.76722.2632 **[In Persian]**

4- Tafolla M, Singer H, Lord C. Autism spectrum disorder across the lifespan. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2025;21. doi:10.1146/annurev-clinpsy-081423-031110

5- Bandyopadhyay Prasanta S, Forster Malcolm R, Oxford E, Barkow Jerome H, Leda C, John T, William B, Richardson Robert C, Beck Aaron T, John RA, Shaw Brian F. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
Ananth Mahesh, In defense of an evolutionary concept of health nature, norms, and human biology, Aldershot, England, Ashgate.
*Philosophy*. 2014; 39(6): 683-724.

6- Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and psychopathology*. 2008 Jul; 20(3): 775-803. doi:10.1017/S0954579408000370

7- Hirota T, King BH. Autism spectrum disorder: a review. Jama. 2023 Jan 10; 329(2): 157-68. doi:10.1001/jama.2022.23661

8- Murphy R. SPICe briefing: Autism spectrum disorder. Edinburgh: Scottish Parliament Information Centre. 2017.

9- Rapin I, Tuchman RF. *Where We Are: Overview and Definitions. In R*. Tuchman & I. Rapin (Eds.), Autism: A neurological disorder of early brain development (pp. 1–18). Mac Keith Press. 2006.

10- Caron V, Berube A, Paquet A. Implementation evaluation of early intensive behavioral intervention programs for children with autism spectrum disorders: A systematic review of studies in the last decade. *Evaluation and program planning*. 2017 Jun 1; 62: 1-8. doi:10.1016/j.evalprogplan.2017.01.004

11- McDonnell CG, Valentino K, Diehl JJ. A developmental psychopathology perspective on autobiographical memory in autism spectrum disorder. *Developmental Review*. 2017 Jun 1;44: 59-81. doi:10.1016/j.dr.2017.01.001

12- Rivard M, Morin M, Mercier C, Terroux A, Mello C, Lépine A. Social validity of a training and coaching program for parents of children with autism spectrum disorder on a waiting list for early behavioral intervention. *Journal of Child and Family Studies*. 2017 Mar; 26(3): 877-87. doi:10.1007/s10826-016-0604-5

13- Bicks LK, Geschwind DH. Functional neurogenomics in autism spectrum disorders: A decade of progress. *Current Opinion in Neurobiology*. 2024 Jun 1; 86: 102858. doi:10.1016/j.conb.2024.102858

14- Ruparelia K, Abubakar A, Badoe E, Bakare M, Visser K, Chugani DC, et al. Autism spectrum disorders in Africa: current challenges in identification, assessment, and treatment: a report on the International Child Neurology Association Meeting on ASD in Africa, Ghana, April 3-5, 2014. *Journal of child neurology*. 2016 Jul; 31(8): 1018-26. doi:10.1177/0883073816635748

15- Joshi G, Petty C, Wozniak J, Henin A, Fried R, Galdo M, et al. The heavy burden of psychiatric comorbidity in youth with autism spectrum disorders: A large comparative study of a psychiatrically referred population. *Journal of autism and developmental disorders*. 2010 Nov; 40(11): 1361-70. doi:10.1007/s10803-010-0996-9

16- Flippin M, Watson LR. Parental broad autism phenotype and the language skills of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2018 Jun; 48(6): 1895-907. doi:10.1007/s10803-017-3431-7

17- Baron-Cohen S, Hammer J. Is autism an extreme form of the" male brain"?. Advances in Infancy research. 1997 Jul 25;11:193-218.

18- Taremi S, Farhangi A, Hobi MB, Abbaspour Azar Z. Comparison the effectiveness of autism integrated treatment program with family and multiple special skills training on self-concept in mothers of children with autism spectrum disorder. *J Excellence Couns Psychother*. 2022; 11(41): 11–22. Available from: https://sanad.iau.ir/Journal/jci/Article/931967/FullText **[In Persian]**

19- Kimhi Y. Theory of mind abilities and deficits in autism spectrum disorders. *Topics in Language Disorders*. 2014 Oct 1; 34(4): 329-43. https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/TLD.0000000000000033

20- Keitner GI, Archambault R, Ryan CE, Miller IW. Family therapy and chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*. 2003 Aug; 59(8): 873-84. doi:10.1002/jclp.10179

21- Mancil GR, Boyd BA, Bedesem P. Parental stress and autism: are there useful coping strategies?. *Education and training in developmental disabilities*. 2009 Dec 1: 523-37.

22- Papadopoulos D. Mothers' experiences and challenges raising a child with autism spectrum disorder: A qualitative study. *Brain sciences*. 2021 Mar 2; 11(3): 309-324. doi:10.3390/brainsci11030309

23- Amini, M., Shiasy, Y., Motallebi, Z., lotfi, M. The role of emotion regulation and Personality traits as predictors of Quality of life and General health in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2020; 27(3): 424-430. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1317.html?lang=en **[In Persian]**

24- Mohtashami T, Ebrahimi F, Aliakbari Dehkordi M, Chimeh N. Comparison of Parental Stress, Satisfaction and Family Functioning in Mothers of Children with Autism and Normally-developing Children. *JOEC*. 2017; 16 (4) :51-62. http://joec.ir/article-1-277-fa.html **[In Persian]**

25- McNally Keehn RH, Lincoln AJ, Brown MZ, Chavira DA. The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of autism and developmental disorders*. 2013 Jan; 43(1): 57-67. doi:10.1007/s10803-012-1541-9

26- Dolenec J. *Kognitivne strategije za djecu s teškoćama učenja* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences).

27- Keenan BM, Newman LK, Gray KM, Rinehart NJ. Parents of children with ASD experience more psychological distress, parenting stress, and attachment-related anxiety. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016 Sep; 46(9): 2979-2991. doi:10.1007/s10803-016-2836-z

28- Matson JL, Sipes M, Fodstad JC, Fitzgerald ME. Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. CNS drugs. 2011 Jul; 25(7): 597-606. doi:10.2165/11591700-000000000-00000

29- He B, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Wedding D. Marital satisfaction and perceived family support in families of children with autistic spectrum disorder: Dyadic analysis. InHealthcare 2022 Jun 30 (Vol. 10, No. 7, p. 1227). MDPI. doi:10.3390/healthcare10071227

30- Featherstone H. A difference in the family: living with a disabled child. Harmondsworth: Penguin Books; 1981.

31- Lopez K, Magaña S, Morales M, Iland E. Parents taking action: Reducing disparities through a culturally informed intervention for Latinx parents of children with autism. *InRethinking social work practice with multicultural communities*. 2020 May 21; 31-49). Routledge.

32- Aström M, Asplund K, Aström T. Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*. 1992 Apr; 23(4): 527-31. doi:10.1161/01.STR.23.4.527

33- Gur A, Golan Bayazy Y. Exploring Marital Quality in Parents of Children with Autism: Identifying Barriers and Facilitators. *Social Sciences*. 2024 May 27; 13(6): 287-298. doi:10.3390/socsci13060287

34- Fincham FD, Osborne LN. Marital conflict and children: Retrospect and prospect. *Clinical Psychology Review*. 1993 Jan 1; 13(1): 75-88. doi:10.1016/0272-7358(93)90009-B

35- Khojasteh Mehr, R., Shirmardi, S., Associate, M. O., Sodani, M. The Effictiveness of Emotional-Focused Marital Enrichment Programs on Marital Virtues Enhancement in Couples. *Positive Psychology Research*, 2023; 9(1): 1-26. doi:10.22108/ppls.2023.135309.2366

36- Cai RY, Richdale AL, Dissanayake C, Trollor J, Uljarević M. Emotion regulation in autism: Reappraisal and suppression interactions. *Autism*. 2019 Apr; 23(3): 737-749. doi:10.1177/1362361318774558

37- Qmarsi Larijani, A., Mehrinejad, S. A., Sotodehasl, N. The Development of Structural Model of Internet Game Addiction Based on Impulsivity with Mediation Role of Cognitive Emotion Regulation in Adolescents in Tehran City. *Clinical Psychology and Personality*, 2025; 23(1): 31-46. doi:10.22070/cpap.2024.19207.1557 **[In Persian]**

38- Rashno, H., & Syahmansouri, A. (2025). The Structural Equation Modeling of Nomophobia Based on Secure Attachment Style and Adaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies with Mediator Role of Loneliness. *Clinical Psychology and Personality*, 23(1): 93-110. doi:10.22070/cpap.2024.19382.1575 **[In Persian]**

39- Gratz KL, Weiss NH, Tull MT. Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current opinion in psychology*. 2015 Jun 1; 3: 85-90. doi:10.1016/j.copsyc.2015.02.010

40- Silvers JA. Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology*. 2022 1; 44: 258-263. doi:10.1016/j.copsyc.2021.09.023

41- Leahy RL, Tirch DD, Melwani PS. Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. International Journal of Cognitive Therapy. 2012 Dec; 5(4): 362-379. doi:10.1521/ijct.2012.5.4.362

42- Leahy RL, Kaplan D. Emotional schemas and relationship adjustment. Inannual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy.—New Orleans, LA.—54 p 2004.

43- Rohi Dehkordi Iman. The effectiveness of teaching cognitive emotion regulation strategies on parental stress and marital satisfaction in parents of children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Psychological Models and Methods*. 2021; 12(45): 107-120. https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1400.12.45.8.7 **[In Persian]**

44- Hyun S, Shin HJ. Korean pastors and their wives' marital satisfaction and its predicting factors. *Pastoral Psychology*. 2010; 59(4): 495-512. doi:10.1007/s11089-009-0199-5

45- Koçyiğit M, Uzun M. Couple burnout and marital satisfaction: Serial mediation by mindfulness and emotion regulation. *The American Journal of Family Therapy*. 2024 Oct 19; 52(5): 575-93. doi:10.1080/01926187.2024.2322461

46- Antoniac LD, Huțul TD, Karner-Huțuleac A. Emotion regulation, relationship satisfaction, and the moderating role of age: Findings and ethical implications. *Journal of Intercultural Management and Ethics*. 2024 May 21; 7(1): 43-54. doi:10.35478/jime.2024.1.05

47- Hahlweg K, Richter D. Prevention of marital instability and distress. Results of an 11-year longitudinal follow-up study. *Behaviour research and therapy*. 2010 May 1; 48(5): 377-383. doi:10.1016/j.brat.2009.12.010

48- Wyman PA, Cross W, Hendricks Brown C, Yu Q, Tu X, Eberly S. Intervention to strengthen emotional self-regulation in children with emerging mental health problems: Proximal impact on school behavior. *Journal of abnormal child psychology*. 2010 Jul; 38(5): 707-720. doi:10.1007/s10802-010-9398-x

49- Shrout MR, Weigel DJ. Infidelity's aftermath: Appraisals, mental health, and health-compromising behaviors following a partner's infidelity. *Journal of social and personal relationships*. 2018 Sep; 35(8): 1067-1091. doi:10.1177/0265407517704091

50- White VanBoxel JM, Miller DL, Morgan P, Iqbal N, Edwards C, Wittenborn AK. Exploring associations among baseline emotion regulation and change in relationship satisfaction among couples in a randomized controlled trial of emotionally focused therapy compared to usual care. *Family process*. 2024 Sep; 63(3): 1637-1654. doi:10.1111/famp.12972

51- Gan S, Chen S, Shen X. The emotion regulation effect of cognitive control is related to depressive state through the mediation of rumination: An ERP study. *PLoS One*. 2019 Nov 15; 14(11): e0225285. doi:10.1371/journal.pone.0225285

52- Altiere MJ, Von Kluge S. Family functioning and coping behaviors in parents of children with autism. *Journal of child and Family Studies*. 2009 Feb; 18(1): 83-92. doi:10.1007/s10826-008-9209-y

53- Güçlü O, Hürmeydan CE. Being the mother of a special child: Resilience and marital adjustment in mothers of children with autism spectrum disorder. *Psychiatry and clinical psychopharmacology*. 2024 Mar 1; 34(1): 64-71. doi:10.5152/pcp.2023.22592

54- Sánchez Amate JJ, Luque de la Rosa A. The Effect of Autism Spectrum Disorder on Family Mental Health: Challenges, Emotional Impact, and Coping Strategies. *Brain sciences*. 2024 Nov 1; 14(11): 1116-1132. doi:10.3390/brainsci14111116

55- Pasco, G. (2018). The value of early intervention for children with autism. *Paediatrics and Child Health*. *28*(8): 364-367. doi:10.1016/j.paed.2018.06.001

56- García-López C, Sarriá E, Pozo P. Multilevel approach to gender differences in adaptation in father-mother dyads parenting individuals with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2016 Aug 1; 28: 7-16. doi:10.1016/j.rasd.2016.04.003

57- Hsiao YJ, Higgins K, Pierce T, Whitby PJ, Tandy RD. Parental stress, family quality of life, and family-teacher partnerships: Families of children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*. 2017 Nov 1; 70: 152-162. doi:10.1016/j.ridd.2017.08.013

58- Jafari Sani B, Biyazi MH, Teimouri S. Examining the effectiveness of emotion regulation training on mental health and parent-child relationship in mothers of children with oppositional defiant disorder. *Fam Health*. 2024; 14(2): 57–73. https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1186196 **[In Persian]**

59- Jalinousnia E, Javidi H, Barzegar M, Bagholi H. The Effectiveness Group Emotion Regulation Training on Promoting the Mental Health of Physicians and Nurses of Public Hospitals in Isfahan. RBS 2022; 20 (2): 220-229. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1331-fa.html **[In Persian]**

60- Momeni, K., Zzizi, S., Mohammad Najjar, N., Ahmadian, A., Taghipuor, B., Serajmohamadi, P. Effectiveness of Emotion Regulation Instruction in Reducing Marital Burnout and Alexithymia among Couples on the Brink of Divorce. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2021; 16(62): 18-31. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1400.16.62.2.7 **[In Persian]**

61- Frye N, Ganong L, Jensen T, Coleman M. A dyadic analysis of emotion regulation as a moderator of associations between marital conflict and marital satisfaction among first-married and remarried couples. *Journal of Family Issues*. 2020 Dec; 41(12): 2328-2355. doi:10.1177/0192513X20935504

62- Mazzuca S, Kafetsios K, Livi S, Presaghi F. Emotion regulation and satisfaction in long-term marital relationships: The role of emotional contagion. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2019 Sep; 36(9): 2880-2895. doi:10.1177/0265407518804452

63- Cloitre M, Khan C, Mackintosh MA, Garvert DW, Henn-Haase CM, Falvey ECet al. Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. Psychological Trauma: *Theory, Research, Practice, and Policy*. 2019 Jan; 11(1): 82-89. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000374

64- Henry JD, Castellini J, Moses E, Scott JG. Emotion regulation in adolescents with mental health problems. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2016 Feb 7; 38(2): 197-207. doi:10.1080/13803395.2015.1100276

65- Goldberg P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley monograph. 1972.

66- Olson DH, Olson AK. PREPARE/ENRICH program: Version 2000. In: Preventive approaches in couples therapy. 2013 Jun 17: 196 - 216. Routledge.

67- Ashouri, A., Pasha, R., Ahadi, H., Hafezi, F., Makvandi, B. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on General Health and Quality of Life of People with Multiple Sclerosis. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2024; 19(73): 36-45. doi:10.22034/jmpr.2023.54269.5280 **[In Persian]**

68- Jemeizade A, Sharifi Daramadi P, Kashani Vahid L. The Effectiveness of Perfectionism managment Program on General Health and Minority in Gifted School Students. *Rooyesh*. 2024; 12(11), 65-74. http://frooyesh.ir/article-1-4809-fa.html **[In Persian]**

69- Soleimaniyan A. Investigating the effects of irrational thoughts based on a cognitive approach on marital satisfaction [Master's thesis]. Tehran: Teacher Training University, Faculty of Psychology and Educational Sciences; 1994.

70- Tahmasby H, Khorramabadi Y. Predicting Marital Satisfaction in Women Based on Conscientiousness, Marital Empathy, and Marital Forgiveness. *Rooyesh*. 2024; 13(5): 219-228. http://frooyesh.ir/article-1-5035-fa.html **[In Persian]**

71- Zhou W, Liu D, Xiong X, Xu H. Emotional problems in mothers of autistic children and their correlation with socioeconomic status and the children's core symptoms. *Medicine*. 2019 Aug 1; 98(32): e16794. doi:10.1097/MD.0000000000016794

72- Cibralic S, Kohlhoff J, Wallace N, McMahon C, Eapen V. A systematic review of emotion regulation in children with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2019 Dec 1; 68:101422. http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2019.101422

73- Yesilkaya M, Magallón-Neri E. Parental stress related to caring for a child with autism spectrum disorder and the benefit of mindfulness-based interventions for parental stress: a systematic review. *Sage Open*. 2024 Apr; 14(2): 21582440241235033. doi:10.1177/21582440241235033

74- Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier LL, Caspar F. Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of counseling psychology*. 2008 Oct; 55(4): 485-494. http://dx.doi.org/10.1037/a0013589

75- Tyszkiewicz-Gromisz B, Burdzicka-Wołowik J, Tymosiewicz P, Gromisz W. Parental competences and stress levels in mothers of children with autism spectrum disorders and children developing neurotypically. *Journal of clinical medicine*. 2024 Feb 16; 13(4): 1119-1129. doi:10.3390/jcm13041119

76- Mazefsky CA, White SW. Emotion regulation: Concepts & practice in autism spectrum disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2013 Aug 30; 23(1): 10-16. doi:10.1016/j.chc.2013.07.002

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۲۲-۱۰۵**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20594.1754

**مقاله پژوهشی**

# پیش‌بینی احتمال خودکشی در نوجوانان بر اساس معنای زندگی با میانجی‌گری تاب‌آوری و تنظیم‌شناختی هیجان

**نویسندگان**

**زهرا رمضان‌زاده بادله [1*]، سید محمد حسینی سورکی [2]، مسعود جان بزرگی [3]**

۱. دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه فلسفه اخلاق، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه قم، قم، ایران. M.hoseini@qom.ac.ir

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

**چکیده**

**مقدمه:** مطالعات پیشین، بر نقش محافظتی معنویت در پیشگیری از خودکشی صحه گذاشته‌اند، با این حال، سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر، نیازمند بررسی‌های دقیق‌تر هستند. در پژوهش کاربردی حاضر، با هدف بررسی نقش معنای زندگی به عنوان پیش‌بینی‌کننده احتمال خودکشی در نوجوانان، نقش تاب‌آوری و تنظیم‌شناختی هیجان به عنوان میانجی‌های احتمالی مورد بررسی قرار گرفت.

**روش:** جامعهٔ آماری در این مطالعهٔ توصیفی - همبستگی، شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه مشغول به تحصیل در سال ۱۴۰۱- ۱۴۰۲ در شهرستان قم بود که ۳۹۰ نفر به‌عنوان نمونه آماری، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری داده‌ها، از مقیاس احتمال خودکشی، مقیاس معنا در زندگی استگر و همکاران(MLQ)، مقیاس تاب‌آوری کودک و نوجوان (CYRM-28) و پرسش‌نامه تنظیم‌شناختی هیجان استفاده گردید. داده‌های آماری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۶ و ایموس(AMOS) تجزیه‌وتحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج نشان داد متغیرهای پیش‌بین ۷۵ درصد از واریانس احتمال خودکشی را تبیین می‌کنند. اثر مستقیم میزان معناداری بر احتمال خودکشی قوی و منفی بود (β= -۰/۵۲). اثر غیرمستقیم میزان معناداری از طریق تاب‌آوری (β= -۰/۰۹۵) و راهبرد سازش نایافته تنظیم هیجان (β= -۰/۳۲۱) نیز منفی و معنادار به دست آمد. همچنین، تنها اثر غیرمستقیم معنادار برای جستجوی معنا، مسیر آن از طریق راهبرد سازش نایافته تنظیم هیجان بود (β= ۰/۱۰۸).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نقش مهم معنای زندگی و تاب‌آوری در پیشگیری از خودکشی را برجسته می‌سازد. یافته‌ها می‌تواند در طراحی مداخلات عملی با هدف ارتقای رشد معنوی و افزایش تاب‌آوری برای پیشگیری از خودکشی در نوجوانان مورداستفاده قرار گیرد.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۵/۱۴

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۴/۱۰/۱۷

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

احتمال خودکشی، پیشگیری از خودکشی، معنای زندگی، تاب‌آوری، تنظیم‌شناختی هیجان، نوجوانان، دانش‌آموزان

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

Ramzanzadeh1@gmail.com

**مقدمه**

خودکشی[1] کماکان یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها برای متخصصان سلامت روان به شمار می‌رود و افزایش نرخ جهانی آن، این بحران را تشدید می‌کند [۱]. یک نظرسنجی در میان کارشناسان حوزه خودکشی در ۶۳ کشور نشان داد که خودکشی اغلب به عنوان رفتاری کشنده توصیف می‌شود که توسط خود فرد آغاز و انجام می‌گیرد [۲]. بر اساس پژوهش‌های اخیر، از جمله مطالعه برنت[2] (۲۰۱۹م.)، در دهه گذشته افزایش قابل توجهی در میزان خودکشی و رفتارهای خودکشی در نوجوانان گزارش شده است [۳]. همچنین، بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سهم قابل‌توجهی از خودکشی‌های جهانی به گروه سنی نوجوانان و جوانان اختصاص دارد. علاوه بر این، در ویراست دوازدهم *کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک*، اشاره شده است که در آمریکا، سالانه بیش از ۱۲ هزار کودک و نوجوان، به دلیل تهدید و اقدام به خودکشی در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند [۴]. علی‌رغم اهمیت موضوع، به دلیل چالش‌های موجود در ثبت دقیق موارد خودکشی، آمار دقیقی از نرخ رفتار خودکشی در نوجوانان در بسیاری از کشورها، از جمله ایران در دسترس نیست. با وجود اینکه برآوردها نشان می‌دهند که سالانه هزاران نوجوان به دلیل خودکشی در سراسر جهان جان خود را از دست می‌دهند، در مقایسه با خودکشی بزرگسالان، تحقیقات تجربی در زمینه خودکشی نوجوانان بسیار محدودتر است [۵]؛ بنابراین با عنایت به اهمیت این موضوع، می‌توان کاهش آمار خودکشی و ارتقای سلامت روان نوجوانان را ازجمله اولویت‌های اصلی در حوزه سلامت روان برشمرد.

میزان شیوع افکار و اعمال خودکشی با سن و جنسیت افراد در ارتباط است. تأثیر سن به‌عنوان عامل خطر خودکشی پیچیده است و با توجه به گروه‌های سنی مختلف، متفاوت است. در واقع، شیوع برنامه‌ها و اقدامات خودکشی تا ۱۲ سالگی خیلی پایین می‌ماند. بعداً به طور یکنواخت در اوایل سال‌های نوجوانی افزایش می‌یابد و سرانجام در ۱۷ یا ۱۸ سالگی وضع ثابتی پیدا می‌کند [۶]. از سویی دیگر، اگرچه خودکشی کامل در پسران نوجوان تقریباً پنج برابر بیشتر از دختران رخ می‌دهد، اما میزان اقدام به خودکشی در بین دختران نوجوان حداقل سه برابر بیشتر از پسران است [۴]. همچنین، نتایج مطالعه‌ای نشان‌دهنده تفاوت میان مردان و زنان از نظر روش مورد استفاده برای اقدام به خودکشی، میزان خطر و نجات و طول مدت بستری‌شدن در بیمارستان پس از اقدام به خودکشی بود. در نتیجه، شناخت ویژگی‌های جنسیتی افراد در معرض خطر بیشتر خودکشی، برای اجرای راهبُردهای اختصاصی پیشگیری و کاهش احتمال بروز خطر رفتارهای خودکشی در آینده، اهمیت ویژه‌ای دارد [۷]. این حقیقت، توجه بیشتر پژوهش‌ها به نقش جنسیت در پیش‌بینی رفتارهای خودکشی را بیش از پیش آشکار می‌سازد. همچنین، با توجه به شیوع روزافزون رفتارهای خودکشی در میان نوجوانان و بزرگسالان جوان در سطح جهانی، شناسایی عوامل خطر و محافظتی خاص برای این گروه سنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شناسایی دقیق این عوامل، محققان را در توسعه مداخلات هدفمند برای مدیریت عوامل خطر و تقویت عوامل محافظتی یاری خواهد کرد [۸].

عوامل مؤثر بر خودکشی بسیار متنوع و پیچیده هستند و در منابع مختلف به صورت گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته‌اند. با این حال، اگرچه در دهه‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در درک خطر خودکشی صورت گرفته است، اما می‌توان گفت توانایی ما برای پیش‌بینی خودکشی در حال حاضر بهتر از ۵۰ سال پیش نیست [۹]؛ بنابراین برای طراحی برنامه‌های پیشگیری مؤثر، باید عوامل خطر و محافظتی را بهتر شناسایی کرد.

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد، اختلال در تنظیم هیجان[3] (ED) در خودآزاری و خودکشی نقش دارد [۱۰]. همچنین، اکثر نوجوانان به طور طبیعی دست به رفتارهای پرخطر می‌زنند و به همین خاطر، خطرپذیری به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اولیه نوجوانی شناخته می‌شود. می‌توان رفتارهای پرخطر را تلاش برای تنظیم کیفیت هیجان‌های مثبت و منفی در نظر گرفت [۱۱]. پرورش تنظیم هیجان را می‌توان تکلیف عمده رشد در طول کودکی و نوجوانی دانست. در این سنین، تنظیم هیجان، «توانایی کودکان در تشخیص‌دادن، نامیدن و کنترل‌کردن ابراز هیجانات آن‌ها به

1. Suicide
2. Brent
3. Emotion Dysregulation

شیوه‌ای که با انتظارات فرهنگی هماهنگ باشند» تعریف شده است [۶]. اصطلاح تنظیم هیجان به‌طورکلی به فرایندهای دخیل در خودتنظیمی هیجان اشاره دارد و واژه‌ای گسترده‌تر از مقابله است، چرا که در موقعیت‌هایی غیر از موقعیت‌های استرس‌زا کاربرد دارد. به نظر می‌رسد روش‌هایی که در آن نوجوانان احساسات را به طور مداوم و روزمره مدیریت می‌کنند، با رشد رفتار خودکشی مرتبط است [۱۲]. نوجوانان افسرده و خودکشی‌گرا، به‌عنوان یک قاعده کلی، آستانه پایین‌تری برای تجربه احساسات دارند و هنگامی که واکنش عاطفی ایجاد می‌شود، احساسات شدیدتر و طولانی‌تری را تجربه می‌کنند [۳]. همچنین، بی‌نظمی هیجانی به‌عنوان یکی از فرایندهای مرتبط با ایده‌پردازی و اقدام به خودکشی در میان نوجوانان مطرح شده است [۱۳]. بر اساس شواهد، نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، مشکلاتی در تنظیم احساسات منفی، به‌ویژه خشم و غم دارند؛ بنابراین تعدیل حالات عاطفی منفی نسبت به آن‌هایی که فقط افکار خودکشی دارند، مشکل‌تر است. رفتار خودکشی خود ممکن است به عنوان یک وسیله تنظیم‌کننده احساسات عمل کند [۱۲]. نتایج پژوهشی نشان داد که دشواری تنظیم هیجان ۸۹ درصد از واریانس افکار خودکشی را در دانش‌آموزان متوسطه پیش‌بینی می‌نماید و نقش معنادار دشواری تنظیم هیجان در پیش‌بینی افکار خودکشی در دانش آموزان، مورد تأیید قرار گرفت [۱۴].

مطالعه‌ای دیگری با هدف بررسی رابطه هم‌زمان بین شش بُعد بی‌نظمی هیجانی، افکار و اقدام به خودکشی در نمونه بزرگی از نوجوانان بستری روان‌پزشکی، با بررسی ۵۴۷ نوجوان بستری نشان داد که دسترسی محدود به راهبُردهای تنظیم هیجان، مشکلات در کنترل تکانه و همچنین تشخیص اختلال خلقی، به طور قابل‌توجهی با افکار خودکشی در سال گذشته مرتبط بودند؛ افکار خودکشی با سایر خرده مقیاس‌های اختلال در تنظیم هیجان، اضطراب و تشخیص‌های بیرونی، جنسیت و سن نیز ارتباط داشتند. با این حال، زمانی که تجزیه و تحلیل‌ها به طور جداگانه بر اساس جنسیت انجام شد، مشکلات در کنترل تکانه به طور قابل‌توجهی با افکار خودکشی مرتبط نبود. این نتایج، نشان‌دهنده ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان محدود درک شده و افکار خودکشی است و با تحقیقات موجود و نظریه متمرکز بر خودکشی سازگار است [۱۳]. نتایج مطالعه‌ای بر روی نمونه‌ای از دختران نوجوان نشان دهنده تأثیر معنادار مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجانی بر احتمال خودکشی بود [۱۵]. نقش‌محوری اختلال در تنظیم هیجانی در پدیدآیی و تداوم اختلالات روانی، همراه با عملکرد واسطه‌ای آن میان عوامل آسیب‌زا و تظاهرات بالینی (نظیر افکار خودکشی)، ضرورت توجه ویژه به این سازه را در آسیب‌شناسی و درمان [۱۶] ، طراحی برنامه‌های پیشگیری و مداخله‌ای [۱۷] آشکار می‌سازد.

از دیگر سو، دهه‌ها، تحقیقات خودکشی عمدتاً با تمرکز بر روی عوامل خطر برای رفتار خودکشی، عوامل محافظتی مانند تاب‌آوری را نادیده گرفتند. تاب‌آوری ظرفیت و فرایند پویای غلبه سازگارانه بر استرس و ناملایمات با حفظ عملکرد روانی و فیزیکی طبیعی است و مطالعات انجام شده در ۱۰-۱۵ سال گذشته تاب‌آوری را یک عامل محافظتی در برابر خطر خودکشی نشان می‌دهد و تاب‌آوری در حال تبدیل شدن به کانون تحقیقات و پیشگیری از خودکشی است [۱۸]. تاب‌آوری به خودکشی، به دلیل نقش بالقوه آن در پیشگیری از خودکشی، توجه روزافزونی از سوی محققان را به خود جلب کرده است [۱۹]. تاب‌آوری به فرایندی اشاره دارد که طی آن افراد از توانایی مقابله با چالش‌ها برای سازگاری موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های نامطلوب، تمایل به آینده و امید استفاده می‌نمایند [۲۰]. نتایج پژوهش‌ها، حاکی از وجود رابطه معکوس و معنادار بین تاب‌آوری و افکار خودکشی در زنان و مردان است [۲۱]. همچنین، از طریق مقایسهٔ هوش هیجانی و تاب‌آوری دانش‌آموزانی با افکار خودکشی با دانش‌آموزان عادی نشان داده شد که هوش هیجانی و تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی پایین‌تر از دانش‌آموزان عادی است ($P>0/01$) [۲۲].

معنا در زندگی منبع مهمی در فرایند تاب‌آوری است که استفاده از رفتارهای سازگارانه حمایت و احساس خوشبختی را تقویت می‌کند [۲۳] و به‌خودی‌خود یک کیفیت بسیار مطلوب است و با بسیاری از جنبه‌های رفاه جسمی، روحی و روانی مرتبط است. احساس معنا به طور گسترده به عنوان یکی از دغدغه‌های اصلی انسان در نظر گرفته می‌شود و با دین و معنویت پیوند تنگاتنگی دارد [۲۴]. معنویت را

می‌توان به طور کلی به عنوان جستجوی فرد برای معنای نهایی یا مقدس و هدف در زندگی تعریف کرد [۲۵]. به‌علاوه، می‌تواند به معنای جستجو یا جستجو برای رشد شخصی، تجربه مذهبی، اعتقاد به یک قلمرو فراطبیعی یا زندگی پس از مرگ، یا درک «بعد درونی» خود باشد [۲۶]. به طور کلی ارزش، معنا، هدف، انسجام، وحدت و فراروی به عنوان پربسامدترین مفاهیم در تعریف و توصیف معنویت معرفی شده است [۲۷]. مطالعات نشان می‌دهد که اکثر افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، از اختلالات روانی رنج می‌برند و احساس بی‌معنایی شدیدی را تجربه می‌کنند. به همین دلیل، می‌توان معنای زندگی را عاملی قوی برای تاب‌آوری افراد در برابر خودکشی دانست. علاوه بر این، تفکرات معنوی یا باورهای مذهبی نیز می‌توانند به عنوان عوامل محافظتی مهمی در برابر رفتار خودکشی عمل کنند [۲۸]. شواهدی برای ارتباط بین معنای زندگی و افسردگی و خودکشی ارائه شده است که از تحقیقات همبستگی مقطعی و طولی، مطالعات میانجیگری و تحقیقات درمان/ مداخله استخراج شده است. تحقیقات بررسی‌شده نشان می‌دهد که سطوح پایین‌تر معنای ذهنی زندگی با افسردگی، نشانه‌های افسردگی بیشتر و خودکشی بالاتر در نمونه‌هایی با سن، زمینه فرهنگی و وضعیت روانی متفاوت مرتبط است. علاوه بر این، به نظر می‌رسد که سطوح بالاتر معنای زندگی ممکن است تأثیر عوامل استرس‌زا بر این تجربیات را کاهش دهد. به این ترتیب، معنای زندگی ممکن است یک هدف مفید برای ارزیابی، درمان و پیشگیری از بیماری‌های روانی باشد [۲۹].

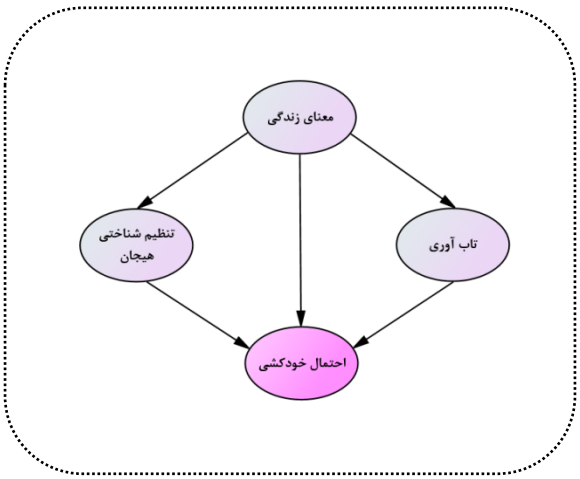
معنا در زندگی به عنوان منبع روان‌شناختی مهمی برای کودکان و بزرگسالان [۳۰]، معرفی شده است. نتایج پژوهشی باه دف بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و افکار خودکشی در نوجوانان و با بررسی ۴۵۱۵ دانش‌آموز راهنمایی و دبیرستان، همبستگی زوجی را بین افکار خودکشی، عملکرد خانواده، شکست و معنای زندگی نشان داد. معنای زندگی، تأثیر عملکرد خانواده بر شکست نوجوان را تعدیل کرد. این مطالعه نشان داد که رابطه بین عملکرد خانواده و افکار خودکشی نوجوانان و همچنین تأثیر شکست و معنای زندگی بر این رابطه، یک مدل واسطه‌ای تعدیل شده را تشکیل می‌دهد. این یافته ارزش نظری و نیز ارزش اجرایی برای یک مدل روانی اجتماعی پیشگیری و مداخله خودکشی نوجوانان دارد [۳۱]. همچنین، تن و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهشی با نمونه‌ای متشکل از ۶۱۶۵ دانش‌آموز کودک و نوجوان چینی از طیف وسیعی از مناطق در سراسر چین، به این نتیجه دست یافتند که وضعیت سلامت روان و معنای زندگی، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی افکار خودکشی هستند. نتایج نشان داد که وضعیت سلامت روان ضعیف‌تر به طور معناداری با افکار شدیدتر خودکشی و احساس ضعیف‌تر از معنای زندگی به طور معناداری با افکار خودکشی بیشتر ارتباط دارد. تجزیه و تحلیل میانجی‌گری نشان داد که معنای زندگی تا حدی واسطهٔ ارتباط بین وضعیت سلامت روان و شدت افکار خودکشی است؛ لذا با توجه به ارزش بالقوه معنا در زندگی و وضعیت سلامت روان، این دو متغیر باید در ساخت مدل‌های پیش‌بینی افکار خودکشی در نظر گرفته شود [۳۰]. علاوه بر این، پژوهشی داخلی با روش علی - مقایسه‌ای، با هدف متمایز ساختن دانش‌آموزان با احتمال خودکشی بالا و پایین از یکدیگر، بر اساس مؤلفه‌های خود بازداری، معنا در زندگی و افسردگی با نمونهٔ آماری شامل ۷۶۶ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم شهرستان اسکو با دو روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و روش هدفمند انجام شد. نتایج نشانگر توان متغیرهای مذکور در تمایز میان دانش‌آموزان با احتمال خودکشی بالا و پایین بود [۳۲].

علی‌رغم تأکید پژوهش‌ها در ارتباط با تأثیر و نقش معنای زندگی در رفتارهای خودکشی، در میزان تأثیرگذاری در خرده مقیاس‌های این متغیر در برخی پژوهش‌ها، تفاوت‌هایی دیده می‌شود. پژوهشی با هدف بررسی و ترکیب ادبیات فعلی در مورد ارتباط احتمالی بین معنا در زندگی (MiL) و رفتار خودکشی (SB) شامل افکار خودکشی (SI)، اقدامات خودکشی (SA) و خودکشی کامل، با تمرکز بر دو ساختار معنا در زندگی (وجود معنا در زندگی و جستجوی معنا در زندگی) با جستجوی مقالات مرتبط در پایگاه‌های داده (ژانویه ۱۹۸۰م. تا فوریه ۲۰۱۹م.) انجام شد. معنا در زندگی به عنوان یک عامل محافظتی در برابر افکار خودکشی و اقدامات خودکشی ظاهر شد و خودکشی‌ها را مستقیماً یا از طریق مدل‌های میانجی/تدبیر با سایر متغیرهای مرتبط با رفتار خودکشی تکمیل کرد. هنگام تشخیص وجود معنا و جستجوی معنا در زندگی، یک تأثیر حفاظتی توافقی برای اولی توصیف شد. داده‌های مربوط به

دومی کمتر سازگار بود، اما بیشتر به سمت یک تأثیر غیرمحافظتی گرایش داشت. این یافته‌ها می‌توانند در پالایش ارزیابی خطر خودکشی و مداخلات روان‌درمانی، برای پیشگیری از رفتار خودکشی، پیامدهای بالینی داشته باشند [۳۳]. همچنین، لو[1] و همکاران (۲۰۲۰م.)، در پژوهشی از طریق بررسی نمونه‌ای از ۲۰۷۴ دانش‌آموز (۷۰۶ پسر)، دریافتند فقط خرده مقیاس حضور معنا، میانجی ارتباط بین ناامیدی و رفتارهای خودکشی است. در حالی که هر دو خرده مقیاس حضور معنا و جستجوی معنا به ترتیب تمرکز مثبت (PF)، جهت‌گیری به خودکشی (SO) و تمرکز منفی (NF) و رفتارهای خودکشی را واسطه کردند [۸].

اغلب تحقیقات صورت‌گرفته در زمینهٔ رفتار خودکشی عمدتاً بر عوامل خطر متمرکز بوده‌اند و نقش عوامل محافظتی بنیادین، نظیر معنای زندگی، کمتر مورد واکاوی قرار گرفته است. معنای زندگی به‌عنوان یک عامل انعطاف‌پذیری قوی تفسیر شده است و با حوزه‌های مختلف عملکردی فرد مرتبط است. با این‌حال جای تعجب است که مطالعات اندکی نقش معنای زندگی را در رفتار خودکشی مورد بررسی قرار داده‌اند [۳۳]. اگرچه مطالعات پیشین بر اهمیت معنای زندگی در کاهش احتمال خودکشی تأکید کرده‌اند، اما سازوکارهای دقیق روان‌شناختی که از طریق آن «معنا» به کاهش خطر خودکشی منجر می‌شود، به‌ویژه در جمعیت نوجوانان و در زمینه‌های فرهنگی - اجتماعی متفاوت، با تمرکز بر ابعاد معنوی و مذهبی، همچنان به‌عنوان یک چالش پژوهشی باقی‌مانده است. برای تبیین این سازوکار، مدل پژوهش حاضر بر مبنای تلفیقی از مدل‌های نظری معناسازی [۳۴] و مدل فرایندی تنظیم هیجان [۳۵] طراحی شده است. بر اساس این دیدگاه‌های نظری، معنای زندگی به‌عنوان یک منبع شناختی و معنوی عمل می‌کند که اثر خود را نه تنها به طور مستقیم، بلکه از طریق تقویت منابع روان‌شناختی فردی اعمال می‌کند. انتخاب متغیرهای تاب‌آوری و تنظیم هیجان به عنوان میانجی، بر این پیش‌فرض نظری استوار است که تأثیر متغیرهای معنوی - معرفتی (مانند معنای زندگی) با فراهم‌آوردن هدف و جهت، انگیزه لازم برای مدیریت ناملایمات را ایجاد می‌کند. فرد برای عملیاتی‌شدن این انگیزه در موقعیت‌های بحرانی، نیازمند ابزارهای کارآمدی همچون تاب‌آوری (به‌عنوان ظرفیت بازگشت به تعادل) و تنظیم‌شناختی هیجان (به‌عنوان مهارت مدیریت احساسات منفی) است. از آنجا که خودکشی بیشتر محصول ناتوانی در مدیریت فشارهای هیجانی و کاهش ظرفیت سازگاری است، منطقی است که این دو سازه به‌عنوان مکانیزم‌های واسطه‌ای در مدل قرار گیرند و نه صرفاً متغیرهای پیش‌بین. این چیدمان مفهومی، کاملاً با مدل‌های نظری تنظیم هیجان، معناسازی و تاب‌آوری سازگار است. از این منظر، معنای زندگی یک منبع بنیادی معناگرایانه است که با افزایش تاب‌آوری و بهبود توانایی‌های تنظیم‌شناختی هیجان، ظرفیت فرد برای مدیریت فشارهای روانی و مقابله با هیجانات منفی را ارتقا داده و در نتیجه، احتمال بروز افکار یا رفتارهای خودکشی را کاهش می‌دهد.

پژوهش حاضر با هدف پر کردن خلأهای نظری و ارائه مدلی از عوامل مؤثر بر خودکشی در میان نوجوانان، به بررسی دقیق سازوکارهای تأثیرگذاری معنای زندگی بر احتمال خودکشی می‌پردازد. بر همین اساس، این پژوهش با رویکردی نوآورانه، به دنبال پاسخ به این پرسش اساسی است که آیا مدل ساختاری پیشنهاد شده که در آن معنای زندگی (متغیر برون‌زاد) از طریق میانجی‌گری تاب‌آوری و تنظیم‌شناختی هیجان (متغیرهای درون‌زادِ واسطه‌ای) بر احتمال خودکشی (متغیر درون‌زادِ نهایی) اثر می‌گذارد، در جامعه نوجوانان دختر ایرانی از برازش مطلوبی برخوردار است؟




**مدل مفهومی احتمال خودکشی در نوجوانان**

1. Lew

یافته‌های این پژوهش می‌تواند به درک عمیق‌تری از سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط با خودکشی کمک کند. بر همین اساس، هدف کلی این پژوهش، پیش‌بینی احتمال خودکشی در نوجوانان، بر اساس معنای زندگی، با درنظرگرفتن نقش میانجی تاب‌آوری و مهارت تنظیم هیجان است و هدف جزئی، سنجش اعتبار مدل این پژوهش در نوجوانان در نظر گرفته شده است. از این منظر، یافته‌های پژوهش می‌تواند نه‌تنها برای پیش‌بینی معتبرتر احتمال خودکشی، بلکه برای جای‌گذاری صحیح متغیرهای اثرگذار در مدل‌های نظری و بالینی خودکشی مفید واقع شود و به توسعه مداخلات هدفمند برای کاهش خطر خودکشی در میان نوجوانان یاری رساند.

## روش

**نوع پژوهش:** این پژوهش کاربردی با هدف بررسی روابط بین متغیرها، از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری، انجام شده است.

**آزمودنی:** این پژوهش بر روی تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع دوم متوسطه شهرستان قم در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به عنوان جامعهٔ آماری متمرکز شده است و با هدف پیش‌بینی احتمال خودکشی در نوجوانان، به تدوین مدل و اعتباریابی آن در میان نوجوانان دختر استان قم پرداخته است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با در نظرگرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، خطای ۵ درصد و جمعیت ۳۰ هزار نفری دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم، محاسبه شد و با اعمال تصحیح جمعیت و درصدی برای عدم پاسخ، تعداد نهایی نمونه ۳۹۰ نفر تعیین گردید.

### ابزارهای پژوهش

در بخش ابتدایی پرسش‌نامه، اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، پایه تحصیلی و رشته تحصیلی مورد پرسش قرار گرفت. به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش، از ابزارهای سنجش استاندارد از جمله مقیاس احتمال خودکشی، مقیاس معنا در زندگی استگر و همکاران (MLQ)[۳۷]، مقیاس تاب‌آوری کودک و نوجوان-(CYRM-28)و پرسش‌نامه تنظیم‌شناختی هیجان استفاده شد.

**مقیاس احتمال خودکشی**[1] (SPS): این مقیاس در سال ۱۹۸۲ م. توسط کول و گیل[2]، با هدف سنجش ابعاد مختلف بهزیستی ذهنی و رفتار مقابله‌ای افراد طراحی شده است. این مقیاس خودگزارشی با ۳۶ پرسش، به منظور ارزیابی خطر خودکشی در میان نوجوانان و بزرگسالان ۱۴ سال به بالا مورد استفاده قرار می‌گیرد. پاسخ‌دهندگان با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای به پرسش‌ها پاسخ می‌دهند. این مقیاس دارای چهار زیرمقیاس اصلی شامل ناامیدی[3]، افکار خودکشی[4]، خودارزیابی منفی[5] و خصومت[6] است و نمره هر زیر مقیاس از جمع نمرات پرسش‌های مربوط به همان بعد محاسبه می‌شود. در این ابزار، زیرمقیاس خودارزیابی منفی، گویه‌های ۲، ۶، ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۲۷ و ۳۵ را دربرمی‌گیرد که هر نه گویه دارای نمره‌گذاری معکوس هستند .زیرمقیاس ناامیدی از مجموع گویه‌های ۵، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۲۹، ۳۱، ۳۳ و ۳۶؛ زیرمقیاس افکار خودکشی از گویه‌های ۴، ۷، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۳۰ و ۳۲ و زیر مقیاس خصومت و پرخاشگری از گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۶ و ۳۴ تشکیل می‌شود. نمره کل مقیاس از جمع چهار زیر مقیاس به دست می‌آید؛ به طوری که نمره بالاتر نشان‌دهنده احتمال بیشتر تجربه افکار یا رفتارهای مرتبط با خودکشی است. نمره‌دهی پرسش‌ها از ۰ (اصلاً) تا ۳ (همیشه) است و نمره کل بین ۰ تا ۱۰۸ متغیر است. نمرات بالای ۱۰۰ نشان‌دهندهٔ خطر بسیار بالای خودکشی است که نیازمند نظارت فوری و ارجاع به روان‌پزشکی است. نمرات ۷۵-۱۰۰ خطر بالا، ۵۰-۷۴ خطر متوسط، ۲۵-۴۹ خطر کم، و کمتر از ۲۵ خطر بسیار کم خودکشی را نشان می‌دهند. پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمونه‌ای از بیماران روان‌پزشکی، ۰/۹۲ برآورد شده است [۳۷]. همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که این مقیاس با سایر ابزارهای سنجش افسردگی و افکار خودکشی همبستگی بالایی دارد [۳۸]. آلفای کرونباخ برای نمره کل این مقیاس، ۰.۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰.۶۲ تا ۰.۸۹ گزارش شده است که نشان از پایایی مناسب دارند. این ضرایب نشان می‌دهند که ابزار مذکور به خوبی افراد دارای تمایلات خودکشی را از افراد فاقد این تمایلات

1. The Suicide Probability Scale (SPS)

2. Cull & Gill
3. Hopelessness
4. Suicide Ideation
5. Negative Self-Evaluation
6. Hostility

تفکیک می‌کند. همچنین، روایی هم‌زمان آن نیز با همبستگی ۰.۵۶ با مقیاس افسردگی تأیید شده است. در مطالعهٔ نامجو باغینی و همکاران (۱۴۰۰)، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰.۸۹ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰.۸۶ (ناامیدی)، ۰.۹۱ (افکار خودکشی)، ۰.۸۲ (خصومت - پرخاشگری) و ۰.۹۰ (خودارزیابی منفی) گزارش شده است [۳۹]. پایایی این مقیاس در نمونه پژوهش حاضر، با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل پایایی زیرمقیاس‌ها نشان داد زیرمقیاس ناامیدی (۱۲ پرسش) از پایایی نسبتاً مطلوبی برخوردار است (۰/۷۸ = a)؛ زیرمقیاس افکار خودکشی (۸ پرسش) با آلفای کرونباخ ۰/۶۸ را نشان داد. زیرمقیاس خودارزیابی منفی (۹ پرسش) دارای پایایی متوسط (۰/۷۱ = a) بود و زیر مقیاس خصومت/پرخاشگری نیز با ۷ پرسش از پایایی قابل قبول ۰/۶۴ برخوردار بود. در نهایت، پایایی کل مقیاس با ۳۶ پرسش در سطح مناسب و قابل اتکا به دست آمد (۰/۸۹ = a). این یافته‌ها نشان می‌دهند که این ابزار در نمونه حاضر از انسجام درونی مطلوبی برخوردار است و می‌تواند برای سنجش احتمال خودکشی در نوجوانان مورد استفاده پژوهشی قرار گیرد.

**مقیاس معنا در زندگی**[1] **(MLQ):** این مقیاس به منظور سنجش وجود معنا در زندگی و تلاش افراد برای جستجوی آن[2] طراحی شده است. این مقیاس شامل دو زیرمقیاس است که به ترتیب وجود معنا و جستجوی معنا را اندازه‌گیری می‌کند. نمرات پرسش‌های ۲، ۳، ۷، ۸ و ۱۰ میزان تلاش فرد برای جستجوی معنا و مجموع نمرات پرسش‌های ۱، ۴، ۵، ۶ و ۹ (پرسش ۹ با کدگذاری معکوس) میزان معناداری زندگی فرد را ارزیابی می‌کند. همسانی درونی و اعتبار این مقیاس در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. طبق پژوهش استیگر[3] و همکاران (۲۰۰۶م.)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی بین ۰.۸۲ تا ۰.۸۷ بوده است. همچنین، اعتبار بازآزمایی این مقیاس در فاصله زمانی یک ماهه مناسب گزارش شده است، به‌طوری که ۰/۷۰ برای زیرمقیاس «حضور» و ۰.۷۳ برای زیرمقیاس «جستجو» به دست آمده است [۳۶]. در مورد روایی این مقیاس، مصرآبادی و همکاران (۲۰۱۳) با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، شاخص‌های برازندگی قابل قبولی را برای آن گزارش کرده‌اند [۴۰]. در پژوهش شادکام و همکاران (۱۴۰۰) نیز، ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۶ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب این ابزار در نمونه مورد بررسی است [۴۱].

**پرسش‌نامه تنظیم‌شناختی هیجان:** یک ابزار خودگزارشی چند بُعدی است که توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱م. تدوین شده است و هدف از آن، ارزیابی واکنش‌های افراد در برابر رویدادهای استرس‌زای اخیر و بررسی راهبردهای آن‌ها برای مدیریت و کنترل هیجانات ناشی از این رویدادها است. این مقیاس به ارزیابی ۹ راهبرد شناختی از جمله ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران می‌پردازد. این پرسش‌نامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج‌گزینه‌ای (از همیشه یا هرگز) است و هر چهار پرسش یک عامل را ارزیابی می‌کند. در این پرسش‌نامه، حداقل و حداکثر نمره در هر زیر مقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است، به طوری که نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در این پرسش‌نامه در دو دسته کلیِ راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نایافته) قرار می‌گیرند. راهبردهای سازش یافته، شامل زیرمقیاس‌های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی هستند، در حالی‌که راهبردهای سازش‌نایافته، شامل زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه‌نمایی، هستند [۴۲]. گارنفسکی و همکاران در پژوهش اولیه خود، اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را تأیید کرده‌اند. همچنین، حسنی (۱۳۸۹) در پژوهشی بر روی نسخه فارسی این پرسش‌نامه، ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۳ را گزارش کرده است که نشان‌دهنده همگنی بالای مقیاس و خرده مقیاس‌های آن است [۴۳]. علاوه بر این، سامانی و صادقی (۱۳۸۹) نیز در مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی، اعتبار مناسب این پرسش‌نامه را تأیید کرده‌اند [۴۴].

1. The Meaning in Life Questionnaire
2. The Presence of And Search for Meaning in Life
3. Steger, M. F.

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۲۲-۱۰۵
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 105-122

**مقیاس تاب‌آوری کودک و نوجوان (CYRM-28):** این مقیاس توسط لیبنبرگ، اونگار و ویجور [1] در سال ۲۰۰۹ م. و با هدف شناسایی منابع فردی، ارتباطی و محیطی مؤثر بر تاب‌آوری افراد در سنین ۹-۲۹ سال تدوین شده است [۴۵]. این مقیاس توسط کازرونی زند و همکاران در سال ۱۳۹۲ اعتبارسنجی شده و برای استفاده در میان کودکان و نوجوانان فارسی زبان مناسب تشخیص داده شده است و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. این مقیاس شامل ۲۸ گویه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت در دامنه اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۵) است. نمره کلی این مقیاس بین ۷۴ تا ۱۳۰ متغیر است و نمرات بالاتر، سطح تاب‌آوری بیشتر را نشان می‌دهد. پژوهش کازرونی زند و همکاران (۱۳۹۲)، برای ارزیابی همسانی درونی این مقیاس، مقدار ضریب آلفای کرونباخ، متغیر بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ را نشان داد که حاکی از پایایی خوب این پرسش‌نامه است. همچنین، روایی واگرا و واگرای این مقیاس نیز مورد تأیید قرار گرفت. به عبارت دیگر این مقیاس، ابزار مناسبی برای سنجش تاب‌آوری در نوجوانان فارسی‌زبان ارزیابی شد [۴۶].

**شیوه انجام پژوهش**

پس از پژوهش در حوزهٔ خودکشی در نوجوانان و تدوین مدل، به منظور اعتباریابی آن، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، دانش‌آموزان دختر دو دبیرستان در شهر قم به عنوان نمونه آماری این پژوهش انتخاب شدند. در مرحله نخست، یکی از نواحی چهارگانه آموزش و پرورش قم به صورت تصادفی انتخاب گردید. در مرحله دوم به صورت تصادفی دو دبیرستان دخترانه از میان مدارس دوره دوم متوسطه این ناحیه انتخاب شد. با توجه به معیارهایی همچون سن بین ۱۵ تا ۱۸ سال، تمایل به مشارکت در پژوهش و سکونت در شهرستان قم، دانش‌آموزان واجد شرایط، شناسایی شدند. در نهایت، پرسش‌نامه‌های پژوهش توسط ۳۹۰ دانش‌آموز دختر پایه‌های دهم تا دوازدهم در این دو دبیرستان تکمیل شد.

**شیوه تحلیل داده‌ها**

پس از جمع‌آوری داده‌ها به وسیله همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری (SEM) با نرم‌افزار نسخهٔ ۲۶ SPSS و AMOS22 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

1. Liebenberg, Ungar & Vijver

## نتایج

در این پژوهش، پس از بررسی اولیه و حذف داده‌های پرت [2] با استفاده از نمودار جعبه‌ای و فاصله ماهالانوبیس، تعداد ۳۸۳ نفر از دختران نوجوان (از مجموع ۳۹۰ شرکت‌کننده اولیه) وارد تحلیل نهایی شدند. دامنهٔ سنی شرکت‌کنندگان ۱۵ تا ۱۸ سال بود که بیشترین فراوانی مربوط به سن ۱۷ سال (۴۲/۶ درصد) و کمترین مربوط به ۱۵ سال (۵/۵ درصد) بود. از نظر تحصیلی، ۴۳.۶ درصد در پایه دهم، ۳۹.۷ درصد در پایه یازدهم و ۱۶.۷ درصد در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بودند.

همچنین، ۴۳/۶ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش، در پایه دهم، ۳۹/۷ درصد در پایه یازدهم و ۱۶/۷ درصد در پایه دوازدهم دورهٔ دوم متوسطه مشغول به تحصیل بودند. علاوه بر این ۴۶/۷ درصد در رشته علوم‌انسانی، ۳۴/۵ درصد در رشتهٔ علوم‌تجربی و ۱/۸ درصد در رشته ریاضی فیزیک، مشغول به تحصیل بودند.

در خصوص نرمال بودن توزیع داده‌ها، شاخص‌های چولگی [3] و کشیدگی [4] نشان دادند که توزیع متغیرها از نظر تک‌متغیره در محدوده قابل‌قبول (+۱-) قرار دارند که مؤید نرمال بودن توزیع نمرات است (جدول ۱).

**جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها (N= ۳۸۳)**

| | میانگین | انحراف استاندارد | کجی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|
| افکار خودکشی | ۸/۳۹۷۰ | ۳/۵۲۹۳۵ | ۰/۰۵۶ | -۰/۱۸۳ |
| خصومت - پرخاشگری | ۱۱/۱۴۵۰ | ۲/۹۵۷۲۲ | -۰/۰۲۸ | -/۲۹۳ |
| خود ارزیابی منفی | ۵/۴۰۱۰ | ۳/۱۵۷۵۸ | ۰/۰۱۲ | -/۳۲۸ |
| احتمال خودکشی | ۴۰/۰۰۵۶ | ۱۳/۳۳۵۵۲ | ۰/۰۱۵ | -/۱۶۴ |
| جستجوی معنا | ۲۷/۶۴۷۶ | ۵/۵۰۳۹۷ | -۰/۰۴۱ | -/۴۹۰ |
| میزان معناداری | ۲۴/۷۸۷۱ | ۶/۰۷۹۳۱ | -۰/۰۰۹ | -/۳۷۴ |
| معنا در زندگی | ۵۲/۵۱۸۱ | ۹/۲۰۷۱۵ | ۰/۰۵۰ | -/۲۲۳ |
| پذیرش | ۷/۲۵۶۵ | ۱/۹۰۲۸۲ | -۰/۲۵۰ | -/۵۷۳ |
| نشخوارگری | ۷/۶۷۴۸ | ۱/۷۷۷۷۳ | -۰/۳۴۲ | -/۵۶۷ |

2. Outliers
3. Skewness
4. Kurtosis

**ادامه جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها (N= ۳۸۳)**

| | میانگین | انحراف استاندارد | کجی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|
| تمرکز مجدد مثبت | ۵/۷۲۲۳ | ۲/۱۹۲۴۲ | ۰/۰۴۰ | -/۵۹۷ |
| تمرکز مجدد بر برنامه | ۷/۷۲۳۷ | ۱/۷۷۹۲۳ | -۰/۳۵۰ | -/۶۳۶ |
| ارزیابی مجدد مثبت | ۷/۷۷۴۳ | ۱/۸۱۰۰۲ | -۰/۳۴۸ | -/۷۲۱ |
| راهبرد سازش یافته | ۲۸/۲۳۰۱ | ۶/۰۲۵۷۹ | ۰/۰۶۲ | -/۱۴۶ |
| خود سرزنشگری | ۵/۵۲۸۴ | ۲/۱۳۷۴۳ | ۰/۰۶۸ | -/۵۳۳ |
| کم‌اهمیت‌شماری | ۶/۵۹۴۹ | ۳/۹۳۱۱۴ | -۰/۰۵۵ | -/۴۶۹ |
| فاجعه‌نمایی | ۵/۶۶۱۱ | ۲/۲۲۹۲۶ | -۰/۰۱۶ | -/۶۴۸ |
| دیگر سرزنشگری | ۴/۷۱۲۸ | ۱/۹۸۷۷۴ | ۰/۱۸۱ | -/۵۵۲ |
| راهبرد سازش‌نایافته | ۱۸/۴۵۰۱ | ۴/۲۷۱۳۳ | ۰/۰۷۱ | -/۱۵۵ |
| تاب‌آوری فردی | ۳۳/۸۸۶۴ | ۶/۳۴۶۶۵ | ۰/۰۴۴ | -/۲۲۲ |
| تاب‌آوری ارتباطی | ۲۸/۴۱۵۰ | ۵/۵۰۲۴۹ | ۰/۰۱۲ | -/۲۴۲ |
| تاب‌آوری بافتی | ۳۳/۶۵۸۰ | ۶/۵۷۵۱۷ | ۰/۰۱۳ | -/۳۰۹ |
| تاب‌آوری | ۹۵/۹۶۹۰ | ۱۵/۴۹۲۰ | ۰/۰۵۹ | -/۲۲۲ |

**جدول ۲. همبستگی میان متغیرهای پژوهش**

| | احتمال خودکشی | معنای زندگی | راهبرد سازش‌یافته | راهبرد سازش‌نایافته | تاب‌آوری |
|---|---|---|---|---|---|
| احتمال خودکشی | ۱ | | | | |
| معنای زندگی | -۰/۴۵۰** | ۱ | | | |
| راهبرد سازش یافته | -۰/۲۳۸** | ۰/۳۷۹** | ۱ | | |
| راهبرد سازش‌نایافته | ۰/۴۶۲** | -۰/۱۲۲* | ۰/۰۲۸ | ۱ | |
| تاب‌آوری | -۰/۶۰۰** | ۰/۵۱۹** | ۰/۳۹۵** | -۰/۲۵۹** | ۱ |

**. همبستگی در سطح ۰/۰۱ (۲ دامنه) معنی‌دار است.

*. همبستگی در سطح ۰/۰۵ (۲ دامنه) معنی‌دار است.

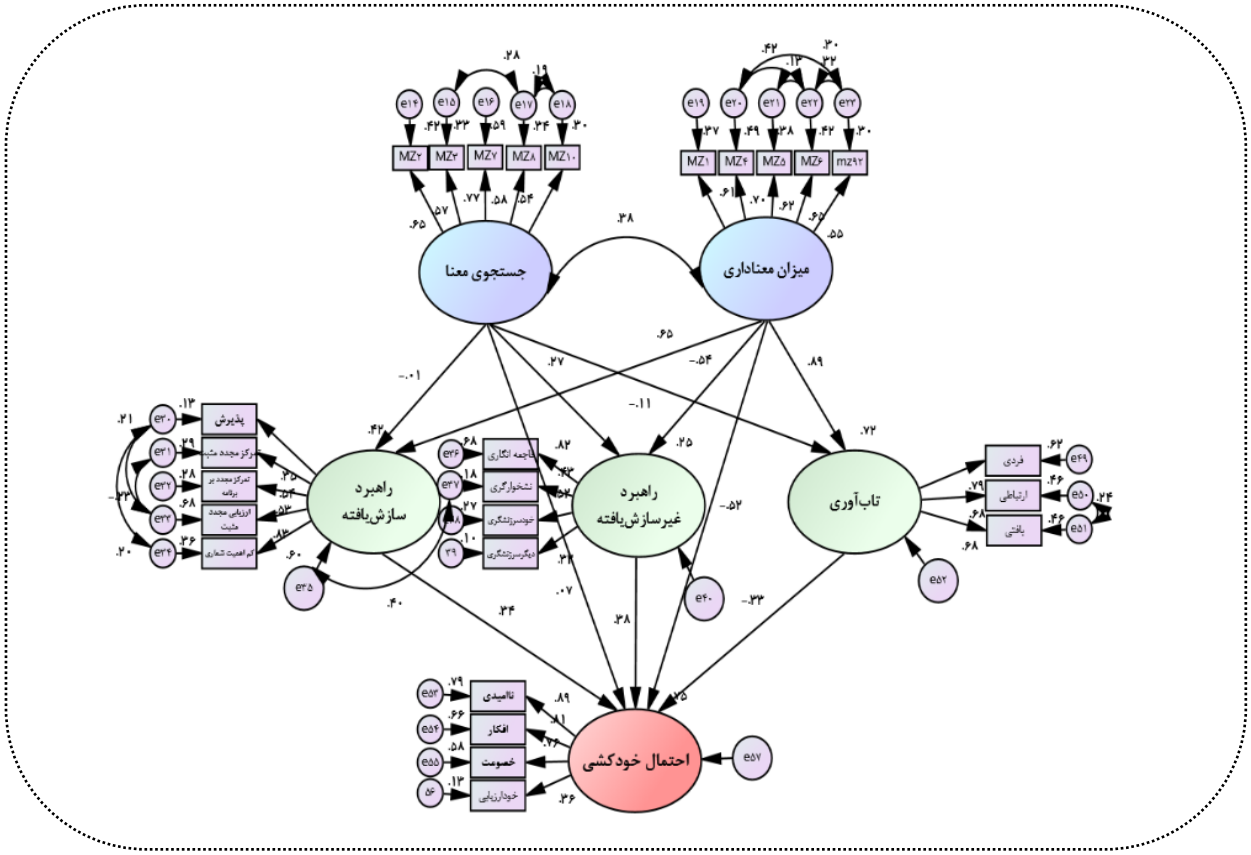
با توجه به اینکه در این پژوهش از مدل معادلهٔ ساختاری بهره گرفته شد، باید مبنای این روش آماری یعنی همبستگی میان متغیرها وجود داشته باشد. بر همین اساس، در جدول ۲، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش گزارش گردیده است.

نتایج جدول۲، نشان می‌دهد که بین احتمال خودکشی با معنای زندگی (R= -۰/۴۵)، راهبرد سازش یافته تنظیم‌شناختی هیجان (R= -۰/۲۴) و تاب‌آوری (R= -۰/۶۰) رابطه منفی و معناداری(P <0/01) وجود دارد، اما بین احتمال خودکشی با راهبرد سازش‌نایافته تنظیم‌شناختی هیجان (R= ۰/۴۶) رابطه مثبت و معناداری (P <0/01) وجود دارد.

همچنین، پیش از برآورد مدل، سایر پیش‌فرض‌های لازم برای مدل‌سازی معادلات ساختاری بررسی شد. نتایج ضریب ماردیا[1] (۱۹/۰۳) بیانگر نقض نرمال بودن چند متغیره بود. از آنجا که این موضوع می‌تواند بر اعتبار برآوردهای روش حداکثر درست‌نمایی اثر بگذارد، تحلیل با استفاده از بوت‌استرپینگ[2] و با ۲۰۰۰ نمونه، باز نمونه‌گیری انجام شد و معناداری ضرایب بر اساس فواصل اطمینان تصحیح شده سوگیری گزارش گردید. همچنین، مقادیر عامل تورم واریانس (VIF)، همگی کمتر از ۲ و تحمل (Tolerance) بالاتر از ۰/۱ بودند که عدم وجود هم‌خطی چندگانه[3] را نشان

1. Mardia's Coefficient
2. Bootstrapping
3. Multicollinearity

می‌دهد. در نهایت، مقدار دوربین - واتسون (۱/۸۰۸) نیز که مقدار آن در بازۀ قابل قبول ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشت، استقلال خطاها را تأیید کرد. پس از اطمینان از برقراری پیش‌فرض‌ها، با ترسیم مدل اولیه و بررسی نتایج به دست آمده از مرحله برآورد مدل اصلی، به این نتیجه می‌رسیم که به منظور بهبود برازندگی مدل، باید اصلاحاتی در این مدل صورت گیرد. به همین منظور، هر یک از زیرمقیاس‌های متغیرهای معنای زندگی به صورت مجزا در مدل (تصویر ۱) ترسیم شد.




**تصویر ۱: مدل پیش‌بینی احتمال خودکشی در نوجوانان**

**جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل**

| شاخص‌های برازش مدل | X2/DF | CFI | IFI | GFI | PGFI | PNFI | RMSEA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقدار به‌دست‌آمده | ۲/۱۱ | ۹۱ | ۹۱ | ۹۰ | ۰/۷۱ | ۰/۷۲ | ۰/۰۵ |
| دامنۀ قابل‌قبول | ≤۳ | ≥۰/۹۰ | ≥۰/۹۰ | ≥۰/۹۰ | ≥۰/۵۰ | ≥۰/۵۰ | ≤۰/۰۵ |

نتایج یافته‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد، مدل اصلاح شده، ز برازش مطلوبی برخوردار است و با داده‌ها برازش دارد. نتایج به دست آمده از شاخص‌های نیکویی برازش مدل در این جدول نشان می‌دهد که مقدار کمتر از ۳ برای تقسیم مقدار خی‌دو بر درجه آزادی، شاخص خوبی برای برازش مدل است. مقدار به دست آمده از تقسیم خی‌دو بر درجه آزادی، ۲/۸۵۴ است که حاکی از برازش خوب مدل است. همچنین، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریبی (RAMSEA)، شاخص دیگری است. مقدار این شاخص برای مدل‌های خوب در دامنۀ مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ و برای مدل‌های قابل قبول، کمتر از ۰/۰۸ و برای مدل‌های ضعیف بزرگ‌تر از ۰/۰۱ است؛ مقدار این شاخص در مدل حاضر ۰/۰۵ است که نشان از خوب‌بودن مدل دارد. همچنین، مقادیر دیگر از شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و شاخص تناسب افزایشی (IFI) که برای مدل‌های خوب، ۰/۹۰ یا بالاتر است، نشان از برازش مطلوب مدل دارد.

بر اساس این مدل، تخمین زده می‌شود که پیش‌بینی‌کننده‌های احتمال خودکشی، ۷۵ درصد از واریانس آن را توضیح می‌دهند. به‌عبارت‌دیگر، واریانس خطای احتمال خودکشی، تقریباً ۲۵ درصد واریانس خود احتمال خودکشی است. همچنین، میزان معناداری با بیشترین ضریب مسیر (β = ۰/۸۹)، ۷۲ درصد از واریانس متغیر برونزاد تاب‌آوری را توضیح می‌دهد. ضریب مثبت مسیر میزان معناداری به تاب‌آوری نشان می‌دهد که به‌طورکلی افرادی که احساس معنا و هدف بیشتری در زندگی می‌کنند، تاب‌آوری بیشتری دارند.

جدول ۴، پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرها در مدل اصلاح شده را نشان می‌دهد. در این جدول تمامی مسیرهای مستقیم به جز مسیرهای جستجوی معنا به تاب‌آوری (p= ۰/۰۹)، جستجوی معنا به راهبرد سازش یافته تنظیم هیجان (p= ۰/۸۹) و جستجوی معنا به احتمال خودکشی (p= ۰/۳۰) در سطح ۰/۰۵ معناداری است. همچنین، تنها مسیر مستقیم معنادار برای جستجوی معنا، جستجوی معنا به راهبرد سازش‌نایافته تنظیم هیجان است.

روابط میان جستجوی معنا و راهبردهای تنظیم هیجان نشان می‌دهد که جستجوی معنا با راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان ارتباط معناداری ندارد و با راهبردهای سازش‌نایافته ارتباط مثبت (β = ۰/۲۷) دارد. وقتی جستجوی معنا با ۱ انحراف استاندارد بالا می‌رود، راهبرد سازش‌نایافته با ۰/۲۷ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد.

در این مدل، بیشترین ضریب استاندارد معنادار به مسیر میزان معناداری به تاب‌آوری (β = ۰/۸۹) و کمترین ضریب استاندارد معنادار به مسیر جستجوی معنا به راهبرد سازش‌نایافته تنظیم هیجان (β = ۰/۲۷) مربوط می‌شود.

**جدول ۴. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرها در مدل اصلاح شده**

| مسیرها | بتای غیراستاندارد (B) | بتای استاندارد (β) | خطای استاندارد (SE) | نسبت بحرانی (CR) | سطح معناداری P. value |
|---|---|---|---|---|---|
| میزان معناداری به راهبرد سازش یافته تنظیم هیجان | ۰/۹۳ | ۰/۶۵ | ۰/۱۳ | ۷/۱۰ | *** |
| جستجوی معنا به تاب‌آوری | -۰/۵۷ | -۰/۱۱ | ۰/۳۳ | -۱/۷۱ | ۰/۰۹ |
| جستجوی معنا به راهبرد سازش یافته تنظیم هیجان | -۰/۰۱ | -۰/۰۱ | ۰/۰۷ | -۰/۱۴ | ۰/۸۹ |
| میزان معناداری به راهبرد سازش‌نایافته تنظیم هیجان | -۰/۷۴ | -۰/۵۴ | ۰/۱۳ | -۵/۵۳ | *** |
| میزان معناداری به تاب‌آوری | ۵/۴۹ | ۰/۸۹ | ۰/۵۷ | ۹/۵۶ | *** |
| جستجوی معنا به راهبرد سازش‌نایافته تنظیم هیجان | ۰/۳۲ | ۰/۲۷ | ۰/۰۹ | ۳/۴۲ | *** |
| راهبرد سازش‌نایافته تنظیم هیجان به احتمال خودکشی | ۰/۹۸ | ۰/۳۸ | ۰/۱۸ | ۵/۴۷ | *** |
| راهبرد سازش یافته تنظیم هیجان به احتمال خودکشی | ۰/۸۶ | ۰/۳۴ | ۰/۱۹ | ۴/۵۶ | *** |
| تاب‌آوری به احتمال خودکشی | -۰/۱۹ | -۰/۳۳ | -۰/۰۸ | -۲/۳۲ | ۰/۰۲ |
| جستجوی معنا به احتمال خودکشی | ۰/۲۰ | ۰/۰۷ | ۰/۱۹ | ۱/۰۴ | ۰/۳۰ |
| میزان معناداری به احتمال خودکشی | -۱/۸۵ | -۰/۵۲ | ۰/۶۶ | -۲/۷۹ | ۰/۰۱ |

**جدول ۵. نتایج بوت استراپینگ مسیرهای غیرمستقیم به سمت احتمال خودکشی**

| | ضریب مسیر | سطح معناداری |
|---|---|---|
| میزان معناداری ← تاب‌آوری ← احتمال خودکشی | -۰/۰۹۵ | ۰/۰۰۰ |
| میزان معناداری ← راهبرد سازش‌نایافته تنظیم هیجان ← احتمال خودکشی | -۰/۳۲۱ | ۰/۰۰۰ |
| جستجوی معنا ← راهبرد سازش‌نایافته تنظیم هیجان ← احتمال خودکشی | ۰/۱۰۸ | ۰/۰۲۴ |

همچنین، میزان بتای استاندارد ضریب مسیر راهبرد سازش یافته (۰/۳۴) و سازش‌نایافته (۰/۳۸) تنظیم هیجان به احتمال خودکشی، تقریباً برابر و مثبت هستند؛ به این معنا که هر دو راهبرد به یک اندازه بر احتمال خودکشی تأثیر می‌گذارند و استفاده از هر دو نوع راهبرد، چه سازش یافته و چه سازش‌نایافته، می‌تواند خطر خودکشی را افزایش دهد.

بر اساس نتایج جدول ۴، مسیر مستقیم میزان معناداری به احتمال خودکشی (۰/۵۱-) قوی‌تر از سایر ضریب‌های مسیر غیرمستقیم به احتمال خودکشی با میانجی‌گری تاب‌آوری، راهبرد سازش یافته و سازش‌نایافته تنظیم هیجان است.

جدول ۵، مسیرهای معنادار از نظر آماری را با استفاده از روش بوت استراپینگ با نمونه ۵۰۰۰ نفر نشان می‌دهد. مسیر غیرمستقیم میزان معناداری به احتمال خودکشی با میانجی‌گری تاب‌آوری و راهبرد سازش‌نایافته تنظیم هیجان رابطه منفی و معناداری دارد ($p\text{-value} < 0.05$). علاوه بر این، مسیر غیرمستقیم جستجوی معنا به احتمال خودکشی، نتایج نشان داد که میزان معنا و جستجوی معنا با احتمال خودکشی با میانجی‌گری راهبرد سازش‌نایافته تنظیم هیجان ارتباط مثبت و معناداری دارد. همچنین، نتایج حاکی از آن است که ارتباط میان میزان معناداری و جستجوی معنا با احتمال خودکشی، بامیانجی‌گری راهبرد سازش یافته تنظیم هیجان و میانجی تاب‌آوری در ارتباط جستجوی معنا به احتمال خودکشی معنادار نیست.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های کلیدی این پژوهش نشان می‌دهد که هر یک از دو زیر مقیاس متغیر معنای زندگی، داستانی متفاوت از تأثیرگذاری بر احتمال خودکشی را روایت می‌کنند. زیر مقیاس احساس معناداری در زندگی، به عنوان یک سازه محوری، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده کاهش احتمال خودکشی در نوجوانان است. این تأثیر از طریق دو مسیر مستقیم و غیرمستقیم تأیید شد. تأثیر مستقیم احساس معناداری بر احتمال خودکشی (ضریب ۰/۵۲)، از اثرات غیرمستقیم حاصل از تاب‌آوری و تنظیم هیجان به مراتب قوی‌تر است. در تحلیل مسیرهای غیرمستقیم، احساس معناداری در زندگی، با افزایش تاب‌آوری و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار (مانند سرکوب هیجانات یا اجتناب)، احتمال وقوع رفتار خودکشی را کاهش می‌دهد. این سازوکار بیانگر آن است که نوجوانانی که معنای قوی در زندگی دارند، به دلیل داشتن یک پشتوانه ارزشی، توانایی بیشتری در مواجهه سازنده با استرس‌ها دارند (تاب‌آوری بالاتر) و کمتر به راهبردهای ناسالم روی می‌آورند. این موضوع اهمیت بنیادی «احساس وجود معنا» را به عنوان محور مرکزی پیشگیری از خودکشی برجسته می‌سازد. این الگو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز هم‌خوانی دارد؛ به طوری که مطالعات متعدد نشان داده‌اند احساس معنا، نوعی سپر روان‌شناختی در برابر ناامیدی، تکانش‌گری و بد تنظیمی هیجان ایجاد می‌کند و می‌تواند مسیرهای منتهی به رفتارهای خود آسیب‌رسان را تضعیف کند [۳۰، ۳۱]. بر این اساس، توجه به تقویت معنای زندگی در برنامه‌های مداخله‌ای و پیشگیرانه می‌تواند رویکردی اثربخش و مبتنی بر شواهد برای کاهش خطر خودکشی در میان نوجوانان باشد.

تعاریف متعددی از مفهوم «معنا» ارائه شده است. این پیچیدگی، سنجش و اندازه‌گیری دقیق این مفهوم را در پژوهش‌ها دچار اشکال می‌کند. همچنین،معنا می‌تواند در ابعاد مختلفی مانند روابط اجتماعی، کار، معنویت، ارزش‌ها و اهداف زندگی تجربه شود. ممکن است ارتباط بین هر یک از این ابعاد با خودکشی متفاوت باشد. افرادی که زندگی‌شان

را معنادار می‌یابند، اغلب احساس هدفمندی و انگیزه‌ای عمیق برای زندگی دارند. این افراد با داشتن دیدگاهی مثبت نسبت به زندگی، کمتر در معرض افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرند. معنویت به عنوان یکی از منابع اصلی احساس معناداری، نقش مهمی در این فرایند ایفا می‌کند و می‌تواند از طریق تقویت روابط اجتماعی، امیدواری و ارزش‌های مثبت به کاهش احتمال خودکشی کمک کند. ارتباط با یک نیروی برتر، مشارکت در فعالیت‌های معنوی و جستجوی معنا در زندگی، همگی می‌توانند با تقویت احساس هدفمندی، امیدواری، بهبود و تقویت روابط اجتماعی فرد، از او در برابر افکار خودکشی محافظت کند. علاوه بر این، سازه معنویت، به عنوان نیاز اساسی - روان‌شناختی شناخته شده است که دین و مذهب بهترین پاسخ را برای آن فراهم می‌کند [۲۷]. بسیاری از ادیان با تأکید بر ارزش‌هایی همچون مهربانی، بخشش و احترام به زندگی و با تحریم و مذمت خودکشی، سدی محکم در برابر این معضل شوم اجتماعی هستند. در نتیجه، تقویت احساس معناداری در افراد، به‌ویژه از طریق تقویت بُعد معنوی، با ارتقای سطح سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی، می‌تواند به‌عنوان یک استراتژی مؤثر در پیشگیری از خودکشی مورد توجه قرار گیرد.

اگرچه مطالعات پیشین، به نقش معنویت در کاهش خطر خودکشی اشاره کرده‌اند، اما این رابطه به عوامل متعددی مانند نوع معنویت، شدت باورهای مذهبی، جهت‌گیری مذهبی، عوامل فردی و اجتماعی وابسته است که نیازمند بررسی‌های جامع‌تر است.

در نقطهٔ مقابل، زیرمقیاس دیگر معنای زندگی یعنی جستجوی معنا، به طور مستقیم بر احتمال خودکشی تأثیرگذار نیست؛ اما می‌تواند به صورت غیرمستقیم و از طریق سازوکارهای واسطه‌ای، مانند افزایش استفاده از راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم‌شناختی هیجان، بر آن اثرگذار باشد. این امکان وجود دارد که در صورت عدم موفقیت در این جستجوی معنای زندگی، به راهبردهای ناسازگار و ناسالمی مانند اجتناب یا انکار متوسل شوند که در نهایت منجر به افزایش احتمال خودکشی می‌شود. به عبارت دیگر، نحوهٔ برخورد افراد با جستجوی معنا و یافتن پاسخ به پرسش‌های وجودی، اهمیت بیشتری نسبت به خود جستجو دارد و کیفیت جستجوی معنا و راهبردهای مقابله‌ای که افراد در این مسیر اتخاذ می‌کنند، در تعیین پیامدهای آن نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. در نتیجه، عطش سیری‌ناپذیر انسان برای جستجوی معنا، اگرچه نیرویی حیات‌بخش است، اما چنانچه به درستی هدایت نشود، می‌تواند به تهدیدی جدی برای سلامت روان تبدیل شود. همچنین، روابط ضعیف یا عدم معناداری مسیرهای جستجوی معنا به سایر متغیرها نشان می‌دهد که جستجوی معنا ممکن است تأثیر مستقیمی بر متغیرهای دیگر نداشته باشد. علاوه بر این، راهبردهای مقابله‌ای ناسالم مانند اجتناب یا انکار، می‌توانند به‌عنوان یک واسطه بین جستجوی معنا و احتمال خودکشی عمل کنند. این تفاوت در تأثیر هر یک از دو زیرمقیاس معنای زندگی بر خودکشی، با پژوهش‌های دیگر در این زمینه [۳۳] و [۸]، همسو و همخوان است.

جستجوی معنا در زندگی، همچون ریشه درختی است که به عمق وجود انسان نفوذ می‌کند. در دوران نوجوانی، این جستجو با فرایند پیچیده هویت‌یابی گره خورده است. نوجوانان در این دوره بحرانی، در تلاش هستند تا جایگاه خود را در جهان پیدا کنند و به پرسش‌های بنیادین درباره هویت و معنا پاسخ دهند. عدم موفقیت در این مسیر، می‌تواند به احساس پوچی و بی‌معنایی منجر شود که خود زمینه‌ای مستعد برای افسردگی و حتی افکار خودکشی است. این یافته، لزوم توجه ویژه مسئولان به اهمیت حیاتی هویت‌یابی در دوران نوجوانی و تأثیر عمیق آن بر سلامت روان نوجوانان را بیش‌ازپیش آشکار می‌سازد. عدم موفقیت در این فرایند می‌تواند نوجوانان را به ورطه احساس پوچی و ناامیدی کشانده و در نهایت به اقدامات آسیب‌زای همچون خودکشی منجر شود. همچنین، روند هویت‌یابی نوجوانان، انعکاسی از محیط اطراف از جمله خانواده، مدرسه، دوستان و جامعه است؛ لذا ایجاد محیطی امن و حمایتی که در آن نوجوانان بتوانند آزادانه به پرسش‌های خود پاسخ دهند و حمایت شوند، در این مرحله حساس از رشد، امری ضروری است.

علاوه بر این، اندازه مثبت و تقریباً برابر بتای استاندارد ضریب مسیر راهبرد سازش یافته (۰/۳۴) و سازش‌نایافته (۰/۳۸) تنظیم هیجان به احتمال خودکشی نشان می‌دهد هر دو راهبرد به یک اندازه بر احتمال خودکشی تأثیر می‌گذارند و استفاده از هر دو نوع راهبرد، چه سازش یافته و چه سازش‌نایافته، می‌تواند منجر به افزایش خطر خودکشی

شود. این نتیجه ممکن است در ابتدا متناقض به نظر برسد، زیرا در نگاه نخست انتظار می‌رود که راهبردهای سازش یافته به کاهش استرس و بهبود سلامت روان کمک کنند، اما دلایلی همچون سرکوب احساسات، عدم کارآمدی و تناسب راهبردها، ترکیب ناسازگارانه راهبردها و عدم توجه به شرایط فردی می‌تواند این نتیجه را توجیه کند. افراد ممکن است با استفاده مداوم و بیش از حد از راهبردهای سازش یافته به‌جای حل مشکل، احساسات خود را سرکوب کنند، علاوه بر این، عدم تناسب راهبردهای سازش‌یافتهٔ مورد استفاده فرد برای مقابله با مشکل خاص او، می‌تواند منجر به افزایش تنش درونی و در نهایت به افسردگی، اضطراب و افزایش احتمال خودکشی بینجامد. همچنین، ترکیب راهبردهای سازش یافته و سازش‌نایافته و استفاده هم‌زمان از هر دو نوع راهبرد می‌تواند مشکل را دو چندان کند. به عنوان مثال، فردی ممکن است برای مقابله با استرس، از الکل یا مواد مخدر (راهبرد سازش‌نایافته) استفاده کند و درعین‌حال سعی کند احساسات خود را سرکوب کند (راهبرد سازش یافته). این ترکیب می‌تواند خطر خودکشی را به شدت افزایش دهد. اهمیت این یافته، برای پیشگیری از خودکشی نیازمند درک بیشتری است؛ بنابراین تنها تمرکز بر آموزش راهبردهای سازش یافته کافی به نظر نمی‌رسد. بلکه باید به طورکلی به نحوه مقابله افراد با مشکلات و احساسات خود توجه شود.

درمانگران و مشاوران باید ضمن کمک به مراجعان از طریق آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و سالم، نسبت به استفاده بیش از حد از هر نوع راهبردی برای تنظیم هیجان به آن‌ها هشدار دهند. ارتباط و تأثیر تنظیم هیجان و احتمال خودکشی همخوان با سایر پژوهش‌ها در این زمینه است [۱۲] و [۱۳] و [۱۴] و [۱۵] و در همین راستا، اجرای برنامه‌هایی در جهت ارتقای مهارت‌های خودبازداری و معنابخشی به زندگی دانش‌آموزان به متولیان عرصه تعلیم‌وتربیت پیشنهاد شده است [۳۲].

همچنین، بررسی ارتباط متغیرهای میانجی با احتمال خودکشی نشان می‌دهد که تاب‌آوری نقش محافظتی بسیار مهمی در پیشگیری از خودکشی ایفا می‌کند. این در حالی است که استفاده بیشتر از راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان، به‌عنوان یک عامل خطر جدی، احتمال خودکشی را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. تحلیل ارتباطات میان متغیرهای پژوهش، حاکی از آن است که تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده، اثر سایر عوامل خطر را کاهش دهد. به عبارت دیگر، نوجوانانی که تاب‌آوری بالایی دارند، حتی در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات، کمتر به راهبردهای ناسالم روی می‌آورند و در نتیجه، کمتر در معرض خطر خودکشی قرار می‌گیرند. این نتیجه هم‌راستا با برخی پژوهش‌ها [۲۲] در این زمینه است. بر همین اساس، غربالگری و تدارک پروتکل‌هایی برای ارتقای مهارت‌های تاب‌آوری توسط واحد مشاوره آموزش و پرورش [۴۷] پیشنهاد می‌گردد. بررسی این که چه سازوکارهایی باعث می‌شوند که احساس معناداری با تاب‌آوری و کاهش استفاده از راهبردهای سازش‌نایافته مرتبط باشد، می‌تواند مفید باشد.

این یافته‌ها تأکید می‌کنند که خودکشی به عنوان پدیده‌ای پیچیده، تحت‌تأثیر عوامل متعدد و تعامل با آن‌ها قرار دارد؛ لذا برای درک کامل این پدیده، باید به مکانیزم‌های پیچیدهٔ نهفته در آن، توجه شود. به عبارت دیگر، خودکشی نتیجه تعامل عوامل مختلفی است که در کنار هم و به صورت ترکیبی بر احتمال وقوع آن تأثیر می‌گذارند. باید توجه نمود پیشگیری از خودکشی نیازمند راهبردهایی در همه سطوح جامعه است که شامل راهبردهای پیشگیری و حفاظتی برای افراد، خانواده‌ها و جوامع است [۴۸]. علاوه بر این روش‌های پیشگیری را نمی‌توان به فرد محدود کرد و مداخلات جمعی، اجتماعی و سیاسی نیز ضروری خواهد بود [۴۹]. همچنین، ترکیب و تلفیق مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اعم از فراهم‌کردن بهترین شرایط و بستر مناسب برای تربیت فرزندان و نوجوانان، درمان مؤثر اختلالات روانی، کنترل عوامل خطر، آموزش و بصیرت‌افزایی در سطوح خانه، مدرسه و جامعه و ... را می‌توان از جمله عناصر اساسی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برشمرد [۵۰]؛ بنابراین، انتظار می‌رود نهادهای مختلفی همچون وزارت آموزش و پرورش، صدا و سیما، بهزیستی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت ارشاد از نتایج این پژوهش در جهت پیشگیری از خودکشی و داشتن جامعه‌ای نیکبخت و برخوردار از سلامت روان بهره گیرند.

باید در نظر داشت، تفسیر نتایج این پژوهش باتوجه‌به محدودیت‌های آن در نظر گرفته می‌شود. این مطالعه با تمرکز بر دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم در قم

صورت پذیرفته است؛ لذا باید جانب احتیاط در تعمیم نتایج به سایر نوجوانان با سن و جنسیت متفاوت رعایت گردد. بررسی روابط همبستگی، رعایت اصول اخلاقی و چالش‌ها در پژوهش با موضوع خودکشی را می‌توان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش در نظر گرفت.

پژوهش حاضر با بررسی تأثیر دو متغیر محافظتی قوی یعنی میزان معناداری در زندگی و تاب‌آوری، گام مهمی در جهت پیش‌بینی احتمال خودکشی در نوجوانان برداشته است، با این حال، برای درک کامل معضل پیچیده خودکشی، نیاز به تحقیقات بیشتری با استفاده از رویکردهای چند رشته‌ای است. علاوه بر این، بررسی ارتباط جستجوی معنا و هویت‌یابی در نوجوانان در پژوهش‌های خودکشی نیاز به بررسی و تتبع بیشتر دارد. افزون بر این، به دلیل تأکید بسیار بر مداخلات مبتنی بر خانواده در پیشگیری و درمان خودکشی [۵۱] و نقش اساسی همسالان در این دوره سنی، انتظار می‌رود که اجرای مداخلات با آموزش‌های مدرسه محور، از طریق ارتقای رشد معنوی و افزایش تاب‌آوری در جهت کاهش احتمال خودکشی نوجوانان مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر با رعایت کامل حقوق شرکت‌کنندگان، انجام شد. اطلاعات لازم درباره اهداف و نحوه استفاده از داده‌های پژوهش در اختیار تمامی شرکت‌کنندگان قرار گرفت و محرمانگی اطلاعات آنان به طور کامل تضمین گردیده است. هیچ‌گونه اجبار یا الزام در شرکت در مطالعه وجود نداشت و شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش امکان انصراف داشتند.


### حامی مالی

هیچ‌گونه کمک مالی از سوی نهاد یا سازمانی دریافت نشده است.

### سپاسگزاری

بدین‌وسیله از مشارکت کلیه نوجوانان شرکت‌کننده در این مطالعه پژوهشی که با تکمیل دقیق پرسش‌نامه‌ها، امکان گردآوری داده‌های ارزشمند را فراهم نمودند، قدردانی می‌گردد.


## منابع


1- Fehling KB, Selby EA. Suicide in DSM-5: Current evidence for the proposed suicide behavior disorder and other possible improvements. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11: 499980. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.499980.

2- De Leo D, Goodfellow B, Silverman M, Berman A, Mann J, Arensman E, et al. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*. 2021; 11(2): e043409. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043409.

3- Brent DA. Master Clinician Review: Saving Holden Caulfield: Suicide prevention in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2019; 58(1): 25-35. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.05.030.

4- Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P, Shah A. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Rezaei F, Hadavandkhani F, Qaleshahi Jamshidian P, Esfandzad AH, translators. Vol. 1. Tehran: Arjmand; 2022. **[In Persian]**

5- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*. 2017; 143(2): 187-232. https://doi.org/doi:10.1037/bul0000084.

6- Weis R. *Introduction to Abnormal Child and Adolescent Psychology*. 4th ed. Seyed Mohammadi Y, translator. Tehran: Arasbaran; 2018. https://lib.ui.ac.ir/Inventory/1/155828.htm

7- Bertuccio P, Amerio A, Grande E, La Vecchia C, Costanza A, Aguglia A, et al. Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. *eClinicalMedicine*. 2024; 70: 102506. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102506.

8- Lew B, Chistopolskaya K, Osman A, Huen JMY, Abu Talib M, Leung ANM. Meaning in life as a protective factor against suicidal tendencies in Chinese university students. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1): 1-10. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02485-4.

9- O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018; 373(1754): 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268.

10- Bemmouna D, Weiner L. Linehan's biosocial model applied to emotion dysregulation in autism: a narrative review of the literature and an illustrative case conceptualization. *Frontiers in Psychiatry*. 2023; 14: 1238116. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1238116.

11- Snyder D, Simpson J, Hughes J. *Emotion Regulation in Couples and Families: Pathways to Dysfunction and Health*. Moziri A, Naderi F, translators. Arjomand; 2019. https://doi.org/10.1037/11468-000.

12- Wagner BM. *Suicidal Behavior in Children and Adolescents*. New Haven: Yale University Press; 2009. https://doi.org/10.12987/yale/9780300112504.001.0001.

13- Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*. 2019; 271: 67-73. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30502560/.

14- Arab A, Zaraatkar Makki M, Eftekhari Konzarki F, Afsharpour P. Prediction of suicidal thoughts based on the difficulty of emotion regulation and perceived social support in high school students. *Jnip*. 2024; 20(24): 1-13. URL: http://jnip.ir/article-1-1093-en.html **[In Persian]**

15- Vafapoor H, Karami J, Momeni K. The role of experiential avoidance, emotional regulation difficulties, and body image concern in predicting the probability of suicide among adolescent girls. *Shenakht*. 2021; 8(2): 88-99. https://doi.org/10.32598/shenakht.8.2.88. **[In Persian]**

16- Ebrahimi G, Ghazanfari A, Mashhadizadeh S, Rahimi S. Modeling suicide ideation based on initial maladaptive schemes with mediating role of emotional regulatory in adults with a history of childhood (physical and sexual). *Clinical Psychology and Personality*. 2023; 21(1): 95-102. https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16711.1275. **[In Persian]**

17- Anvari SM, Mansouri A. The relationship between cyberbullying victimization and non-suicidal self-injury and suicide behaviors in adolescents: the mediating role of emotion regulation. *Clinical and Personality Psychology*. 2023; 21(2): 129-138. https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17691.1358. **[In Persian]**

18- Sher L. Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019; 140(2): 169-180. https://doi.org/doi:10.1111/acps.13059.

19- Wang X, Lu Z, Dong C. Suicide resilience: a concept analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.984922.

20- Nieto M, Visier ME, Silvestre IN, Navarro B, Serrano JP, Martínez-Vizcaíno V. Relation between resilience and personality traits: the role of hopelessness and age. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2023; 64(1): 53-59. https://doi.org/10.1111/sjop.12866.

21- Sadeghi M, Ahmadinia H, Ayoobi F, Rezaeian M. Resilience and suicidal thoughts in young people: based on the Rafsanjan Youth Cohort Study. *Archives of Iranian Medicine*. 2023; 26(11): 623-628. https://doi.org/10.34172/aim.2023.92. **[In Persian]**

22- Mohammadi Gondareh P, Rashidi K. Comparison of emotional intelligence, coping styles, and resilience of students with suicidal thoughts and normal students. *Applied Research in Behavioral Sciences*. 2018; 26(5): 21-29. https://psyj.ir/afile/php6VFAHK.pdf?utm_source=chatgpt.com **[In Persian]**

23- Platsidou M, Daniilidou A. Meaning in life and resilience among teachers. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*. 2021; 5(2): 97-109. https://doi.org/10.47602/jpsp.v5i2.259.

24- Park CL, George LS, Ai AL. Measuring three distinct aspects of meaning in life: the Multidimensional Existential Meaning Scale (MEMS). In: Ai AL, Wink P, Paloutzian RF, Harris KA, editors. *Assessing Spirituality in a Diverse World*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 117-140. https://doi.org/10.1007/978-3-030-52140-0_6.

25- Snyder CR, Lopez SJ. Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007. https://psycnet.apa.org/record/2006-11869-000

26- Schuurmans-Stekhoven J. Measuring spirituality as personal belief in supernatural forces: is the Character Strength Inventory-Spirituality subscale a brief, reliable and valid measure? *Implicit Religion*. 2014; 17(2): 211-222. https://doi.org/10.1558/imre.v17i2.211.

27- JanBozorghi M. Multidimensional Spiritual Therapy: A God-Centered Approach to Counseling and Psychotherapy (Techniques and Programs). Hawza and University Research Institute; 2022. **[In Persian]**

28- Keyvanara M, Haghshenas A. Sociocultural contexts of attempting suicide among Iranian youth: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2011; 17(6): 529-535. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21796972/

29- Allen AR. Meaninglessness, depression and suicidality: a review of the evidence. In: Menzies RG, Menzies RE, Dingle GA, editors. *Existential Concerns and Cognitive-Behavioral Procedures: An Integrative Approach to Mental Health*. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 261-281. https://doi.org/10.1007/978-3-031-06932-1_16

30- Tan L, Chen J, Xia T, Hu J. Predictors of suicidal ideation among children and adolescents: roles of mental health status and meaning in life. *Child & Youth Care Forum*. 2018; 47(2): 219-231. https://doi.org/10.1007/s10566-017-9427-9.

31- Yang Q, Hu YQ, Zeng ZH, Liu SJ, Wu T, Zhang GH. The relationship of family functioning and suicidal ideation among adolescents: the mediating role of defeat and the moderating role of meaning in life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(23): 1-14. https://doi.org/10.1016/j.biomaterials.2021.120784

32- Sheikhalizadeh S, Alipour F, Shahbaziyan Khonig A, Faridi Esfanjani J. The diagnostic role of self-restraint, meaning in life, and depression in students' suicide risk. *New Educational Thoughts*. 2022. https://doi.org/10.22051/jontoe.2022.39905.3558 **[In Persian]**

33- Costanza A, Prelati M, Pompili M. The meaning in life in suicidal patients: the presence and the search for constructs. A systematic review. *Medicina*. 2019; 55(8): 465. https://doi.org/10.3390/medicina55080465.

34- Park CL. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*. 2010; 136(2): 257-301. https://doi.org/10.1037/a0018301.

35- Gross JJ. The extended process model of emotion regulation: elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*. 2015; 26(1): 130-137. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751

36- Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*. 2006; 53(1): 80-93. https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80.

37- Bisconer SW, Gross DM. Assessment of suicide risk in a psychiatric hospital. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007; 38(2): 143-149. https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.143.

38- Cull JG, Gill WS. *Suicide Probability Scale*. 1982. https://doi.org/10.1037/t01198-000.

39- Namjo Baghini N, Soltani A, Manzari Tavakoli A, Manzari Tavakoli H. Factor structure and validity of the Suicide Behavior Assessment Scale in female high school students in Kerman City in 2021: a descriptive study. *RUMS_JOURNAL*. 2023; 22(5): 459-478. https://doi.org/10.61186/jrums.22.5.459. **[In Persian]**

40- Mesrabadi J, Jafariyan S, Ostovar N. Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 7(1): 83. https://www.behavsci.ir/article_67816.html. **[In Persian]**

41- Shadkam H, Yaghoobi A, Zanganeh Motlagh F, Pirani Z, Mohagheghi H. Developing a model of academic buoyancy based meaning of life mediated by happiness in students. *Positive Psychology Research*. 2021; 7(4): 41-54. https://doi.org/10.22108/ppls.2022.131247.2217. **[In Persian]**

42- Besharat MA. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: instruction and scoring. *Developmental Psychology*. 2017; 13(50): 221-223. https://sanad.iau.ir/en/Article/1054776 **[In Persian]**

43- Hasani J. The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Clinical Psychology*. 2011; 2(3): 73-84. https://sid.ir/paper/152721/en. **[In Persian]**

44- Samani S, Sadeghi L. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Psychological Methods and Models*. 2010; 1(1): 51-62. https://sid.ir/paper/227406/en **[In Persian]**

45- Liebenberg L, Ungar M, Vijver F van de. Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) among Canadian youth. *Research on Social Work Practice*. 2012; 22(2): 219-226. https://doi.org/10.1177/1049731511428619.

46- Kazeruni Zand B, Sepehri Shamloo Z, Mirzaeian B. Psychometric properties of the Child and Adolescent Resilience Scale-28 in the Iranian population: validity and reliability. *Nasim Tandorosti*. 2013; 2(3): 15-21. https://jfh.sari.iau.ir/article_641848_en.html. **[In Persian]**

47- Razi Moradi M, Salimi Bajestani H, Farahbakhsh K, Askari M, Borjali A, Borjali A. Extracting a psychological model for the formation of suicidal ideation as social harm in students of university: a grounded theory study. *Social Psychology Research*. 2022; 11(44): 23-46. https://doi.org/10.22034/spr.2022.297317.1667. **[In Persian]**

48- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention strategies suicide. 2023. https://www.cdc.gov/suicide/prevention/index.html

49- Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can we really prevent suicide? *Current Psychiatry Reports*. 2012; 14(6): 624-633. https://doi.org/10.1007/s11920-012-0318-3.

50- World Health Organization. *Preventing Suicide: A Resource for Counsellors*. Geneva: World Health Organization; 2006. https://www.who.int/publications/i/item/9241594314

51- Hua LL, Lee J, Rahmandar MH, Sigel EJ, Committee on Adolescence, Council on Injury, Violence, and Poison Prevention. Suicide and suicide risk in adolescents. *Pediatrics*. 2024; 153(1): e2023064800. https://doi.org/10.1542/peds.2023-064800.

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۳۶-۱۲۳**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20908.1779

**مقاله پژوهشی**

# مقایسه تأثیر آموزش خود شفقت‌ورزی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان

**نویسندگان**

**محمد خاک‌نژاد [۱]، علی‌اکبر ثمری [۲*]، مهدی نیری [۳]**

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام ، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام ، ایران.
m.khaknezhad@iau.ac.ir
۲. گروه روان‌شناسی بالینی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام ، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام ، ایران.
mahdi.nayyeri@iau.ac.ir

**چکیده**

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۶/۱۵

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۴/۱۲/۰۵

**مقدمه:** هدف مطالعه حاضر، مقایسه تأثیر آموزش خود شفقت‌ورزی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان بود.

**روش:** این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم شهر رشتخوار در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل دادند که ۴۵ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، شامل مقیاس اضطراب امتحان فریدمن (۱۹۹۷م.) و مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۲م.) بود. گروه‌های آزمایش، ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به تفکیک، تحت آموزش خود شفقت‌ورزی و بازسازی شناختی قرار گرفتند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شد.

**نتایج:** نتایج حاکی از اثربخشی هر دو روش خود شفقت‌ورزی و بازسازی شناختی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان بود ($P<۰/۰۰۱$). به این صورت که هر دو رویکرد موجب افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان شدند و اثربخشی آموزش خود شفقت‌ورزی، هم در پس‌آزمون و هم در دوره پیگیری، بیش از آموزش بازسازی شناختی بود ($P<۰/۰۵$).

**بحث و نتیجه‌گیری:** به‌طورکلی، نتایج حاکی از آن بود که هر دو رویکردهای درمانی می‌توانند بر افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان مؤثر باشد و به عنوان دو روش مؤثر در توانمندسازی دانش‌آموزان مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها**

خود شفقت‌ورزی، بازسازی شناختی، خودکارآمدی، اضطراب امتحان

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

Alisamari_47@iau.ac.ir

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۳۶-۱۲۳
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 123-136

**مقدمه**

یادگیری و کسب مهارت‌های تحصیلی دانش‌آموزان از ضروریات یک جامعه در حال پیشرفت است؛ اما در بعضی از مواقع، وجود عوامل مختلف فردی و روان‌شناختی می‌تواند چالش‌هایی را برای دانش‌آموزان به دنبال داشته باشد که در این رابطه می‌توان به اضطراب امتحان[1] اشاره نمود [۱]. اضطراب امتحان، به نوعی تنش روانی اشاره دارد که با نشانه‌های جسمی، شناختی و رفتاری در زمان آماده شدن برای امتحان و تکمیل آزمون‌ها مشخص می‌گردد و می‌تواند بر عملکرد امتحان اثر سوء داشته باشد [۲]. وجود اضطراب امتحان باعث می‌گردد تا دانش‌آموزان نتوانند به نحو مؤثری از عهده امتحان و ارزشیابی دروس برآیند و عملکرد آن‌ها به طور چشمگیری تحت‌تأثیر اضطراب کاهش یابد[۳]. دانش‌آموزانی که اضطراب امتحان را تجربه می‌نمایند، معمولاً حالت ناخشنودی، نگرانی و ترس را با تظاهرات رفتاری خاص مانند تنش، ناکامی، پریشانی، ناتوانی و بی‌نظمی تجربه می‌کنند که وجود همین عوامل باعث می‌گردد تا عملکرد آن‌ها در هنگام امتحان کاهش یابد[۴]. مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد اضطراب امتحان ۲۵ تا ۴۰٪ از دانش‌آموزان و دانشجویان جهان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد که این رقم در مقاطع تحصیلی بالاتر بیشتر است [۵].

افت تحصیلی که به‌واسطه وجود اضطراب امتحان در دانش‌آموزان ایجاد می‌گردد، بعضاً باعث می‌شود تا دانش‌آموزان احساس خودکارآمدی[2] کمتری را تجربه کنند [۶]. وجود خودکارآمدی ضعیف، اثرات منفی متعددی را در ابعاد مختلف تحصیلی، اجتماعی، و روانی به‌جا می‌گذارد؛ به‌طوری که دانش‌آموزان فاقد احساس خودکارآمدی تلاش کمتری برای انجام تکالیف و فعالیت‌های درسی می‌کنند و یا اینکه از مواجهه با تکالیف و موضوعات دشوار اجتناب می‌کنند[۷]. خودکارآمدی، باور و قضاوتی است که افراد در مورد توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌هایشان دارند که باعث می‌گردد، مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری در جهت تحقق اهداف مختلف، به‌گونه‌ای اثربخش ساماندهی شود و بر چگونگی عملکرد آنان تأثیر گذارد [۸]. ازآنجاکه وجود اضطراب امتحان حسی از ناتوانی و استیصال را برای فرد مضطرب به وجود می‌آورد و عملکرد او را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، احساس ناتوانی در فائق آمدن به شرایط اضطراب‌آور، موجب کاهش باور به خودکارآمدی شده و بر نگرش فرد نسبت به توانایی‌های خود تأثیر منفی دارد [۹].

با توجه به اینکه باور خودکارآمدی می‌تواند منجر به رشد توانمندی‌های تحصیلی دانش‌آموزان گردد؛ رویکردهای مختلفی طراحی و به اجرا در آمده‌اند که آموزش خود شفقت‌ورزی[3] یکی از آن‌ها است[۱۰]. این رویکرد آموزشی از تکنیک‌هایی رفتار درمانی شناختی، روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بودیستی و علوم اعصاب در جهت افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی استفاده می‌نماید و هدف آن، آموزش چگونگی مواجهه با رنج‌ها، شکست‌ها و نقص‌های انسانی، و ایجاد رفتاری مهربانانه، درک‌کننده و غیر قضاوتی نسبت به خود است [۱۱]. خود شفقت‌ورزی سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در برابر انتقاد از خود، احساسات مشترک در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی است که می‌تواند ضمن افزایش انعطاف‌پذیری، به فرد کمک کند تا با وقایع سازگار گردد و توانمندی‌های روانی خود را رشد دهد [۱۲]. خود شفقت‌ورزی باعث می‌شود تا فرد دیدگاه مثبتی نسبت به خود داشته باشد، خطاهای خود را ببخشد و بتواند توانمندی‌ها و نقص‌های خود را بپذیرد و در جهت رشد شخصی خود گام بردارد؛ به همین دلیل دانش‌آموزان خود شفقت‌ورز معمولاً در عملکرد تحصیلی خود توفیق بیشتری کسب نموده و می‌توانند بهتر با مشکلات تحصیلی سازگار شوند [۱۲]. پژوهش‌های ورمزیاری و گلپور[۱۳]، بابازاده و همکاران[۱۴] و حسینی مهر و همکاران[۱۵]، گویای آن است که استفاده از آموزش خود شفقت‌ورزی می‌تواند منجر به افزایش باور به کارآمدی دانش‌آموزان گردد. پژوهش‌های ژانگ و همکاران[4] [۱۶] و لیائو و همکاران[5] [۱۷] نیز حاکی از آن است که آموزش خود شفقت‌ورزی نقش مثبتی بر رشد کارآمدی و توانمندی‌های دانش‌آموزان دارد.

1. examination anxiety
2. Self-Efficacy
3. Self-Compassion
4. Zhang, Roscoe & Pringle
5. Liao, Stead & Liao

آموزش بازسازی شناختی[1] نیز یکی دیگر از رویکردهای آموزشی است که با هدف شناسایی، اصلاح و جایگزینی افکار غیرمنطقی، تحریف شده یا منفی با افکار واقع‌بینانه‌تر و سازگارانه‌تر، طراحی و به اجرا در می‌آید [۱۸]. این روش آموزشی با قراردادن شناخت و اصلاح افکار ناکارآمد و تصحیح تحریفات شناختی، موجب می‌گردد تا افراد، تفکر سنجیده‌تری را جایگزین تفکرات تحریف شده نمایند و بر اساس منطق و استدلال عمل کنند [۱۹]. در این رویکرد به نقش تحریف‌های شناختی در الگوهای فکری تأکید می‌گردد و تلاش می‌شود تا پردازش نادرست اطلاعات زیر سؤال برده شود و مورد بحث قرار گیرد تا فرد بتواند الگوی فکری خود را تصحیح نموده و نسبت به تغییر آن در جهت ایجاد احساس و رفتار مثبت اقدام کند [۲۰]. شواهد پژوهشی زیادی نشان از آن دارد که آموزش بازسازی شناختی می‌تواند موجب ارتقای توانمندی‌های تحصیلی دانش‌آموزان گردد به‌طوری که پژوهش فدایی وطن و همکاران[۲۱] و شاکری‌نسب و همکاران[۲۰]، نشان از آن دارد که بازسازی شناختی با اثرگذاری بر فرایندهای فکری و اصلاح خطاهای شناختی می‌تواند موجب اسناد دهی مثبت و باور کارآمدی دانش‌آموزان گردد. پژوهش‌های تکدیر و همکاران[2] [۲۲]، آنگیتا و همکاران[3] [۲۳] و میرزا و همکاران[4] [۲۴] نیز نشان می‌دهد که تکنیک‌های بازسازی شناختی در بهبود باور توانمندی دانش‌آموزان مؤثر بوده و می‌تواند موجب ارتقای آن گردد.

هرچند که آموزش خود شفقت‌ورزی و بازسازی شناختی به واسطهٔ سازوکاری‌های عملی با یکدیگر شباهت دارند و هر دو رویکرد، توجه به افکار و احساسات فرد را در مرکز توجه قرار می‌دهند؛ اما خود شفقت‌ورزی بر تغییر نحوه ارتباط با خود تأکید می‌نماید که این پارادایم، تضاد جالبی با هسته اصلی بازسازی شناختی دارد که تغییر محتوای افکار را مورد هدف قرار می‌دهد [۲۵]. از طرفی در آموزش خود شفقت‌ورزی، پذیرش هیجان‌ها بدون قضاوت، ملاک عمل قرار می‌گیرد [۲۶]؛ این در حالی است که در بازسازی شناختی، تغییر هیجان‌ها از طریق اصلاح افکار مراجعین، سازوکار عملی را شکل می‌دهد [۲۰] که این تفاوت، می‌تواند اثربخشی متفاوتی را در افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی به دنبال داشته باشد. در خود شفقت‌ورزی تلاش می‌شود تا از طریق تکنیک‌هایی همچون مدیتیشن، نوشتن نامه، خود گفتاری، تجسم مثبت و شناسایی و پذیرش احساسات، سیستم عصبی آرام‌بخش، فعال گردیده و تنش روانی کاهش یابد [۲۷]؛ درحالی‌که بازسازی شناختی با توسل بر تکنیک‌های همچون ثبت افکار روزانه، شناسایی خطاهای شناختی و استفاده از جدول سود و زیان، سعی در بازسازی افکار تحریف شده دارد [۲۸] که به نظر می‌رسد تفاوت در فنون و محتوای این دو روش، می‌تواند نتایج متفاوتی را به دنبال داشته باشد. چون خود شفقت‌ورزی از طریق ایجاد پذیرش و مهربانی درونی، زمینه‌ای عاطفی - امنیتی برای مواجهه با چالش‌ها فراهم می‌کند [۲۶]؛ درحالی‌که بازسازی شناختی مستقیماً بر شناسایی و تغییر الگوهای فکری منفی و غیرمنطقی تمرکز دارد [۲۰]؛ این مقایسه می‌تواند مشخص کند که کدام مسیر (مسیر عاطفی - پذیرشی یا مسیر شناختی - منطقی) یا ترکیبی از آن‌ها، برای افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان مؤثرتر است و به طراحی مداخلات آموزشی - روان‌شناختی هدفمندتر کمک می‌کند. ازاین‌رو پژوهش حاضر به دنبال آن است تا به درک این تفاوت‌های احتمالی در کارایی این دو رویکرد بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان بپردازد؛ چراکه تعیین این تفاوت، به‌منظور بهینه‌سازی انتخاب روشی مناسب و توسعه پروتکل مؤثر و روشن‌سازی سازوکارهای زیربنایی خودکارآمدی اهمیت دارد. درواقع این مطالعه به دنبال پر کردن شکاف دانش موجود در مورد اثربخشی نسبی این دو رویکرد در حوزه روان‌شناختی و حرکت به سمت درمان‌های شخصی‌سازی‌شده است؛ لذا این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که آیا بین اثر بخشی آموزش خود شفقت‌ورزی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان تفاوت وجود دارد؟

## روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ نحوهٔ گردآوری اطلاعات، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری

1. Cognitive Restructuring Learning
2. Takdir, Darusman & Devi
3. Anggita, Sugiyo & Awalya
4. Mirza, Sitorus, Purba, Sebayang & Sagala

پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم شهر رشتخوار در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه، بر مبنای جدول تدوین‌شده کوهن[۲۹]، با انتخاب (a = ۰/۰۵) و حجم اثر متوسط (d=۰/۵) و توان آزمون (۸۰٪)، ۱۵ نفر برای هر گروه و در مجموع ۴۵ نفر انتخاب گردید. آزمودنی‌های انتخاب‌شده به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گمارده شدند.

برای انتخاب نمونه، ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل شرکت داوطلبانه و با رضایت در پژوهش، قرار نگرفتن تحت مداخله دیگر، عدم مصرف دارو، عدم ابتلا به بیماری جسمی یا اختلال روان‌شناختی و کسب نمره کمتر از ۵۰ در پرسش‌نامه اضطراب فریدمن[1] [۳۰] (نمره ۵۰ بر اساس خط برش این پرسش‌نامه نشان‌دهنده وجود اضطراب امتحان است) در نظر گرفته شد. همچنین، ملاک‌هایی همچون غیبت در جلسات مشاوره به مدت دو جلسه یا بیشتر و عدم تکمیل کامل ابزارهای پژوهش به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش لحاظ گردید. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های ذیل بود.

### ۱. مقیاس اضطراب امتحان[2]

این مقیاس توسط فریدمن[۳۰] در سال ۱۹۹۷ م. ارائه شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۳ پرسش بود. هدف آن سنجش ابعاد مختلف اضطراب امتحان است و دارای سه مؤلفه تحت عنوان تحقیر اجتماعی، خطای شناختی و تنیدگی است. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت ۴ گزینه‌ای بوده و به ترتیب به کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، موافقم نمره ۲ و کاملاً موافقم نمره ۳ تعلق می‌گیرد. اما این شیوه نمره‌گذاری در مورد پرسش‌هایی در مورد پرسش‌های ۱،۳،۲،۴،۶،۵،۷ ،۸،۱۴،۱۳،۱۵،۲۲،۲۱،۲۱،۱۹،۱۸،۱۷،۱۶ معکوس است. برای به‌دست‌آوردن امتیاز مربوط به هر خرده مقیاس این ابزار، مجموع امتیازات پرسش‌های مربوط به آن با هم جمع می‌شود و نمره کل آن، مجموع امتیازات همه پرسش‌ها است که نمره بالا نشان‌دهنده اضطراب امتحان پایین است و برعکس نمره پایین نشان‌دهنده اضطراب امتحان بالاست. نمره ۵۰ خط برش در این پرسش‌نامه است.

در پژوهش فریدمن[۳۰]، ضرایب آلفای کل این ابزار بین ۰/۸۵ گزارش شده است و عنوان داشته‌اند که این ابزار تا حد زیادی دارای روایی هم‌زمان و پیش‌بین است. در ایران نیز باعزت و همکاران[۳۱]، برای بررسی روایی این آزمون از تحلیل عاملی تأییدی استفاده کرده‌اند که نتیجه شاخص‌های برازش در سطح قابل قبول تا خوب قرار داشته است که نشان می‌دهد مدل نظری با داده‌های جمع‌آوری شده سازگاری دارد. همچنین، آلفای کرونباخ برای خرده مؤلفه‌های این ابزار در تحقیر اجتماعی ۰/۹۱، خطای شناختی ۰/۸۵، تنیدگی ۰/۸۳ و نمره کل ۰/۹۱ گزارش گردیده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

### ۲. مقیاس خودکارآمدی عمومی[3]

مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر[4] [۳۲] در سال ۱۹۸۲م. برای بررسی خودکارآمدی عمومی تهیه شده است و دارای ۱۷ گویه است که سه جنبه از رفتار شامل تلاش؛ پشتکار و ابتکار را اندازه‌گیری می‌کند و به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که به کاملاً موافقم نمره ۱، موافقم ۲، نظری ندارم، ۳، مخالفم ۴ و کاملاً مخالفم ۵ تعلق می‌گیرد. نمره‌گذاری مقیاس برای گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ معکوس است. امتیاز کلی از جمع نمره‌های خام تمام گویه‌ها به دست می‌آید که به این ترتیب کمینه آن ۱۷ و بیشینه آن ۷۵ خواهد بود. شرر و همکاران[۳۲]، در بررسی مقیاس روایی و اعتبار آن را تأیید کردند و ضریب پایایی این ابزار را از طریق روش آلفای کرونباخ برای مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۷۴ گزارش نموده‌اند. روایی سازه و همگرا آن نیز در همبستگی مثبت با خوش‌بینی و سلامت روان و همبستگی منفی با افسردگی و اضطراب موردتأیید قرار گرفته است. در ایران نیز امیرپور و شهبازی راد[۳۳] روایی و پایایی آن را تأیید کرده است که پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است و روایی آن به روش تحلیل عاملی اکتشافی تأیید شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این ابزار از طریق روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای مؤلفه‌های

1. Friedman
2. Test Anxiety Questionnaire
3. Generalized Self-Efficacy
4. Sherer

تلاش، پشتکار و ابتکار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۶، ۰/۶۸، ۰/۸۰ به دست آمد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۸۶ به دست آمد.

## شیوه انجام پژوهش

پس از دریافت کد اخلاق با شناسه IR.IAU.TJ.REC.1404.002 از معاونت پژوهشی دانشگاه و دریافت مجوزهای لازم از آموزش‌وپرورش شهرستان رشتخوار، دانش‌آموزان دورهٔ متوسطه دوم شهر رشتخوار به عنوان جامعه آماری انتخاب شدند و پرسش‌نامه اضطراب امتحان بین آن‌ها توزیع شد. در ادامه، دانش‌آموزانی که در این پرسش‌نامه نمره کمتر از ۵۰ کسب کردند و دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، انتخاب و به روش تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفره، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گمارده شدند. در ادامه، هر سه گروه پرسش‌نامه خودکارآمدی را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمودند و از گروه آزمایش اول خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته، تحت آموزش خود شفقت‌ورزی قرار گیرند (این بسته آموزشی مطابق بسته آموزشی نف [۳۴] بود که در پژوهش خلج‌زاده و هاشمی [۳۵] مورد استفاده قرار گرفته بود و توسط پژوهشگر با تأکید بر اضطراب امتحان تقویت شده بود. این جلسات توسط درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد شفقت‌ورزی با درجه علمی دکتری تخصصی روان‌شناس در اتاق جلسات مرکز مشاوره آموزش‌وپرورش شهرستان رشتخوار به اجرا در آمد. همچنین، از گروه آزمایش دوم نیز خواسته شد تا به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته، تحت آموزش بازسازی شناختی قرار گیرند. این بسته آموزشی مطابق بسته آموزشی الیس[1] [۳۶] بود که در پژوهش شیرازی تهرانی و همکاران[۳۷] مورداستفاده قرار گرفته بود و توسط پژوهشگر با تأکید بر اضطراب امتحان تقویت شده بود. این جلسات نیز توسط درمانگر متخصص و مسلط به رویکرد شناختی با درجه علمی دکتری تخصصی روان‌شناس در اتاق جلسات مرکز مشاوره آموزش‌وپرورش شهرستان رشتخوار به اجرا در آمد. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. ضمناً جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربندی (تعامل آزمودنی‌های دو گروه) جلسات خود شفقت‌ورزی و بازسازی شناختی به طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار شد. تا اعضای هر دو گروه امکان تعامل با یکدیگر را نداشته باشند. در پایان جلسات هر سه گروه، مجدداً با پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند و پس از یک ماه، یک دوره پیگیری برای هر گروه در نظر گرفته شد و داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شدند. شرح مختصری از جلسات اجرایی برای هر یک از گروه های آزمایشی به قرار ذیل است.

**جدول ۱. محتوی جلسات آموزش خود شفقت‌ورزی**

| جلسات | محتوا |
|---|---|
| جلسه اول | در جلسه اول، مقدمه‌ای در خصوص خود شفقت‌ورزی و اهمیت آن در زندگی ارائه گردید و در ادامه به آموزش اصول پایه درمان متمرکز بر شفقت و تأثیر آن بر سیستم فکری پرداخته شد. همچنین، در خصوص اضطراب امتحان، روش‌های مدیریت هیجانی با تأکید بر محبت بر خود و حفظ آرامش هیجانی توضیحاتی ارائه می‌شود. |
| جلسه دوم | در این جلسه به آموزش تمرینات ذهن‌آگاهی پرداخته شده و در خصوص حساسیت نسبت به مشکل مطالبی ارائه گردید. همچنین، در خصوص توجه به زمان حال و تأکید بر اینجا و اکنون مطالبی ارائه گردید و آموزش مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شفقت و شناسایی مشکلات و نشانه‌های موجود، شناسایی علائم بدنی و روان‌شناختی در هنگام بروز اضطراب، بستر کنونی مشکلات، تأثیر زندگی گذشته، تهدیدهای اصلی و ترس‌های شکل‌گرفته، راهبردهای امنیتی و پیامدهای ناخواسته تشریح گردید. |
| جلسه سوم | در این جلسه، تصویرسازی از خود مهربان ارائه گردید و به تصویرسازی در خصوص شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران پرداخته شد. همچنین، تصویرسازی مکانی امن، تکنیک دو صندلی با تأکید بر تخلیه هیجانی، برقراری شفقت‌آمیز و انعطاف‌پذیری میان جنبه‌های مختلف خود و ایجاد حساسیت شفقت‌آمیز، همدلی و همدردی نسبت به خویش به شیوه کارگاهی و استفاده از تکنیک‌های تخلیه هیجانی مورد آموزش قرار گرفت. |

1. Ellis

**ادامه جدول ۱. محتوی جلسات آموزش خود شفقت‌ورزی**

| جلسات | محتوا |
|---|---|
| جلسه چهارم | در این جلسه، در خصوص ایجاد هویت شفقت‌آمیز اقدام شد و به پرورش‌دادن ذهن شفقت‌آمیز از طریق تأثیرگذاری بر فرایندهای فکری پرداخته شد. همچنین، در خصوص پرداختن به اهمیت تربیت ذهن مهربان اقدام گردید. ارائه روش‌های به‌منظور پذیرش هیجانات منفی همچون اضطراب و تلاش برای درمان هیجان‌مدار با تأکید بر دیدگاه مشفقانه به خود |
| جلسه پنجم | در این جلسه، به تشریح روش‌های مدیریت رفتاری و آگاهی مراجع از کشمکش مداوم خود با احساسات پرداخته شد و استفاده از درماندگی خلاق و دیدگاه بی‌تقصیری و گسلش از احساس شرمندگی پرداخته شد. |
| جلسه ششم | در این جلسه، در خصوص تفکر عمیق؛ تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر موفقیت، بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد، پرداخته شد. |
| جلسه هفتم | در این جلسه، در خصوص تغییر روابط، کشف روش‌های جدید و اتخاذ رویکردی گسترده، آگاهی‌یافتن و رهایی از روش‌های اجتناب و کنترل، تقویت رفتارهای شفقت‌آمیز؛ شامل توسعه رفتارهای هوشمندانه، کسب قدرت و شجاعت و مهربانی، مشارکت فعال از طریق تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری با تأکید بر محیط‌های اضطراب‌زا و فعالیت‌های دشوار و روش‌های مثبت‌اندیشی و احترام شفقت‌آمیز نسبت به خود پرداخته شد. |
| جلسه هشتم | در این جلسه در خصوص مورد هدف قراردادن خواسته‌ها و تمرکزکردن بر نقاط مثبت و قوت خود، تبدیل‌شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش پرداخته شد. |

**جدول ۲. محتوی جلسات آموزش بازسازی شناختی**

| جلسات | محتوا |
|---|---|
| جلسه اول | آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با آشنایی با اهداف جلسات، توضیح دربارۀ قواعد گروه و شیوۀ برگزاری جلسات، آشنایی با روش درمان و منطق آن، آشنایی با مفهوم اضطراب امتحان، خودکارآمدی، ادراک شایستگی و پایستگی تحصیلی؛ |
| جلسه دوم | آشنایی با اسناد ادراک شایستگی، درک ارتباط بین عواطف و رفتارها، آگاهی از تفاوت ذهنیت و عینیت، آشنایی با افکار منفی و روش‌های اصلاح آن، درک ارتباط افکار خودکار منفی، ارتباط بین افکار خود آیند منفی تولیدکننده اضطراب؛ |
| جلسه سوم | مرور جلسه قبل و پرسش درباره چگونگی به‌کارگیری آموخته‌ها در طول هفتـه گذشته، آشنایی با خطاهای شناختی که بر خودپنداره و خودکارآمدی در زمینه‌های شخصی، تحصیلی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد. ایجاد آگاهی در خصوص علائم جسمانی و روانی اضطراب و روش‌های آرام‌سازی هیجانی؛ |
| جلسه چهارم | آشنایی با مفاهیم تغییر شناختی، اطلاع از اینکه چطور خطاهای شناختی باعث ایجاد دیدگاه منفی در مورد خود می‌شود. تشریح خطاهای شناختی در رابطه با تولید اضطراب و نقش تفکرات همه یا هیچ و... در بازتولید اضطراب امتحان؛ |
| جلسه پنجم | آشنایی با مفهوم مسئولیت‌پذیری، آشنایی با مفهوم پذیرش مسئولیت اعمال و رفتارها، آگاهی با نقش ادراک در بروز رفتارها و لزوم توجه به خود. تشریح روش‌های آرام‌سازی هیجانی در خصوص مدیریت افکار اضطراب‌زا؛ |
| جلسه ششم | ایجاد توانایی در زمینۀ درک صحیح از موقعیت، آشنایی با روش‌های اصلاحی باورهای اشتباه با کمک تکنیک‌های درمان شناختی، روش‌های افزایش احساس خودکارآمدی با تأکید بر اصلاح باورهای منفی و خودپنداره منفی؛ |
| جلسه هفتم | آشنایی با روش بازآموزی تفکر منطقی، آشنایی با تکنیک‌های بازنگری افکار، توجه به خطاهای شناختی باهدف افزایش مهارت‌های تحصیلی. افزایش توانمندی‌های هیجانی با تأکید بر شناسایی خطاهای شناختی؛ |
| جلسه هشتم | بررسی خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی مجدد تفکرات و افزایش آگاهی نسبت به توجه به خود و پذیرش رفتارهای خود و قبول مسئولیت، پیشنهاد در زمینۀ به‌کارگیری تکنیک‌های آموخته‌شده در زندگی روزمره. |

**یافته‌های پژوهش**

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 آموزش بازسازی شناختی ۱۶/۸۳ و ۱/۱۴، در گروه راهبردهای یادگیری خودگردان ۱۶/۸۸ و ۱/۱۶ و در گروه کنترل ۱۶/۸۶ و ۱/۲۲ بود. همچنین، بررسی وضعیت پایه تحصیلی آزمودنی‌ها نشان داد در گروه‌های خود شفقت‌ورزی و کنترل نسبت دانش‌آموزان پسر پایه دهم، یازدهم و دوازدهم یکسان بود (۳۳/۳۳ درصد)، اما نسبت دانش‌آموزان پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم در گروه آموزش بازسازی شناختی به ترتیب ۳۳/۳۳ درصد، ۴۰ درصد و ۲۶/۶۷ درصد بود. آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معناداری میان گروه‌ها وجود نداشته است و گروه‌ها از حیث پایه تحصیلی همگن بودند ($\chi^2$=۰/۲۷ ،P>۰/۰۵). شاخص‌های توصیفی در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳. شاخص‌های توصیفی خودکارآمدی برحسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها**

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| تلاش | بازسازی شناختی | ۱۳/۲۲ | ۱/۵۴ | ۱۵/۱۴ | ۱/۶۸ | ۱۵/۱۱ | ۱/۴۵ |
| | خود شفقت‌ورزی | ۱۲/۶۳ | ۱/۵۵ | ۱۶/۰۰ | ۱/۷۲ | ۱۵/۹۹ | ۱/۶۵ |
| | کنترل | ۱۳/۱۲ | ۱/۹۴ | ۱۳/۱۶ | ۱/۹۹ | ۱۳/۱۴ | ۱/۹۰ |
| پشتکار | بازسازی شناختی | ۱۱/۰۱ | ۱/۲۳ | ۱۳/۰۸ | ۱/۴۶ | ۱۳/۰۰ | ۱/۵۲ |
| | خود شفقت‌ورزی | ۱۲/۰۰ | ۱/۳۵ | ۱۵/۰۶ | ۱/۴۲ | ۱۵/۰۲ | ۱/۴۶ |
| | کنترل | ۱۲/۰۳ | ۱/۶۲ | ۱۲/۱۴ | ۱/۹۳ | ۱۲/۱۱ | ۱/۹۶ |
| ابتکار | بازسازی شناختی | ۵/۱۲ | ۰/۵۱ | ۶/۱۰ | ۰/۵۷ | ۶/۰۸ | ۰/۵۹ |
| | خود شفقت‌ورزی | ۵/۰۶ | ۰/۵۳ | ۷/۱۷ | ۰/۶۲ | ۷/۱۶ | ۰/۶۸ |
| | کنترل | ۵/۱۲ | ۱/۹۴ | ۵/۱۶ | ۱/۹۹ | ۵/۱۴ | ۱/۹۰ |
| خودکارآمدی | بازسازی شناختی | ۲۹/۳۵ | ۱/۸۹ | ۳۴/۳۲ | ۱/۹۹ | ۳۴/۱۹ | ۱/۹۸ |
| | خود شفقت‌ورزی | ۲۹/۶۹ | ۱/۹۲ | ۳۸/۲۳ | ۱/۹۰ | ۳۸/۱۷ | ۱/۹۴ |
| | کنترل | ۳۱/۲۷ | ۱/۹۶ | ۳۰/۴۶ | ۱/۹۲ | ۳۰/۳۹ | ۱/۹۸ |

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که هر چند سه گروه (گروه‌های آزمایش و کنترل) در پیش‌آزمون تفاوت معناداری در متغیر وابسته نداشتند؛ اما در پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی و ابعاد آن (تلاش، پشتکار، ابتکار) آزمودنی‌های گروه بازسازی شناختی و خود شفقت‌ورزی نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل میانگین بیشتری کسب نمودند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در هر دو گروه بازسازی شناختی و خود شفقت‌ورزی میانگین نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش داشته است، اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است.

در بررسی مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر عاملی چندمتغیره آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها نرمال است (P>۰/۰۵). بررسی همگنی واریانس‌ها با آزمون برابری خطای واریانس لوین، نشان از تحقق این مفروضه داشت (P>۰/۰۵). آزمون ام باکس نیز نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس واریانس

- کوواریانس محقق شده است (P>۰/۰۵، F=۱/۰۹، Box` M=۱۶۳/۴۷). آزمون بارتلت نیز نشان‌دهنده آن بود که میان ابعاد خودکارآمدی همبستگی متوسط و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱، χ2=۲۹۸/۱۱). در نهایت آزمون موچلی نشان‌دهنده آن بود که مفروضه کرویت محقق نشده است (P<۰/۰۵) و باید از اصلاح اپسیلن گرینهاوس گیزر برای برآورد تفاوت‌ها استفاده شود. آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز در خصوص مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل آزمون و عضویت گروهی نیز معنادار بود (P<۰/۰۰۱). نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای خودکارآمدی در جدول ۴ آورده شده است.

**جدول ۴. بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی در خودکارآمدی و ابعاد آن**

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تلاش | آزمون | ۱۰۲/۳۰ | ۱/۴۲ | ۷۲/۱۵ | ۶۰۸/۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴ |
| | عضویت گروهی | ۱۱۴/۱۵ | ۲ | ۵۷/۰۸ | ۲۰/۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۵۹/۲۰ | ۲/۸۴ | ۲۰/۸۸ | ۱۷۶/۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۹ |
| پشتکار | آزمون | ۱۰۵/۸۴ | ۱/۱۱ | ۹۵/۶۶ | ۲۵۳۵/۰۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۸ |
| | عضویت گروهی | ۱۴۲/۰۸ | ۲ | ۷۱/۰۴ | ۶۷/۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۶۰/۷۲ | ۲/۲۱ | ۲۷/۴۴ | ۷۲۷/۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |
| ابتکار | آزمون | ۸۱/۴۸ | ۱/۰۶ | ۷۷/۱۳ | ۱۱۶۲/۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |
| | عضویت گروهی | ۱۴۲/۲۳ | ۲ | ۷۱/۱۲ | ۵۲/۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۴۵/۷۵ | ۲/۱۱ | ۲۱/۶۵ | ۳۲۶/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴ |
| خودکارآمدی | آزمون | ۹۱/۴۲ | ۱/۱۴ | ۹۶/۱۸ | ۱۴۶۲/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۸ |
| | عضویت گروهی | ۱۸۲/۲۱ | ۲ | ۸۲/۱۳ | ۵۸/۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸ |
| | آزمون× عضویت گروهی | ۴۸/۷۸ | ۲/۲۳ | ۲۹/۶۸ | ۴۱۶/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۶ |

**جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه برحسب مراحل آزمون**

| متغیرها | گروه‌ها | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | | پیش‌آزمون - پیگیری | | پس‌آزمون - پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری |
| تلاش | بازسازی شناختی | -۱/۹۲ | ۰/۰۰۱ | -۱/۸۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۳ | ۰/۴۱ |
| | خود شفقت‌ورزی | -۳/۳۷ | ۰/۰۰۱ | -۳/۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۹۹ |
| | کنترل | -۰/۰۴ | ۰/۳۱ | -۰/۰۲ | ۰/۴۹ | ۰/۰۲ | ۰/۸۴ |
| پشتکار | بازسازی شناختی | -۲/۰۷ | ۰/۰۰۱ | -۱/۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۸ | ۰/۹۹ |
| | خود شفقت‌ورزی | -۳/۰۶ | ۰/۰۰۱ | -۳/۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۴ | ۰/۹۹ |
| | کنترل | -۰/۱۱ | ۰/۸۸ | -۰/۰۸ | ۰/۹۹ | ۰/۰۳ | ۰/۹۹ |
| ابتکار | بازسازی شناختی | -۰/۹۸ | ۰/۰۰۱ | -۰/۹۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۲ | ۰/۹۹ |
| | خود شفقت‌ورزی | -۲/۱۱ | ۰/۰۰۱ | -۲/۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۹۹ |
| | کنترل | -۰/۰۴ | ۰/۹۹ | -۰/۰۲ | ۰/۹۹ | ۰/۰۲ | ۰/۴۹ |
| خودکارآمدی | بازسازی شناختی | -۴/۹۷ | ۰/۰۰۱ | -۴/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۳ | ۰/۲۵ |
| | خود شفقت‌ورزی | -۸/۶۳ | ۰/۰۰۱ | -۸/۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۶ | ۰/۴۹ |
| | کنترل | -۰/۶۳ | ۰/۹۹ | -۰/۸۸ | ۰/۹۹ | ۰/۰۷ | ۰/۹۹ |

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که میان گروه‌های بازسازی شناختی و خود شفقت‌ورزی و گروه کنترل در خودکارآمدی و ابعاد آن برحسب مراحل آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها برحسب مراحل آزمون در جدول ۵، آورده شده است.

نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری میانگین‌ها افزایش‌یافته و تفاوت معناداری وجود دارد (P <۰/۰۰۱)، اما از پس‌آزمون به پیگیری در هر دو گروه تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی، برای مقایسه‌های بین‌گروهی در پس‌آزمون و پیگیری جدول ۶، ارائه شده است.

**جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها برحسب عضویت گروه**

| متغیرها | گروه‌ها | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | اختلاف میانگین | سطح معناداری | اختلاف میانگین | سطح معناداری |
| تلاش | بازسازی شناختی - خود شفقت‌ورزی | -۰/۸۶ | ۰/۰۰۱ | -۰/۸۸ | ۰/۰۰۱ |
| | بازسازی شناختی - کنترل | ۱/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۱/۹۷ | ۰/۰۰۱ |
| | خود شفقت‌ورزی - کنترل | ۲/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۲/۵۸ | ۰/۰۰۱ |
| پشتکار | بازسازی شناختی - خود شفقت‌ورزی | -۱/۹۸ | ۰/۰۰۱ | -۲/۰۲ | ۰/۰۰۲ |
| | بازسازی شناختی - کنترل | ۰/۹۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۹ | ۰/۰۰۱ |
| | خود شفقت‌ورزی - کنترل | ۲/۹۲ | ۰/۰۰۱ | ۲/۹۱ | ۰/۰۰۲ |
| ابتکار | بازسازی شناختی - خود شفقت‌ورزی | -۱/۰۷ | ۰/۰۰۱ | -۱/۰۸ | ۰/۰۰۱ |
| | بازسازی شناختی - کنترل | ۰/۹۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴ | ۰/۰۰۱ |
| | خود شفقت‌ورزی - کنترل | ۲/۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۲/۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| خودکارآمدی | بازسازی شناختی - خود شفقت‌ورزی | -۳/۹۱ | ۰/۰۰۱ | -۳/۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| | بازسازی شناختی - کنترل | ۳/۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۳/۸ | ۰/۰۰۱ |
| | خود شفقت‌ورزی - کنترل | ۷/۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۷/۷۸ | ۰/۰۰۱ |

نتایج جدول ۶ ، نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت گروه‌های بازسازی شناختی و خود شفقت‌ورزی با گروه کنترل معنادار است (P<۰/۰۱). میانگین این گروه‌ها در خودکارآمدی و ابعاد آن از گروه کنترل بیشتر است. تفاوت گروه بازسازی شناختی و خود شفقت‌ورزی نیز در پس‌آزمون و پیگیری معنادار است (P>۰/۰۵). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در خودکارآمدی و ابعاد آن، آزمودنی‌های گروه آموزش خود شفقت‌ورزی میانگین بیشتری نسبت به آزمودنی‌های گروه بازسازی شناختی دارند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، مقایسه تأثیر آموزش خود شفقت‌ورزی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان بود. یافته‌ها نشان داد هر دو روش خود شفقت‌ورزی و آموزش بازسازی شناختی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان اثربخش است و هر دو رویکرد موجب افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان می‌شوند. همچنین، اثربخشی آموزش خود شفقت‌ورزی، هم در پس‌آزمون و هم

در دوره پیگیری، بیش از آموزش بازسازی شناختی است.

بخشی از یافته‌های این پژوهش که نشان داد خود شفقت‌ورزی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان اثربخش است، با پژوهش‌های ورمزیاری و گلپور[۱۳]، بابازاده و همکاران[۱۴]، حسینی مهر و همکاران[۱۵]، ژانگ و همکاران[۱۶] و لیائو و همکاران[۱۷] همسو و هماهنگ است. همچنین، بخش دیگری از یافته‌های این پژوهش که نشان داد بازسازی شناختی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان اثربخش است، با پژوهش‌های فدایی وطن و همکاران[۲۱]، شاکری نسب و همکاران[۲۰]، تکدیر و همکاران[۲۲]، آنگیتا و همکاران[۲۳] و میرزا و همکاران[۲۴] همسو و هماهنگ است

در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره نمود که زمانی که دانش‌آموزان به‌جای سرزنش خود در مواجهه با شکست‌ها، با درک و مهربانی با خود برخورد می‌کنند، ترس از اشتباه کاهش می‌یابد و جرأت تجربه چالش‌های جدید در آنان تقویت می‌شود و چون این رویکرد باعث می‌گردد تا شکست‌ها به عنوان بخشی طبیعی از فرایند یادگیری در نظر گرفته شوند، اعتمادبه‌نفس دانش‌آموزان برای تلاش مجدد و پیگیری اهداف تحصیلی افزایش یافته و باور خودکارآمدی در آنان تقویت می‌گردد [۱۳]. در آموزش بازسازی شناختی نیز بر اصلاح باورهای محدودکننده درباره توانایی‌های فرد تمرکز می‌شود و افراد فرا می‌گیرند که چگونه باورهای مثبت را جایگزین افکار منفی نمایند که این موضوع از طریق منطق و استدلال به افزایش ادراک توانایی‌ها منجر شده و می‌تواند خودکارآمدی آنان را رشد دهد[۲۴].

مکانیسم عمل در خود شفقت‌ورزی، جایگزین نمودن رفتار مهربانانه با خود به جای سرزنش‌کردن خود است که این مسئله می‌تواند منجر به افزایش پذیرش خود شود و همین تغییر دیدگاه موجب ایجاد فضای روانی امن گردیده و آنان را قادر می‌سازد تا بدون ترس از قضاوت، برای پیشرفت تلاش نمایند و به احساس خودکارآمدی دست یابند[۱۶]. در بازسازی شناختی نیز بر تغییر الگوهای فکری تحریف شده تأکید می‌گردد که این مسئله می‌تواند مستقیماً باورهای مرتبط با توانایی فرد را اصلاح نماید؛ به این صورت که دانش‌آموزان ضمن آموزش بازسازی شناختی فرا می‌گیرند تا افکار خود تخریب‌گر را در خود شناسایی کرده و آن‌ها را اصلاح نمایند که خود این بازسازی افکار تخریب‌گر می‌تواند رشد خودکارآمدی را موجب گردد[۲۲].

ازآنجایی‌که بررسی‌ها نشان می‌دهد نگاه فردی به مشکل، در برخی از دانش‌آموزان می‌تواند منجر به احساس خودکارآمدی پایین شود، وجود مؤلفهٔ اشتراکات انسانی در خود شفقت‌ورزی، انزوای دانش‌آموز را درهم شکسته و به آن‌ها می‌آموزد که شکست بخشی از تجربه مشترک همه انسان‌هاست که این مؤلفه، حس تنهایی را کاهش داده و بار روانی شکست را سبک می‌کند و می‌تواند منجر به باور خودکارآمدی گردد[۲۵]. در بازسازی شناختی نیز دانش‌آموزان فرامی‌گیرند تا به‌راحتی خطاهای شناختی را شناسایی نموده و در جهت مدیریت بهتر آن‌ها گام بردارند. درواقع طی آموزش بازسازی شناختی، دانش‌آموزان یاد می‌گیرند تا بر افکار خود نظارت بیشتری نموده و به درک ارتباط بین افکار و خطاهای انتسابی به خود برسند و به شکل منعطفانه‌ای به اتفاقات فکر کنند که این مسئله می‌تواند به‌مرور منجر به رشد باور خودکارآمدی گردد[۲۱].

در یک تبیین کلی می‌توان این‌گونه عنوان نمود که خود شفقت‌ورزی با ایجاد یک پایگاه امن عاطفی، ترس از شکست را که معمولاً مانع اصلی تلاش و خودکارآمدی است، به طور ریشه‌ای کاهش داده است. درحالی‌که بازسازی شناختی اگرچه در شناسایی و تغییر افکار غیرمنطقی مؤثر است، اما در لحظات پریشانی هیجانی شدید، دسترسی و استفاده از آن برای دانش‌آموزان دشوارتر است که همین مسئله می‌تواند یکی از عمده‌ترین دلایل اثربخشی بیشتر خود شفقت‌ورزی در مقایسه با بازسازی شناختی باشد. همچنین، می‌توان این‌گونه عنوان نمود که خود شفقت‌ورزی مستقیماً با کاهش انتقاد درونی و شرم (دو عامل کاهنده خودکارآمدی) مقابله می‌کند و فضای روانی لازم برای تجربه‌گری و رشد را فراهم می‌آورد. این رویکرد ماهیتاً رابطه فرد با خود را از حالت قضاوت‌گر به رابطه‌ای حمایتی و تشویق‌گر تغییر می‌دهد که این امر به ایجاد انعطاف‌پذیری پایدارتر منجر می‌شود که تأثیر بیشتری بر خودکارآمدی دانش‌آموزان می‌گذارد. خود شفقت‌ورزی با پذیرش بی‌قیدوشرط نقص‌ها و مشکلات، بار هیجانی مرتبط با عملکرد را کم کرده و اجازه می‌دهد انرژی شناختی و هیجانی دانش‌آموزان به‌جای نگرانی، معطوف به یادگیری و حل مسئله شود. در مقابل، بازسازی شناختی ممکن است

ناخواسته این پیام را منتقل کند که فرد باید همیشه عقلانی فکر کند که خود این موضوع می‌تواند فشار مضاعفی ایجاد نماید؛ بنابراین، خود شفقت‌ورزی با تأثیر هم‌زمان بر سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری، زیربنای گسترده‌تر و باثبات‌تری برای تقویت خودباوری و عملکرد فراهم می‌کند که این مسئله منجر به اثربخشی بیشتر این رویکرد در مقایسه با بازسازی شناختی بوده است.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت در نمونه‌گیری اشاره داشت؛ چراکه این پژوهش تنها دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم شهر رشتخوار را مورد مطالعه قرار داده است؛ بنابراین در تعمیم نتایج ب ه‌دست آمده باید جانب احتیاط صورت گیرد. همچنین، از دیگر محدودیت‌های این تحقیق، عدم پیگیری بلند مدت نتایج پژوهش است که به دلیل وجود برخی از محدودیت‌های زمانی، پیگیری یک ماهه انجام شد. همچنین، بر اساس یافته‌های این تحقیق پیشنهاد می‌شود موضوع خودکارآمدی در مدارس مورد توجه قرار گیرد و مداخلات لازم از سوی روان‌شناسان و مشاوران مدارس صورت پذیرد. همچنین، با توجه به تأثیر مثبت آموزش خود شفقت‌ورزی و بازسازی شناختی در اصلاح باور خودکارآمدی، استفاده از این دو روش آموزشی توصیه می‌شود. در ادامه، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی کلی در خصوص معرفی این دو روش آموزشی به مشاوران و مسئولین مدرسه انجام پذیرد و در قالب آموزش ضمن خدمت، این برنامه‌ها معرفی گردد تا مشاوران بتوانند با بهره‌گیری از آن به رشد خودکارآمدی دانش‌آموزان کمک نمایند و بدین‌طریق نقش پیشگیرانه‌ای را در جهت کاهش مشکلات تحصیلی و اضطرابی دانش‌آموزان ایفا کنند.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در جریان اجرای این پژوهش، رضایت آگاهانه مبنی بر شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها اخذ گردید. همچنین، اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن رعایت گردید. کد اخلاق با شناسه IR.IAU.TJ.REC.1404.002 نیز دریافت شد. در پایان پژوهش نیز پس از جمع‌آوری پس‌آزمون و اتمام جلسات مداخله، جهت احترام به حقوق آزمودنی‌ها، ۳ جلسه درمان خودشفقت‌ورزی برای گروه کنترل به اجرا در آمد.

## حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است

## تشکر و قدردانی

مقالهٔ حاضر استخراج شده از رساله کتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام است. نتایج این مطالعه با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است و نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از زحمات و همکاری کارکنان محترم مدارس متوسطه دوم شهر رشتخوار و دانش‌آموزان عزیزی که در این پژوهش سهم داشتند، قدردانی کنند.

## منابع

1- Jafari F, Moosavi F, Emamipoor S. The Role of Perfectionism and Achievement Goals on Predicting Test Anxiety in Female First Grade Students of High School. Teaching and Learning Research. 2016; 12(2): 65–78. 10.22070/2.7.65 **[In Persian]**

2- Ortega-Donaire L, Álvarez-García C, López-Franco MD, Sanz-Martos S, editors. Effectiveness of guided breathing and social support for the reduction of pre-exam anxiety in university students: a factorial study. Healthcare; 2023; 11(4): 574. doi:10.3390/healthcare11040574

3- Bilal M, Wasiq H, Wasiq L. Exam Anxiety In Medical Students: Prevalence, Contributing Factors, And Mitigation Strategies. Journal of Nowshera Medical College. 2024; 1(02): 78–85. doi:10.69837/jnmc.v1i02.40

4- Salari Poor SM, Hajiyakhchali A, Omidiyan M, Behroozy N. The Effects of Mandala Coloring on Working Memory and Test Anxiety in Students. Research in School and Virtual Learning. 2024; 11(4): 31–42. 10.30473/etl.2024.69614.4105 **[In Persian]**

5- Obiajuru J, Chioma NM. Assessment and Analysis of Examination Anxiety Pattern and Its Impact on Public Senior Secondary School Students in Delta State, Nigeria. ATBU Journal of Science, Technology and Education. 2025; 12(4): 214–26. https://www.researchgate.net/profile/Obiajuru-Joseph/publication.

6- Liu A, Guo M, Liao R, Wang X. The relationships between self-esteem, self-efficacy, and test anxiety: a cross-lagged study. Stress and Health. 2024; 40(3): e3346. doi:10.1002/smi.3346

7- Hartelt T, Martens H. Self-regulatory and metacognitive instruction regarding student conceptions: influence on students' self-efficacy and cognitive load. Frontiers in Psychology. 2024; 15(2): 1450947. doi:10.3389/fpsyg.2024.1450947

8- Javadi SV, Ghanifar MH. The Effectiveness of Self-Efficacy Training on Test Anxiety and Belonging to the School in High School Male Students in Birjand. Journal of Psychology New Ideas. 2024; 20(24): 1–10. http://jnip.ir/article-1-1099-fa.html **[In Persian]**

9- Manea VI, MACAVEI T, Pribeanu C. Exploring the Influence of Academic Self-Efficacy, Engagement,)and Test Anxiety on Students' Success at Exam. Informatica Economica. 2024; 28(4): 35 - 44. https://ideas.repec.org/a/aes/infoec/v28y2024i4p35-44.html

10- Soleimanpour H, SAEEDI A, Mehdian H. Comparison of the Effectiveness of Compassion and Acceptance and Commitment-Based Education (ACT) on Academic Self-Efficacy and Achievement Motivation. Health. 2022; 5(4): 234–44. https://www.sid.ir/paper/985629/fa **[In Persian]**

11- Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *A Annual Review of Psychology*. 2023; 74:193-218. doi:10.1146/annurev-psych-032420-031047

12- Mozaffari A, Safaeirad I, Abadi YK. Comparing the Effectiveness of Emotional Intelligence and Self-Compassion Training on Mental Well-Being and Academic Self-Concept of High School Students in Hamedan. Iranian journal of educational sociology. 2024; 7(3): 196–206. doi:10.61838/kman.pdmd.3.4.2 **[In Persian]**

13- Varmarzyari Z, Golpour R. The effectiveness of self-compassion training on self-criticism and social self-efficacy of female students with test anxiety. Journal of Psychology New Ideas. 2022; 12(16): 1–13. http://jnip.ir/article-1-709-fa.html **[In Persian]**

14- Babzadeh Z, Mojaver S, Fati K, Jabbari S. The effectiveness of self-compassion training on social skills, social self-efficacy and social adjustment of students with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2022; 11(3): 30–44 doi:10.22098/jld.2022.7665.1823 **[In Persian]**

15- Hosseinimehr N, Khezri Moghadam N, Pourehsan S. The effectiveness of compassion focused training (cft) on social self-efficacy, distress tolerance and self-criticism in adolesent girls under welfare organization care. Positive Psychology Research. 2021; 7(2): 33–48. doi:10.22108/ppls.2021.123728.1959 **[In Persian]**

16- Zhang S, Roscoe C, Pringle A. Self-compassion and physical activity: The underpinning role of psychological distress and barrier self-efficacy. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023; 20(2): 1480. doi:10.3390/ijerph20021480

17- Liao KY-H, Stead GB, Liao C-Y. A meta-analysis of the relation between self-compassion and self-efficacy. Mindfulness. 2021; 12(8): 1878–91. doi:10.1007/s12671-021-01626-4

18- Kurniawati N, Dharsana IK, Suarni NK, Dantes N, Gading IK. Effectiveness of Cognitive Behavioral Counseling with Cognitive Restructuring Techniques to Improve Student Learning Discipline and Motivation. Bisma The Journal of Counseling. 2023; 7(3): 431–9. doi:10.23887/bisma.v7i3.75213

19- Olorunfemi OA, Funmilayo OR. Statistical Insignificant of Gender and Personality Trait on Academic Task Procrastination Reduction Using Cognitive Restructuring and Time Management Training Technique Among Secondary School Students. Gender and Behaviour. 2022; 20(2): 19413–7. https://hdl.handle.net/10520/ejc-genbeh_v20_n2_a13

20- Shākeri Nasab M, Mahdiyan H, Ghāsemi Motlaq M. Comparing the effect of cognitive restructuring training and self-regulated learning on students' attributional styles. Journal of Educational Innovations. 2023; 22(2): 221–39. doi:10.22034/jei.2023.362880.2458 **[In Persian]**

21- Fadaei Vatan Z, Estaki M, Ghanbari Panah A, Kochak Entezar R. Comparison of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and cognitive reconstructing training effectiveness on social and emotional self-efficacy in students with learning problems. Psychology of Exceptional Individuals. 2019; 9(35): 169–92. doi:10.22054/jpe.2020.43596.2008 **[In Persian]**

22- Takdir AM, Darusman MR, Devi DF. Transforming negative thoughts into self-confidence: The impact of cognitive restructuring on adolescents. Journal of Psychological Perspective. 2025; 7(1): 19–28. doi:10.47679/jopp.719982025

23- Anggita T, Sugiyo S, Awalya A. Improving self-efficacy with cognitive restructuring and self instruction: An experimental study in senior high school. KONSELI: Jurnal Bimbingan dan Konseling (E-Journal). 2021; 8(1): 09–14. doi:10.24042/kons.v8i1.8852

24- Mirza R, Sitorus EA, Purba WY, Sebayang MJB, Sagala E. CBT Counseling with Cognitive Restructuring Techniques to Increase Self Efficacy in Students' Learning of Junior High School. Budapest International Research and Critics Institute-Journal (BIRCI-Journal). 2021; 4(8): 19–28 doi:10.33258/birci.v4i4.3379

25- Keshtvarz Kondazi E, Nami F, Zarei F, Emadi Z. The Effectiveness of Self-Compassion Training on Social Anxiety of Female Students with Symptoms of Social Anxiety. Quarterly Journal of Education Studies. 2023; 9(35): 17–27. https://researchbt.cfu.ac.ir/article_3339.html **[In Persian]**

26- Tabesh Mofrad N, Mansouriyeh N. The effectiveness of compassion-based therapy in regulating emotion, self-criticism and anger in male students second secondary level. Journal of Psychological Science. 2023; 22(130): 2041–058. doi:10.52547/JPS.22.130.2041 **[In Persian]**

27- 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; 29(1): 1–25. doi:10.1002/cpp.2586

28- Setyoningsih YD, Parwati P, Distira RPA, Srianturi Y. Effectiveness of Cognitive Restructuring Technique to Reduce Students' Verbal Aggression. Journal of Education and Counseling (JECO). 2024; 5(1): 1–9. doi:10.32627/jeco.v5i1.1224

29- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences: routledge; 1988. doi:10.4324/9780203771587

30- Friedman IA, Bendas-Jacob O. Measuring perceived test anxiety in adolescents: A self-report scale. Educational and Psychological Measurement. 1997; 57(6): 1035–46. doi:10.1177/0013164497057006012

31- Baezzat F, Sadeghi MA, Eizadifard R, Robenzadeh S. Validation and standardization of persian version of Friedben Test Anxiety Scale. Journal of Psychological Studies 2012; 8(1): 51–66. doi:10.22051/psy.2012.1528 **[In Persian]**

32- Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological reports. 1982; 51(2): 663–71. doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663

33- Amirpour B, Shahbazirad A. Investigating confirmatory Factor Analysis, reliability, and validity of the social self-efficacy scale for college students. Quarterly of Educational Measurement. 2017; 8(30): 47–60. doi:10.22054/jem.2018.25020.1612 **[In Persian]**

34- Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. Journal of clinical psychology. 2013; 69(1): 28–44. doi:10.1002/jclp.21923 **[In Persian]**

35- Khalajzadeh M, Hashemi N. Efficacy of Self-Compassion training on perceived competence and psychological flexibility in bad-caretaker girls. Educational Psychology. 2019; 15(54): 1–32. doi:10.22054/jep.2020.47123.2785 **[In Persian]**

36- Ellis A. 13 Cognitive Restructuring of the disouting of irrational beliefs. Cognitive behavior therapy. 2008: 91.

37- Sh A, Mirdarikond F, Javedani M. The Effectiveness of Cognitive Restructuring Training in Modifying the Students' Attributional style. Educational and Scholastic studies. 2015; 4(1): 69–78. doi:20.1001.1.2423494.1394.4.1.4.7 **[In Persian]**

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲٤، شماره ۲، پیاپی ٤۷، پاییز و زمستان ۱٤۰۵، صص ۱۵۲-۱۳۷**
DOI: 10.22070/cpap.2026.21208.1831

**مقاله پژوهشی**

# تأثیر افزودن تمرین بویایی به مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی بر سبک‌های دفاعی نوجوانان پرخاشگر: طرح تک آزمودنی مقایسه‌ای

**نویسندگان**

**مسعود رعیت‌دوست [۱]، محبوبه طاهر [۲*]، عباسعلی حسین‌خانزاده [۳]، سید موسی طباطبایی [٤]**

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
M.rayatdoust@iau.ac.ir

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

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
khanzadehabbas@guilan.ac.ir

٤. استادیار، گروه علوم روان‌شناختی، دانشکده روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

**چکیده**

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۸/۱۵

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۲/۱۳

**مقدمه:** پرخاشگری در نوجوانی، با تثبیت سبک‌های دفاعی ناسازگار مسیر تحول را منحرف می‌سازد. با توجه به نقش دستگاه بویایی در پردازش شناختی - هیجانی، بهره‌مندی از مداخلات نوآورانه ترکیبی برای بهبود بیشتر عملکردهای دفاعی شایسته توجه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر افزودن تمرین بویایی به مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی بر سبک‌های دفاعی نوجوانان پرخاشگر انجام شد.

**روش:** این مطالعه با استفاده از طرح تک آزمودنی مقایسه‌ای از نوع مداخلات موازی انجام شد. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام نوجوانان پرخاشگر پسر در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ شهرستان جویبار بود. از این جامعه، ۸ نفر با میانگین سنی ۱۴/۳۷ که نمره پرخاشگری بیشتر از ۷۸ داشتند، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به قید قرعه به دو گروه مداخله تقسیم شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه پرخاشگری و پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی انجام گرفت. هر دو گروه، ۱۳ جلسه مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی را دریافت کردند، با این تفاوت که گروه دوم علاوه بر این مداخلات، تمرین بویایی را نیز انجام داد.

**نتایج:** بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا (RCI≥۱/۹۶)، اثربخشی مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی برای سبک‌های دفاعی رشدیافته، رشدنایافته و روان آزرده در گروه اول از لحاظ آماری معنادار بود، اما از نظر بالینی برای هیچ یک از آن‌ها معنادار نبود. افزودن تمرین بویایی به این مداخلات در گروه دوم، منجر به بهبود سبک‌های دفاعی شد که به لحاظ بالینی و آماری معنادار بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، افزودن تمرین بویایی به مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی، با تسهیل اتصالات کارکردی بین مدارهای بویایی و مراکز هیجانی، می‌تواند به سازوکارهای دفاعی نوجوانان پرخاشگر کمک کند.

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

تمرین بویایی، سازوکارهای دفاعی، مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی، نوجوانان پرخاشگر

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

Mahboobe.Taher@iau.ac.ir

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۵۲-۱۳۷
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 137-152

## مقدمه

نوجوانی، برهه‌ای حساس در فرایند تحول است که با تغییرات چشمگیر زیست‌شناختی و روانی - اجتماعی شناخته می‌شود [۱]. این مرحله از رشد با افزایش آسیب‌پذیری در برابر اختلالات هیجانی - رفتاری همراه است [۲]. در این میان، پرخاشگری به عنوان یکی از تظاهرات چالش‌برانگیز این دوره تحولی شناخته می‌شود؛ به طوری که پرخاشگری را می‌توان تظاهر بیرونی نارسایی در راهبردهای ناهشیار تنظیم هیجان دانست که در مواجهه با چالش‌ها تشدید می‌گردد. پرخاشگری در نوجوانان که به صورت رفتارهای تهاجمی فیزیکی، کلامی و هیجانی بروز می‌یابد، همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است [۳].

بر اساس یک فرا تحلیل گسترده که با افزودن بیش از چهل و یک هزار دانش‌آموز نوجوان انجام شد، تقریباً نیمی از آن‌ها (۴۶/۳۵٪) قربانی نوعی از پرخاشگری بوده‌اند. تحلیل‌های عمیق‌تر نشان می‌دهد درگیری و دعواهای فیزیکی، مصرف مواد مخدر، احساس تنهایی و دل‌شوره به طور معناداری با قربانی شدن در پدیده قُلدری مرتبط هستند که همپوشانی قابل‌توجهی بین ظهور شکل‌های مختلف پرخاشگری در این دوره سنی را نشان می‌دهد [۴]. این الگو در محیط‌های بالینی نیز تأیید شده است؛ عوامل جمعیت‌شناختی از جمله جنسیت مذکر، تجربیات قبلی در برونی‌سازی مشکلات و سابقه مواجهه با عوامل استرس‌زای محیطی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های پرخاشگری معرفی شده‌اند [۵].

پرخاشگری بیش از آنکه با ضعف در مهار شناختی مرتبط باشد، با الگوی تکرار شونده استفاده از سبک‌های دفاعی ناسازگار پیوند دارد. از منظر روانکاوی سنتی، سازوکارهای دفاعی، راهبردهای ناهشیاری هستند که ایگو[1] به منظور کاهش اضطراب ناشی از تعارض بین تمایلات غریزی اید[2]، سوپرایگو[3] و ناکامی‌های ناشی از واقعیت بیرونی به کار می‌گیرد [۶]. روانکاوان پسا فرویدی با گذر از مدل سائق‌محور، سازوکارهای دفاعی را در بستر روابط بین‌فردی شرح داده است و از آن به عنوان ابزاری برای تنظیم فضای درون روانی و مدیریت روابط موضوعی[4] بازتعریف کردند [۷]. از جمله روانکاوان تأثیرگذار پسا فرویدی؛ ملانی کلاین[5] است که در چارچوب نظریه روابط موضوعی او، خشم به عنوان نیروی ویران‌سازی در پویایی‌های روانی در نظر گرفته می‌شود که در موضع پارانوئید - اسکیزوئید[6] به عنوان پاسخ اولیه به ناکامی و ترس از نابودی ظاهر می‌گردد. این خشم از طریق سازوکارهای دفاعی اولیه مانند دوپاره‌سازی و همانندسازی فرافکنانه مدیریت می‌شود [۸]. این چارچوب نظری، همراه با نظریه دلبستگی بالبی که بر نقش پیوندهای عاطفی اولیه و اختلال در آن‌ها به‌عنوان عاملی بنیادین در شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی تأکید می‌ورزد، پایه‌های نظری روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت دوانلو را تشکیل می‌دهند [۹]. در دیدگاه دوانلو، دفاع‌های روانی سازوکارهایی برای اجتناب از هیجانات اصیل محسوب می‌شوند که در تجربه‌های فردی ریشه دارند؛ او دفاع‌های روانی را به دفاع‌های اصلی و دفاع‌های تاکتیکی بین‌فردی تقسیم نموده است. از منظر دوانلو، دفاع‌های اصلی به عنوان موانع ساختاریافته و ناهشیار در برابر خاطرات و احساسات دردناک بنیادین تعریف می‌شوند، درحالی‌که دفاع‌های تاکتیکی به روش‌هایی اشاره دارند که به بیمار در رابطه با درمانگر برای اجتناب از برانگیختگی هیجانی به کار می‌گیرد [۱۰].

بررسی شواهد پژوهشی نشان می‌دهند برخی از سبک‌های دفاعی روان آزرده با افزایش پرخاشگری همبستگی مثبت دارد، درحالی‌که به‌کارگیری سازوکارهای دفاعی سازگار، همچون شوخ‌طبعی و پیش‌بینی، با کاهش معنادار تظاهرات خشم همراه بوده است [۱۱]. این یافته‌ها بر اهمیت پرداختن به سطوح ناهشیار تنظیم هیجان در مداخلات روان‌شناختی برای کاهش پرخاشگری تأکید می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهند افرادی که با تداوم خشم و پرخاشگری دست به گریبان‌اند، به طور معناداری بیشتر از سازوکارهای دفاعی رشد نایافته و کمتر از سازوکارهای دفاعی رشد یافته، استفاده می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهند، سطوح بالاتر «کنش‌نمایی» و سطوح پایین‌تر «والایش» در افراد پرخاشگر قابل مشاهده است [۱۲].

شواهد پژوهشی حاکی از آن است که کاربست مدل‌های مختلف روان‌درمانی کوتاه مدت، از جمله روان‌درمانی پویشی

1 . Ego
2. Id
3. Superego
4. Object Relation
5. Melanie Klein
6. Paranoid-Schizoid Position

کوتاه مدت با رویکرد همدلانه، به طور مؤثری بر سازوکارهای دفاعی ناسازگار و روان آزرده تأثیرگذار بوده است [۱۳]. یکی دیگر از مدل‌های مؤثر روان‌درمانی کوتاه مدت، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت است که با هدف قراردادن مستقیم سازوکارهای دفاعی ناسازگار و تجربه احساسات اصیل انسانی، موجب بهبود تنظیم هیجانی و کاهش پرخاشگری می‌شود. بر اساس یافته‌های پژوهشی، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در درمان طیف وسیعی از اختلالات از جمله کاهش حملات عصبی عملکردی، بهبود شناخت اجتماعی در افسردگی، تنظیم هیجان و خشم، کاهش علائم سردرد تنشی، کاهش افکار خودکشی، بهبود کیفیت زندگی و بهبود سازوکارهای دفاعی اثربخشی معناداری نشان داده است [۱۴-۱۹].

این مداخله، رویکردی فعال و متمرکز است که با هدف ایجاد تغییرات عمیق در بازۀ زمانی کوتاه به کار گرفته می‌شود. روش درمانی مذکور با تسهیل بروز احساسات سرکوب شده و اصلاح الگوهای معیوب و مخرب، به افزایش ظرفیت روانی و یکپارچگی ساختار روان کمک می‌کند. به کارگیری فنونی مانند توالی پویشی[1] و مواجهه مستقیم با مقاومت[2]، امکان دسترسی به فرایندهای ناهشیار را تسهیل کرده و بستر لازم برای تغییرات ساختاری چند بعدی در سطوح ناهشیار را فراهم می‌سازد [۱۰].

روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت از ظرفیت ادغام‌پذیری مناسبی برخوردار است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که تلفیق این رویکرد با مداخلاتی مانند تن آگاهی می‌تواند به نتایج بالینی مطلوب‌تری منجر شود. این یافته‌ها حاکی از آن است که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت می‌تواند به عنوان بستر مداخلات ترکیبی در حوزه ارتقای کارکردهای شناختی مورد استفاده قرار گیرد [۲۰].

علاوه بر روش‌های مرسوم روان‌درمانی، پیوند روان‌شناسی با علوم اعصاب، افق‌های تازه‌ای در مداخلات تکمیلی گشوده است. در این میان، تحریک هدفمند دستگاه بویایی از طریق رایحه درمانی یا تمرین بویایی، به عنوان مداخله‌ای مکمل برای تنظیم مدارهای هیجانی به کار رفته است. استنشاق عصاره‌های گیاهی مستقیماً بر ساختارهای عصبی مرتبط با هیجان تأثیر دارند و با تعدیل فعالیت مراکز تولید خشم و اضطراب در مغز، انعطاف‌پذیری عصبی لازم برای تغییر را فراهم می‌سازد [۲۱-۲۳]. نتایج پژوهش هانگ‌ژوآن[3] [۲۴] نشان داد، تلفیق روان‌درمانی شناختی - رفتاری و رایحه درمانی پس از هشت هفته به کاهش معنادار علائم اضطراب، افسردگی و وسواس و بهبود کیفیت خواب منجر شد.

باوجود تلاش‌های متعددی که برای تلفیق مداخلات روان‌شناختی با تحریک حس بویایی در قالب رایحه درمانی صورت پذیرفته است، تاکنون تأثیر افزودن تمرین بویایی به مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی بررسی نشده است. در حالی‌که به نظر می‌رسد اجرای هم‌زمان این مداخلات می‌تواند با تأثیر مضاعف بر سطوح هیجانی ناهشیار از طریق فعال‌سازی بیشتر شبکه‌های درگیر در پردازش هیجان اثربخشی مداخلات روان‌درمانی را بهبود بخشد. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با استفاده از طرح تک آزمودنی مقایسه‌ای به دنبال بررسی این فرضیه است که افزودن تمرین بویایی به مداخلات هیجانی مبتنی بر روان پویشی دوانلویی بر سبک‌های دفاعی نوجوانان پرخاشگر بهبودی بیشتری ایجاد می‌کند.

## روش

### الف. طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت یک طرح پژوهش شبه‌آزمایشی تک آزمودنی از نوع مقایسه‌ای[4] است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان پسر پرخاشگر مقطع متوسطه اول شهرستان جویبار در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل می‌دادند. در این پژوهش، ۸ نوجوان با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. مبنای شناسایی اولیۀ این افراد، مشاهده رفتار پرخاشگرانه‌ی آنان توسط معلمان در محیط‌های مدرسه یا کلاس در دو مدرسه شهری و روستایی شهرستان جویبار بود. با استناد به پژوهش‌های مشابه ملاک انتخاب نهایی نوجوانان پرخاشگر، کسب نمره‌ای بالاتر از ۷۸ در پرسش‌نامه پرخاشگری بود. افراد انتخاب شده به قید قرعه و به صورت تصادفی در یکی از دو گروه مداخله قرار گرفتند. تمامی شرکت‌کنندگان از شانس

1. Central Dynamic Sequence
2. Head on Collision
3. Hongjuan
4. A Single-Subject Comparative Design

یکسانی برای قرارگیری در هر یک از گروه‌های مداخله برخوردار بودند. شرکت‌کنندگانی که در گروه نخست انتخاب شدند، تنها مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی را دریافت کردند. در مقابل، شرکت‌کنندگان گروه دوم، علاوه بر دریافت یکسان و هم‌زمان این مداخلات، تمرین بویایی را نیز به‌صورت مکمل انجام دادند. برای مقایسه اثربخشی مداخله اول و دوم از دو طرح پایه چندگانه[1] با اجرای هم‌زمان و ورود پلکانی شرکت‌کننده‌ها استفاده شد که در مجموع یک طرح مداخله‌ای موازی[2] محسوب می‌شود. تنها در صورتی می‌توان نتیجه گرفت که یک روش از روش دیگر کارآمدتر است که با شروع هر مداخله در زنجیره‌های مختلف عملکرد شرکت‌کنندگان به شکل ثابت و پایداری تکرار شود. این ثبات، شرط لازم برای نسبت‌دادن علّی تغییرات رفتاری به مداخلات اعمال شده است [۲۵، ۲۶].

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، کسب نمره‌ای بالاتر از ۷۸ در پرسش‌نامه پرخاشگری، دارا بودن حداقل سن ۱۳ و حداکثر سن ۱۵ سال، عملکرد تحصیلی متوسط (معدل کل بین ۱۳ تا ۱۶) و عدم وجود هرگونه مشکل حسی در سیستم بویایی بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل موارد زیر می‌شد: اعلام عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش، غیبت در بیش از سه جلسه (با این شرط که دو جلسه متوالی نباشند)، ابتلا به بیماری‌های مؤثر بر حس بویایی (مانند سرماخوردگی، آنفولانزا، کرونا یا هر اختلال دیگری که دریافت این حس طبیعی را مختل کند)، مصرف مواد یا داروهای دارای عوارض جانبی تداخل‌کننده، دریافت هم‌زمان سایر مداخلات روان‌شناختی و همچنین عدم انجام تمرینات بویایی به صورت روزانه (به میزانی که بیش از سه روز در هفته تمرین انجام نشود).

### ب. ابزار

#### ۱. پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی[3] (DSQ)

این پرسش‌نامه که توسط اندروز و سینگ[4] [۲۷] طراحی شد، با استفاده از ۴۰ پرسش و در یک طیف لیکرت ۹ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم ۱ نمره تا کاملاً موافقم ۹ نمره)، ۲۰ سبک دفاعی را در سه سطح رشد یافته (والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی، فرونشانی)، رشدنایافته (فرافکنی، پرخاشگری منفعلانه، انکار، جابه‌جایی، تجزیه، دوپاره‌سازی، بدنی‌سازی، دلیل‌تراشی، ناارزنده‌سازی، انزوا، خیال‌پردازی اوتیستیک) و روان آزرده (ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی، واکنش وارونه) بررسی می‌کند. نمره هر سبک دفاعی برابر با نصف میانگین نمرات آن خرده مقیاس است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه توسط گروهی از محققان مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ هریک از سبک‌های دفاعی رشدیافته، رشدنایافته و روان آزرده به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ گزارش گردید [۲۸]؛ این مقادیر در پژوهش دیگری به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۷۱ گزارش شده است [۲۹].

#### ۲. پرسش‌نامه پرخاشگری[5] (AQ)

این پرسش‌نامه که توسط باس و پری[6] در سال [۳۰] برای ارزیابی سطح پرخاشگری طراحی شد، با استفاده از چهار خرده مقیاس پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت و به کمک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از شبیه من نیست یک نمره تا کاملاً شبیه من است پنج نمره) میزان پرخاشگری را ارزیابی می‌نماید. نمره کل پرخاشگری از مجموع نمرات خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید که با استناد به پژوهش‌های مشابه، در این پژوهش نمره کل بالاتر از ۷۸ به منزله نوجوان پرخاشگر در نظر گرفته شد [۳۱]. پایایی خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه در پژوهش اصلی بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ و در پژوهش دیگری از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ گزارش گردید [۳۰، ۳۲].

### ج. شیوه اجرا

پیش از شروع مرحله ارزیابی‌های خط پایه، یک جلسه توجیهی - آموزشی برای دانش آموزان واجد شرایط و والدین آن ها برگزار گردید. در این جلسه، توصیف دقیقی از اهداف مطالعه، طول مدت جلسات و اهمیت مشارکت مستمر و منظم ارائه شد؛ متعاقباً، رضایت‌نامه کتبی از تمامی مشارکت‌کنندگان دریافت گردید. همچنین، به شرکت‌کنندگان به وضوح اعلام شد که در هر مرحله از فرایند مداخله، حق انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش را دارند. گردآوری

1. Multiple Probe Technique (MPT)
2. Parallel Treatment Design (PTD)
3. Defense Style Questionnaire (DSQ)
4. Andrews, Singh
5. Aggression Questionnaire (AQ)
6. Buss and Perry

داده‌های خط پایه برای شرکت‌کنندگان زنجیره اول هر دو گروه مداخله، به‌صورت هم‌زمان و به شیوه متناوب و با فاصله سه‌روزه آغاز شد. پس از انجام سه نوبت ارزیابی و حصول اطمینان از ثبات نسبی داده‌ها، مداخله برای اعضای زنجیره اول هر دو گروه مداخله آغاز گردید. هم‌زمان با این مرحله، فرایند ارزیابی خط پایه برای شرکت‌کنندگان زنجیره دوم بلافاصله آغاز شد. ارزیابی‌ها در موقعیت مداخله با تناوب مشخص هر سه جلسه یک‌بار (یعنی در جلسات اول، چهارم، هفتم، دهم و سیزدهم) انجام گردید. این روند پلکانیِ جمع‌آوری داده‌ها تا پایان مداخله بر چهارمین و آخرین زنجیره از شرکت‌کنندگان در هر گروه ادامه یافت. مداخلات به‌صورت انفرادی و در ساعات درسی مربوط به دروس غیرتخصصی، به شکل یک جلسه در هفته در اتاق مشاوره متوسطه اجرا می‌شد. زمان‌بندی دقیق هر جلسه با هماهنگی مدیریت مدرسه و با توجه به برنامه آموزشی هر دانش‌آموز به صورت جداگانه تعیین می‌گردید. مدت‌زمان اختصاص یافته به هر جلسه مداخله، حداکثر ۴۵ دقیقه بود.

### د. روش اجرا

محتوای مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی کوتاه‌مدت دوانلویی مطابق با آخرین یافته‌های پژوهشی دوانلو در باب نظریه و تکنیک که در برنامه‌های آموزشی مداربسته مونترال[1] (۲۰۱۵-۲۰۱۷م.) مطرح شده بود، تنظیم گردید [۳۳]. شرح مداخلات در جدول ۱ نشان داده شده است. کلیه مداخلات توسط یک روان‌درمانگر آموزش دیده و دارای گواهینامه تکمیلی در این مدل روان درمانی، برای هر دو گروه اجرا شد؛ با این شرح که نوجوانانی که در گروه مداخله دوم قرار داشتند، با شروع مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی به صورت روزانه به تمرین بویایی نیز پرداختند. در این تمرین، مقدار ۵ میلی‌لیتر از عصاره طبیعی هر یک از چهار رایحه گل رز، لیمو، رزماری و دارچین هرکدام به طور جداگانه به مدت ۱۰ تا ۱۵ ثانیه به شرکت‌کننده‌ها ارائه و از آن‌ها خواسته شد تا عصاره‌ها را عمیقاً بو کنند. انتخاب این چهار رایحه خاص، مبتنی بر شواهد مرورهای سیستماتیک پیشین در حوزه تمرین بویایی و پروتکل‌های استاندارد مشابه است [۳۴]. همچنین، این رایحه‌ها در کیت‌های تجاری معتبر (مانند «اولفکترین» شرکت تجهیز صنعت سبز پاسارگاد) نیز به کار رفته‌اند که نشان‌دهنده کاربرد بالینی پذیرفته شده آن‌ها است. پیش از شروع مطالعه، اطمینان حاصل شد که هیچ یک از شرکت‌کنندگان به این بوهای خاص حساسیت یا آلرژی نداشته باشند. پس از ۱۰ ثانیه مکث، عصاره بعدی ارائه و این فرایند برای هر ۴ عصاره تکرار گردید. در طول تمرین از شرکت کنندگان درخواست شده بود تا از استعمال دخانیات، خوردن و آشامیدن (به غیر از آب) حداقل یک ساعت قبل از تمرین خودداری کنند. این تمرین روزی دو بار (صبح و شب) و به مدت حداقل ۴۰ روز دنبال شد.

**جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات برنامه مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی**

| شماره جلسه | هدف و شرح مختصر |
|---|---|
| جلسه اول | برقراری ارتباط و ایجاد اتحاد درمانی و بررسی سوابق بیماری، میزان تمایل، سطح همکاری، نوع سازوکارهای دفاعی اصلی و تاکتیکی |
| جلسه دوم | تمرکز بر «ترس از صمیمیت» یا مقاومتی که به هنگام نزدیک‌شدن به احساسات و تجربه آن پدیدار می‌شود. |
| جلسه سوم | بررسی و رفع نورُزهای انتقالی که در بستر روابط شکل گرفتند. |
| جلسه چهارم | مقدمات آشنایی با سازوکارهای دفاعی (شامل: تاکتیکی غیرکلامی و کلامی، دفاع‌های اصلی روان آزرده، رشدنایافته و رشدیافته) |
| جلسه پنجم | پیامدهای ناسازگارانه‌ی سازوکارهای دفاعی شرکت‌کننده در چارچوب فعالیت سیستم تخریب‌گر ناهشیار شرح داده شد و به کمک استعاره‌های مناسب مقدمات تجربهٔ احساسات در بستر خیال فراهم شد. هدف از این اقدام برافراشتن احساس گناه اصیل و بالابردن ظرفیت همدلی با خود بوده است. |
| جلسه ششم تا دوازدهم | تمرکز اصلی مداخلات بر مسئله شرکت‌کننده بوده و مراحل هفت‌گانه توالی پویشی شامل: پرسش مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دسترسی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی دنبال گردید. در مراحل پایانی مداخلات بیشتر از قبل تغییرات ساختاری چندبعدی ناهشیار مدنظر قرار گرفت. |
| جلسه سیزدهم | روند آشنایی شرکت‌کننده با احساسات خود و کیفیت تجربهٔ آن مرور شد. |

1. Close Circuit Training (CCT)

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۵۲-۱۳۷
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 137-152

**جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان (تعداد: ۸)**

| شرکت‌کننده | | اول | دوم | سوم | چهارم | پنجم | ششم | هفتم | هشتم |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| جاگماری در زنجیره | | اول | دوم | سوم | چهارم | اول | دوم | سوم | چهارم |
| پایه تحصیلی | | هشتم | نهم | هشتم | هشتم | هشتم | هشتم | نهم | نهم |
| سن | | ۱۴ | ۱۵ | ۱۴ | ۱۴ | ۱۴ | ۱۴ | ۱۵ | ۱۵ |
| پرخاشگری | شکل | بدنی | کلامی | خصومت | خصومت | بدنی | بدنی | کلامی | خشم |
| | نمره کل | ۹۴ | ۹۵ | ۸۸ | ۸۶ | ۹۶ | ۹۱ | ۹۳ | ۸۵ |
| سبک دفاعی غالب | رشدیافته | والایش | پیشاپیش‌نگری | والایش | شوخ‌طبعی | پیشاپیش‌نگری | والایش | شوخ‌طبعی | شوخ‌طبعی |
| | رشدنایافته | انکار، گذار به عمل، پرخاشگری منفعل | همه‌کارتوانی، خیال‌پردازی اوتیستیک، پرخاشگری منفعل | ناارزنده‌سازی، جابه‌جایی، خیال‌پردازی اوتیستیک | ناارزنده‌سازی، گذار به عمل، خیال‌پردازی اوتیستیک | همه‌کارتوانی، ناارزنده‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک | همه‌کارتوانی، گذار به عمل، خیال‌پردازی اوتیستیک | همه‌کارتوانی، دلیل‌تراشی، پرخاشگری منفعل | ناارزنده‌سازی، گذار به عمل، خیال‌پردازی اوتیستیک |
| | روان آزرده | ابطال، دگردوستی کاذب | دگردوستی کاذب | دگردوستی کاذب، عقلانی‌سازی | ابطال، دگردوستی کاذب | ابطال، دگردوستی کاذب | دگردوستی کاذب، عقلانی‌سازی | دگردوستی کاذب، تشکل واکنشی | ابطال، دگردوستی کاذب |

### د. روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش، از روش‌های تحلیل دیداری نمودار درون موقعیتی و بین موقعیتی، شامل تغییرات سطح، روند، درصد بهبودی، درصد داده‌های ناهمپوش استفاده شد. همچنین، به منظور بررسی معناداری بالینی تغییرات، از شاخص تغییر پایا[1] استفاده گردید. برای ترسیم نمودار از نسخه ۱۶ مایکروسافت اکسل استفاده شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، هشت نوجوان پسر در بازه سنّی ۱۴ تا ۱۵ سال شرکت داشتند. توزیع نمرات پرخاشگری در گروه اول، بین ۸۶ تا ۹۵ و در گروه دوم، بین ۸۵ تا ۹۶ در نوسان بود. شایع‌ترین شکل پرخاشگری گزارش شده در بین شرکت‌کنندگان به ترتیب عبارت بود از: پرخاشگری بدنی (۳۷/۵٪)، خصومت (۲۵٪)، پرخاشگری کلامی (۲۵٪) و خشم (۱۲/۵٪). نیمی از شرکت‌کنندگان از مدارس روستایی و نیمی دیگر از مدارس شهری انتخاب شده بودند. از نظر سبک‌های دفاعی، سازوکارهای دفاعی رشدنایافته شامل انکار، گذار به عمل، پرخاشگری منفعل، همه‌کارتوانی، ناارزنده‌سازی، جابه‌جایی، دلیل‌تراشی و خیال‌پردازی اوتیستیک به طور مشترک در بین شرکت‌کنندگان مشاهده شد. همچنین، سازوکارهای دفاعی روان آزرده‌ای مانند ابطال، دگردوستی کاذب، عقلانی‌سازی و تشکل واکنشی نیز در نمونه‌ها دیده شد. در مقابل، دفاع‌های رشد یافته‌ای؛ مانند والایش، شوخ‌طبعی و پیشاپیش‌نگری به صورت پراکنده در برخی از شرکت‌کنندگان بارز بود. جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

تحلیل دیداری درون موقعیتی سبک‌های دفاعی رشدیافته، رشدنایافته و روان آزرده برای مداخله‌های اول و دوم به تفکیک هر شرکت‌کننده در جدول۳، جدول ۴ و جدول ۵ نشان داده شدند. با استناد به معیار ۸۰ - ۲۰ و با توجه به قرارگیری بیش از ۸۰ درصد داده‌های خط پایه در محدوده ثبات، می‌توان نتیجه گرفت که دامنه تغییرات تمامی شرکت‌کنندگان در این موقعیت، باثبات ارزیابی می‌شود [۳۵]. بااین‌حال، شرکت‌کننده هفتم در موقعیت مداخله دامنه تغییرات باثباتی نداشته است. جهت تغییر نمرات در سبک‌های دفاعی رشدیافته، رشدنایافته و روان آزرده به ترتیب صعودی، نزولی و نزولی بوده است. بااین‌وجود، شرکت‌کننده‌های دوم و سوم در موقعیت مداخله تغییر جهت نداشتند.

1. Reliable Change Index (RCI)

**جدول ۳. تحلیل دیداری درون موقعیتی سبک دفاعی رشدیافته در مراحل مختلف مداخله**

| | مداخله اول | | | | مداخله دوم | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| شرکت‌کننده | اول | دوم | سوم | چهارم | پنجم | ششم | هفتم | هشتم |
| میانه | ۶/۵ | ۵ | ۵/۷۵ | ۵/۳۷ | ۶/۸۷ | ۵/۷۵ | ۵/۶۲ | ۶ |
| میانگین | ۶/۱۲ | ۴/۹۷ | ۵/۴۹ | ۵/۰۷ | ۶/۳۴ | ۵/۲۷ | ۵/۱۴ | ۵/۸۴ |
| دامنه تغییرات | ۵/۶-۲۵/۷۵ | ۴/۵-۲۵/۵ | ۴/۵-۶۲/۸۷ | ۳/۶-۸۷ | ۴/۷-۳۷/۳۷ | ۵-۴/۸۷ | ۳/۶-۷۵/۱۲ | ۶-۵/۳۷ |
| محفظه ثبات | ۵/۷-۲/۸ | ۶-۴ | ۴/۶-۶/۹ | ۴/۶-۳/۴۴ | ۵/۸-۵/۲۴ | ۴/۶-۶/۹ | ۴/۶-۵/۷۴ | ۴/۷-۸/۲ |
| درصد داده‌های محفظه ثبات مرحله خط پایه | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ |
| دامنه تغییرات محفظه ثبات | ثابت | ثابت | ثابت | ثابت | ثابت | ثابت | متغیر | ثابت |
| درصد داده‌های محفظه ثبات مرحله مداخله | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۸۰ | ۸۰ | ۸۰ | ۶۰ | ۱۰۰ |
| تغییر تراز نسبی | ۱/۱۲ | ۰/۳۸ | ۰/۲۵ | ۱/۳۸ | ۱/۶۲ | ۱ | ۲ | ۰/۶۳ |
| تغییر تراز مطلق | -۱/۵ | -۱/۲۵ | -۱/۲۵ | -۱/۸۸ | -۳ | -۱/۸۷ | -۲/۳۷ | -۱/۲۵ |
| جهت | صعودی | هم‌سطح | هم‌سطح | صعودی | صعودی | صعودی | صعودی | صعودی |
| ثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات |

یادداشت: مداخله اول، مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی و مداخله دوم، مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی همراه با تمرین بویایی بوده است.

**جدول ۴. تحلیل دیداری درون موقعیتی سبک دفاعی رشدنایافته در مراحل مختلف مداخله**

| | مداخله اول | | | | مداخله دوم | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| شرکت‌کننده | اول | دوم | سوم | چهارم | پنجم | ششم | هفتم | هشتم |
| میانه | ۵/۹۱ | ۴/۸ | ۴/۲ | ۴/۲ | ۴/۵۸ | ۴/۶۲ | ۴ | ۴/۶۶ |
| میانگین | ۶/۲۸ | ۴/۸۷ | ۴/۶۰ | ۴/۳۹ | ۴/۷۸ | ۵/۰۱ | ۴/۳۲ | ۴/۸۸ |
| دامنه تغییرات | ۵/۷-۲/۹۱ | ۴/۶-۱۲ | ۳/۵-۸۷/۸۳ | ۳/۵-۴۵/۵ | ۳/۶-۸۳/۵ | ۳/۶-۸۳/۸۳ | ۳/۵-۵/۹۵ | ۴/۵-۲/۹۵ |
| محفظه ثبات | ۴/۷-۷۳/۰۹ | ۳/۵-۸۴/۷۶ | ۳/۵-۳۶/۰۴ | ۳/۵-۳۶/۰۴ | ۳/۵-۶۷/۴۹ | ۳/۵-۷/۵۴ | ۳/۴-۲/۸ | ۳/۵-۷۳/۶ |
| درصد داده‌های محفظه ثبات مرحله خط پایه | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ |
| دامنه تغییرات محفظه ثبات | ثابت | ثابت | ثابت | ثابت | ثابت | متغیر | ثابت | ثابت |
| درصد داده‌های محفظه ثبات مرحله مداخله | ۸۰ | ۸۰ | ۸۰ | ۸۰ | ۸۰ | ۶۰ | ۸۰ | ۸۰ |
| تغییر تراز نسبی | -۱/۱۷ | -۰/۸۶ | -۰/۷۹ | -۱/۲۴ | -۱/۳۳ | -۱/۷۹ | -۰/۵۷ | -۰/۷۹ |
| تغییر تراز مطلق | ۲/۷۱ | ۱/۸۸ | ۱/۹۶ | ۲/۰۵ | ۲/۶۷ | ۳ | ۲/۴۵ | ۱/۷۵ |
| جهت | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی |
| ثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات |

یادداشت: مداخله اول، مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی و مداخله دوم، مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی همراه با تمرین بویایی بوده است.

**جدول ۵. تحلیل دیداری درون موقعیتی سبک دفاعی روان آزرده در مراحل مختلف مداخله**

| | مداخله اول | | | | مداخله دوم | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| شرکت‌کننده | اول | دوم | سوم | چهارم | پنجم | ششم | هفتم | هشتم |
| میانه | ۶/۳۷ | ۴/۶۲ | ۴/۱۲ | ۴/۶۲ | ۵/۲۵ | ۴/۷۵ | ۵/۸۷ | ۴/۳۷ |
| میانگین | ۶/۵۷ | ۴/۴۹ | ۴/۴۴ | ۴/۹۹ | ۵/۶۲ | ۵/۲۴ | ۶/۲۴ | ۴/۶۷ |
| دامنه تغییرات | ۶۲-۵/۸ | ۱۲/۱۲-۴/۵ | ۷۵/۶۲-۳/۵ | ۶-۴/۱۲ | ۵/۸۷-۴/۶ | ۲۵/۷۵-۴/۷ | ۷۵/۲۵-۵/۷ | ۸۷/۷۵-۳/۵ |
| محفظه ثبات | ۱/۶۴-۵/۷ | ۷/۵۴-۳/۵ | ۳/۹۴-۳/۴ | ۷/۵۴-۳/۵ | ۲/۳-۴/۶ | ۸/۷-۳/۵ | ۷/۰۴-۴/۷ | ۵/۲۴-۳/۵ |
| درصد داده‌های محفظه ثبات مرحله خط پایه | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ |
| دامنه تغییرات محفظه ثبات | ثابت | ثابت | ثابت | متغیر | متغیر | متغیر | ثابت | ثابت |
| درصد داده‌های محفظه ثبات مرحله مداخله | ۸۰ | ۱۰۰ | ۸۰ | ۶۰ | ۶۰ | ۶۰ | ۸۰ | ۸۰ |
| تغییر تراز نسبی | -۱/۶۳ | -۰/۵ | -۰/۷۵ | -۱/۲۵ | -۲/۲۵ | -۱/۸۷ | -۰/۸۷ | -۰/۸۴ |
| تغییر تراز مطلق | ۲/۳۸ | ۱ | ۱/۸۷ | ۲/۱۲ | ۲/۳۷ | ۳/۵ | ۱/۵ | ۱/۸۸ |
| جهت | نزولی | هم‌سطح | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی |
| ثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات | باثبات |

یادداشت: مداخله اول، مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی و مداخله دوم، مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی همراه با تمرین بویایی بوده است.

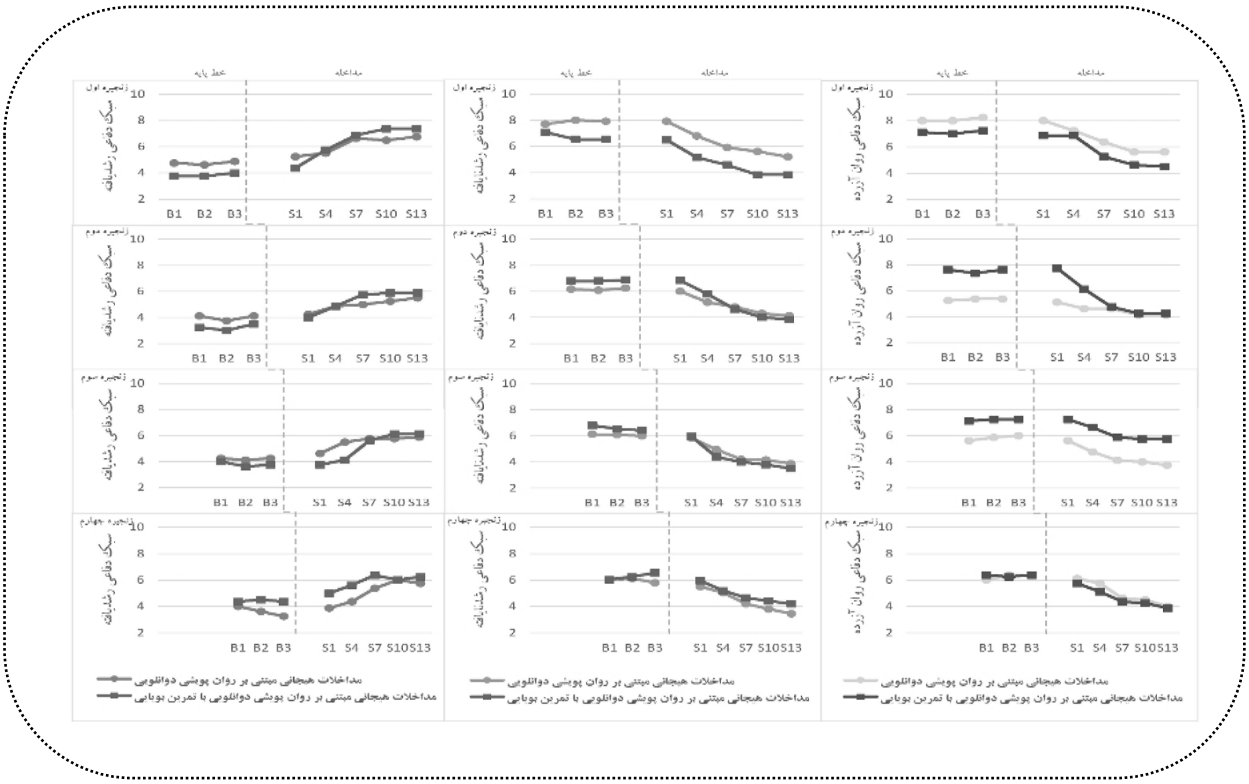
مطابق با جدول ۶، اثربخشی بالینی با محاسبه «درصد بهبودی» و اثربخشی آماری با استفاده از «شاخص تغییر پایا» برای هر یک از متغیرها ارزیابی شد. از آنجا که مقادیر بالای ۵۰ درصد بهبودی، نشان‌دهنده تأثیر بالای مداخله، بین ۲۵ تا ۴۹ درصد تأثیر متوسط مداخله و مقادیر کمتر از ۲۵ درصد حاکی از اثربخشی اندک مداخله است [۳۶]؛ با درنظرگرفتن این معیار برای مطالعه حاضر و باتوجه‌به یافته‌های این پژوهش، ترکیب مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی با تمرین بویایی در قالب مداخله دوم در تمامی سبک‌های دفاعی برتری خود را نشان داد. در این مداخله، بهبودی سبک‌های رشدیافته (۳۲٪) و رشدنایافته (۲۸٪) در طبقه «متوسط» و بهبودی سبک روان آزرده (۲۲/۵٪) در آستانه اثربخشی بالینی متوسط قرار گرفت. در مقابل، مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی بدون تمرین بویایی در تمامی سبک‌های دفاعی (۲۳٪، ۲۳٪ و ۱۹٪) تنها در سطح «اثربخشی اندک» جای گرفت که این اثربخشی با درنظرگرفتن مقادیر شاخص پایا (RCI≥ ۱/۹۶) از نظر آماری معنادار بوده است.

**جدول ۶. تحلیل دیداری بین‌موقعیتی سبک‌های دفاعی در موقعیت‌های خط پایه و مداخله**

| مقایسه موقعیت‌ها | | مرحله خط پایه و مداخله اول | | | | مرحله خط پایه و مداخله دوم | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| شرکت‌کننده | | اول | دوم | سوم | چهارم | پنجم | ششم | هفتم | هشتم |
| تغییر جهت در سبک‌های دفاعی | رشدیافته | صعودی | صعودی | صعودی | صعودی | صعودی | صعودی | صعودی | صعودی |
| | رشدنایافته | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی |
| | روان آزرده | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی | نزولی |
| اثر وابسته به هدف در سبک‌های دفاعی | رشدیافته | مثبت | مثبت | مثبت | مثبت | مثبت | مثبت | مثبت | مثبت |
| | رشدنایافته | منفی | منفی | منفی | منفی | منفی | منفی | منفی | منفی |
| | روان آزرده | منفی | منفی | منفی | منفی | منفی | منفی | منفی | منفی |
| تغییر میانه در سبک‌های دفاعی | رشدیافته | ۴/۷۵ به ۶/۵ | ۴/۱۲ به ۵ | ۴/۲۵ به ۵/۷۵ | ۳/۶۲ به ۵/۳۷ | ۳/۷۵ به ۶/۸۷ | ۳/۲۵ به ۵/۷۵ | ۳/۷۵ به ۵/۶۲ | ۴/۳۷ به ۶ |
| | رشدنایافته | ۷/۹۱ به ۵/۹۱ | ۶/۱۶ به ۴/۸ | ۶/۰۸ به ۴/۲ | ۶ به ۴/۲ | ۶/۵۴ به ۴/۵۸ | ۶/۸ به ۴/۶۲ | ۶/۵۴ به ۴ | ۶/۲۵ به ۴/۶۶ |
| | روان آزرده | ۸ به ۶/۳۷ | ۵/۳۷ به ۴/۶۲ | ۵/۸۷ به ۴/۱۲ | ۶/۳۷ به ۴/۶۲ | ۷/۱۲ به ۵/۲۵ | ۷/۶۲ به ۴/۷۵ | ۷/۲۵ به ۵/۸۷ | ۶/۳۷ به ۴/۳۷ |
| تغییر میانگین در سبک‌های دفاعی | رشدیافته | ۴/۷۴ به ۶/۱۲ | ۳/۹۹ به ۴/۹۷ | ۴/۲۰ به ۵/۴۹ | ۳/۶۲ به ۵/۰۷ | ۳/۸۳ به ۶/۳۴ | ۳/۲۵ به ۵/۲۷ | ۳/۷۹ به ۵/۱۴ | ۴/۴۱ به ۵/۸۴ |
| | رشدنایافته | ۷/۸۷ به ۶/۲۸ | ۶/۱۶ به ۴/۸۷ | ۶/۰۶ به ۴/۶ | ۵/۹۷ به ۴/۳۹ | ۶/۷۲ به ۴/۷۸ | ۶/۸۱ به ۵/۰۱ | ۶/۵۸ به ۴/۳۲ | ۶/۲۷ به ۴/۸۸ |
| | روان آزرده | ۸/۰۸ به ۶/۵۷ | ۵/۳۳ به ۴/۴۹ | ۵/۸۳ به ۴/۴۴ | ۶/۲۴ به ۵ | ۷/۱۲ به ۵/۶۲ | ۷/۵ به ۵/۲۴ | ۷/۲۰ به ۶/۲۴ | ۶/۳۳ به ۶/۶۷ |
| درصد داده‌های ناهمپوش سبک‌های دفاعی | رشدیافته | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۸۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۸۰ | ۱۰۰ |
| | رشدنایافته | ۸۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۸۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ |
| | روان آزرده | ۸۰ | ۱۰۰ | ۸۰ | ۸۰ | ۱۰۰ | ۸۰ | ۸۰ | ۱۰۰ |
| شاخص تغییر پایا سبک‌های دفاعی | رشدیافته | ۲۰/۳۴ | ۸/۵ | ۳۱/۷ | ۷/۱۲ | ۳۳/۶۴ | ۱۴/۸۹ | ۱۳/۲۷ | ۳۵/۱۴ |
| | رشدنایافته | -۱۸/۷۳ | -۲۶/۰۶ | -۴۱/۲۹ | -۱۷/۱۸ | -۱۰/۹۷ | -۸۴/۸۵ | -۲۱/۳۰ | -۹/۸۲ |
| | روان آزرده | -۱۸/۰۲ | -۲۲/۰۵ | -۱۲/۱۶ | -۹/۶۵ | -۱۹/۶۹ | -۲۶/۹۷ | -۲۱ | -۴۳/۵۹ |
| درصد بهبودی سبک‌های دفاعی | رشدیافته | ۲۲ | ۱۹ | ۲۳ | ۲۸ | ۳۹ | ۳۸ | ۲۶ | ۲۴ |
| | رشدنایافته | ۲۰ | ۲۱ | ۲۴ | ۲۶ | ۲۹ | ۲۶ | ۳۴ | ۲۲ |
| | روان آزرده | ۱۸ | ۱۵ | ۲۳ | ۲۰ | ۲۱ | ۳۰ | ۱۳ | ۲۶ |
| درصد بهبودی کلی سبک‌های دفاعی | رشدیافته | ۲۳ | | | | ۳۲ | | | |
| | رشدنایافته | ۲۳ | | | | ۲۸ | | | |
| | روان آزرده | ۱۹ | | | | ۲۲/۵ | | | |

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۵۲-۱۳۷
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 137-152

روند تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در موقعیت خط پایه و مداخله به تفکیک هر زنجیره در شکل ۱ ارائه شده است. این نمودار نشان می‌دهد که در مرحله خط پایه، نمرات سبک دفاعی رشدیافته روند ثابتی داشته‌اند، اما بلافاصله پس از آغاز مداخلات در زنجیره اول، روند افزایشی پایدار و پیوسته‌ای در نمرات این سبک در هر دو گروه مشاهده شده است. این الگوی بهبود در زنجیره‌های بعدی نیز تکرار گردید. به طور مشابه، نمرات سبک دفاعی رشدنایافته که در خط پایه باثبات بوده است، با شروع جلسات مداخله در زنجیره اول، کاهشی تدریجی و مداوم را در هر دو گروه تجربه کردند که این کاهش در زنجیره‌های بعدی نیز تداوم یافت. همچنین، نمرات سبک دفاعی روان آزرده که در مرحله پایه بدون تغییر قابل‌ملاحظه‌ای بودند، با آغاز مداخلات روند نزولی ثابتی را در طول جلسات در هر دو گروه نشان دادند. مقایسه روند تغییرات بین دو مداخله نشان داد که افزودن تمرین بویایی به مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی، به تغییر سریع‌تر و باثبات‌تری در افزایش نمره سبک‌های دفاعی رشدیافته و کاهش نمره سبک‌های دفاعی رشدنایافته و روان آزرده منجر شده است.




**شکل ۱. روند تغییر نمرات سبک‌های دفاعی شرکت‌کنندگان در طی مراحل خط پایه (A) و مداخله (B)**

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تأثیر افزودن تمرین بویایی به مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی بر سبک‌های دفاعی نوجوانان پرخاشگر بود که با استفاده از طرح تک آزمودنی مقایسه‌ای از نوع مداخلات موازی انجام شد. نتایج تحلیل دیداری نشان داد، افزودن تمرین بویایی به مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی منجر به بهبود عملکرد سبک‌های دفاعی در طول مداخلات گردیده است. این میزان بهبودی بالینی در سازوکارهای دفاعی که با افزایش بیشتر کارایی سبک‌های دفاعی رشدیافته و کاهش هم‌زمان سبک‌های رشدنایافته و روان آزرده همراه بود، تحولی مثبت در سازوکارهای دفاعی نوجوانان پرخاشگر محسوب می‌شود. به بیان دیگر، این تغییرات نشان می‌دهد که نوجوانان تحت‌تأثیر مداخلات ترکیبی به تدریج بر

سازوکارهای دفاعی اولیه و ناکارآمد خود غلبه کرده و در عوض، از راهبردهای سازگارانه و رشد یافته‌تری برای مدیریت هیجانات و تعارضات درونی بهره برند. چنین تحولی نه تنها به ارتقای سلامت روان و بهبود تنظیم هیجانی می‌انجامد [۳۷]، بلکه کاهش ملموس در بروز رفتارهای پرخاشگرانه را نیز در پی خواهد داشت، چرا که پرخاشگری اغلب بازتابی از شکست سازوکارهای دفاعی در پردازش هیجانات منفی محسوب می‌شود [۱۱].

یافته‌های این مطالعه با شواهد پژوهشی موجود در خصوص اثربخشی مداخلات روان درمانی، پویشی، فشرده، کوتاه مدت همسو است. در همین راستا، یک گروه پژوهشی نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت، ضمن کاهش معنادار نشانه‌ها، با تغییرات مطلوب در سازوکارهای دفاعی، شامل کاهش سازوکارهای دفاعی رشد نایافته و روان آزرده و افزایش سازوکارهای دفاعی رشدیافته، همراه بود [۳۸]. یافته‌های پژوهش دیگری که بر روی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد، نیز نشان داد که این رویکرد روان‌درمانی به افزایش معنادار سازوکارهای دفاعی رشدیافته و کاهش معنادار سازوکارهای دفاعی رشدنایافته منجر می‌شود [۳۹]. همچنین، پژوهش بر روی افراد مبتلا به اضطراب مرگ ناشی از کرونا، نشان داد که روان‌درمانی، پویشی، فشرده، کوتاه مدت به‌صورت معناداری با کاهش سازوکارهای دفاعی رشدنایافته و روان آزرده، افزایش سازوکارهای دفاعی رشدیافته و بهبود ابراز هیجان همراه است [۴۰]. افزون بر این، کاربست درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتباط با سبک‌های دفاعی نیز نتایج مشابهی در بر داشته است [۴۱، ۴۲].

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر مثبت تمرین بویایی بر بهبود سازوکارهای دفاعی، با نتایج مطالعاتی که به بررسی ادغام تحریک حسی با مداخلات روان‌شناختی پرداخته‌اند، نیز همسو است. نتایج مطالعه یانگ و لی[1] [۴۳] حاکی از آن است که تلفیق تحریک بویایی از طریق رایحه درمانی با مداخلات موسیقی درمانی، نه‌تنها بر شاخص‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی تأثیر فوری دارد، بلکه این اثرات در پیگیری شش هفته‌ای نیز تداوم داشت. تلفیق تحریک بویایی با این مداخلات روان‌شناختی در سایر مطالعات نیز نتایج مشابهی در بر داشته است [۴۴]. همچنین، یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های حوزه اعتیاد همسو است. یک مطالعه بر روی مردان الکلی ژاپنی نشان داد که هریک از مداخلات آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و مواجه درمانی به کمک تحریک حسی (بویایی)، به‌تنهایی منجر به بهبودی در جلوگیری از بازگشت شدند و تفاوت معناداری بین دستاوردهای درمانی از بابت کنترل ولع نوشیدن به عنوان یک سازوکار دفاعی رشدیافته مشاهده نشد [۴۵]. بااین‌حال، مطالعه‌ای دیگری در مغایرت با یافته‌های این پژوهش نشان داد که اگرچه رایحه درمانی و ذهن‌آگاهی به تنهایی به صورت معناداری منجر به بهبود کارکردهای روانی شدند، اما ترکیب این دو مداخله اثر افزودنی و برتری بارزی نسبت به مداخلات منفرد نداشته است [۴۶].

بهبود سازوکارهای دفاعی در پی مداخلات هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی را می‌توان عمدتاً به فراخوانی و پردازش هدفمند هیجاناتِ وا پس رانده شده نسبت داد که در جریان انتقال و در فضای امن روان‌درمانی تجربه می‌گردند. این مداخله با ایجاد یک تجربه اصیل هیجانی در طول مراحل توالی‌پویشی به بازسازی روابط درونی شده می‌پردازد که به نوعی زیربنای دفاع‌های ناسازگار هستند. ازاین‌رو، تعارض‌های درونی حاصل از تضاد بین سطوح مختلف هیجانی نسبت به ابژه‌های درونی شده، کاهش می‌یابد و امکان ایجاد یک ارتباط اصیل و همه‌جانبه را میسر می‌کند [۴۷].

در دوره نوجوانی، پرخاشگری اغلب به عنوان تظاهر بیرونی سبک‌های دفاعی رشدنایافته‌ای مانند جابه‌جایی، کنشگری، انکار و فرافکنی عمل می‌کند که به شکلی ناسازگارانه برای تنظیم هیجانات شدید و کنارزدن اضطراب ناهشیار به کار می‌رود [۴۸]. در طول فرایند و در چارچوب رابطه درمانی، فرد می‌آموزد به‌جای برون‌ریزی‌های پرخاشگرانه، هیجانات خود را با به‌کارگیری ذهنی‌سازی و خلاقیت به شیوه‌ای نمادین بازشناسی و ابراز کند تا به جای واپس راندن و تحمل پیامدهای نامطلوب آن، با احساسات خود مواجه شده و فرصت حل و فصل آن را از طریق توسعه سازوکارهای دفاعی فراهم سازد. این تحول، منجر به کاهش وابستگی به دفاع‌های رشدنایافته و جایگزینی تدریجی آن‌ها

1. Yang, Li

با سازوکارهای رشدیافته‌تری مانند سرکوب آگاهانه، پیش‌بینی و والایش می‌شود؛ بنابراین بهبودی بالینی مشاهده شده، نشان‌دهنده تغییرات ساختاری چندبعدی ناهشیار در راهبردهای تنظیم هیجانات نوجوانان پرخاشگر است.

بر اساس نتایج یک گروه پژوهشی، کاهش حجم هیپوکامپ که دارای ساختاری کلیدی در یکپارچگی هیجانی - شناختی است با تضعیف سازوکارهای بازداری عصبی همراه است و می‌تواند زمینه‌ساز بروز پاسخ‌های ستیزه‌جویانه شود [۴۹]. در این راستا، مداخله هیجانی مبتنی بر روان‌پویشی دوانلویی از طریق بازگشایی هیجانی و بازسازی ساختارهای ناهشیار، به طور غیرمستقیم با تقویت عصب‌زایی در هیپوکامپ به تعدیل رفتارهای پرخاشگرانه می‌پردازد. افزودن تمرین بویایی به این مداخله، با تسهیل اتصالات کارکردی بین مدارهای بویایی و مراکز هیجانی، این فرایند را تسریع می‌بخشد. این مداخلات ترکیبی با به‌کارگیری هم‌زمان ظرفیت‌های پردازش حسی (از طریق تحریک بویایی) و هیجانی - شناختی (در چارچوب روان‌پویشی دوانلویی)، رویکردی نوین در بازسازی شبکه‌های عصبی مرتبط با پرخاشگری نوجوانان ارائه می‌دهند. این یکپارچگی حسی - هیجانی، زمینه را برای بهبودی بیشتر سازوکارهای دفاعی در بازه زمانی کوتاه مدت فراهم می‌سازد. کارآمدی در کوتاه‌ترین زمان ممکن، نه تنها یک امتیاز درمانی، بلکه ضرورتی بالینی به شمار می‌آید. مداخلاتی که قادر باشند در جلسات ابتدایی، تغییرات محسوس و معناداری در هیجانات یا رفتار نوجوان پدیدآورند، با تقویت پیوند درمانی، از رهاکردن زودهنگام درمان پیشگیری می‌کنند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، تلفیق تمرین بویایی با روان‌درمانی پویشی، راهبرد بالینی مؤثرتری برای تسریع بهبود سازوکارهای دفاعی در نوجوانان پرخاشگر محسوب می‌شود و می‌تواند به عنوان یک پروتکل تکمیلی در مداخلات روان درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

پژوهش حاضر با وجود نوآوری در به‌کارگیری تحریک حسی بویایی برای فعال‌سازی هدفمند شبکه‌های هیجانی - شناختی، با محدودیت‌هایی همراه بوده است. نخست، طراحی تک آزمودنی و حجم نمونه محدود (۸ شرکت‌کننده)، امکان تعمیم‌دهی گسترده یافته‌ها را کاهش می‌دهد. دوم، تعطیلی ناگهانی مدارس در میانه فرایند اجرای پژوهش، چالش‌های برنامه‌ریزی عملیاتی قابل‌توجهی در زمینه زمان‌بندی و تداوم جلسات مداخله ایجاد نمود؛ بنابراین پژوهش‌های آتی می‌توانند با هدف توسعه‌یافته‌های حاضر، مسیرهای متعددی را دنبال می‌نمایند. نخست، بررسی سیر تحول سبک‌های دفاعی در طول روان‌درمانی‌های بلندمدت می‌تواند بینش‌های ارزشمندی در مورد پویایی، تغییرات عمیق‌تر روانی را فراهم آورد. دوم، ارزیابی اثربخشی این مداخله ترکیبی در قالب یک کارآزمایی بالینی کنترل‌شده با حجم نمونه بزرگ‌تر و با کنترل دقیق‌تر متغیرهای مداخله‌گر و نیز با درنظرگرفتن مفاهیم دیگری، مانند مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری، نتایج جامع‌تری را ارائه دهد. سوم، به عنوان یک پرسش پژوهشی، بررسی تأثیر زمان‌بندی ارائه محرک بویایی در لحظه اینجا و اکنون در فرایند روان‌درمانی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1403.018 است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام گردید. همچنین، به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی است.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و سوم و مشاوره نویسنده چهارم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

## منابع

1- Cheng TW, Mills KL, Pfeifer JH. Revisiting adolescence as a sensitive period for sociocultural processing. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2024; 164:105820. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105820

2- Heslin AM, McNulty B. Adolescent nutrition and health: characteristics, risk factors and opportunities of an overlooked life stage. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2023; 82(2): 142-56. https://doi.org/10.1017/S0029665123002689

3- Kalogerakis Z, Lazaratou H, Dikeos D, Touloumi G, Kollias K, Economou M, et al. Epidemiological indicators and correlations of adolescent aggression in an urban student population. *Psychiatrike= Psychiatriki*. 2022; 34(2): 101-11. https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.065

4- Rtbey G, Andualem F, Nakie G, Fentahun S, Melkam M, Kibralew G, et al. Bullying victimization and associated factors among school-aged adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2025; 20(4): e0321820. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0321820

5- John JR, Thavalingam V, Tye M, Dean K, Barzman D, Sorter M, et al. Appraising risk factors of aggression in children and adolescents at psychiatric inpatient units. *Psychiatry research*. 2023; 327: 115368. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115368

6- De Masi F. The Ego and the Id: Concepts and developments. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2023; 104(6): 1091-100. https://doi.org/10.1080/00207578.2023.2277024

7- Summers F. *Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text:* Routledge; 2024. https://psycnet.apa.org/doi/10.4324/9781003485452.

8- Dennis E. The paranoid-schizoid position and envious attacks on the black other. *Psychoanalysis, Self and Context*. 2022; 17(2): 141-53. https://doi.org/10.1080/24720038.2021.1977306

9- Beeber A, Gottwik G, Rosseti S. A Tribute: Habib Davanloo, MD. *American Journal of Psychotherapy. 2025:appi. psychotherapy*. 2025; 78(3): 135-136. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240055

10- Davanloo H. *Unlocking the Unconscious: Collected Papers of Habib Davanloo, Md.* New Jersey, USA.: John Wiley & Sons Inc; 1995. 456 p. https://lccn.loc.gov/90031503

11- Gagnon J, Quansah JE, McNicoll P. Cognitive Control Processes and Defense Mechanisms That Influence Aggressive Reactions: Toward an Integration of Socio-Cognitive and Psychodynamic Models of Aggression. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2022; 15: 751336. https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.751336

12- Puhalla A, McCloskey MS, Brickman LJ, Fauber R, Coccaro EF. Defense styles in intermittent explosive disorder. *Psychiatry research*. 2016; 238:137-42. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.019

13- Hajloo N, Mowlaie M. Comparison the effectiveness of empathic and anxiety regulating dynamic psychotherapies on symptom reduction and defense mechanism of students with symptoms of adult separation anxiety disorder. Clinical Psychology and Personality. 2020; 17(1): 1-10. https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2878

14- Rahmani F, Kakaie N, Khazaie H. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Suicidal Ideation and Anger in Suicidal Behavior. *Am J Psychother*. 2025 Sep 15; 78(3): 186-189. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240023

15- Shahverdi ZA, Dehghani M, Ashouri A, Manouchehri M, Mohebi N. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for Tension-Type Headache (TTH): A randomized controlled trial of effects on emotion regulation, anger, anxiety, and TTH symptom severity. *Acta psychologica*. 2024; 244:104176. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104176

16- Shafiei F, Dehghani M, Lavasani FF, Manouchehri M, Mokhtare M. Intensive short-term dynamic psychotherapy for irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial examining improvements in emotion regulation, defense mechanisms, quality of life, and IBS symptoms. *Frontiers in Psychology*. 2024; 15:1293150. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1293150

17- Malda-Castillo J, Howell B, Russell L, Town J, Abbass A, Perez-Algorta G, et al. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) associated with healthcare reductions in patients with functional seizures. *Epilepsy & Behavior*. 2023; 141:109147. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2023.109147

18- Ajilchi B, Kisely S, Nejati V, Frederickson J. Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on social cognition in major depression. *Journal of Mental Health*. 2020; 29(1): 40-4. https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466035

19- Pakdel H, Shorabi F, Haji Alizade K. The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy on job stress coping strategies, health-related quality of life, and self-efficacy of iran air traffic controler staff. *Journal of Psychological Science*. 2022; 21(111): 543-58. https://doi.org/10.52547/JPS.21.111.543 **[In Persian]**

20- Sarihi N, Manavipour D, Sdaghatifard M. Comparing the effectiveness of ISTDP intervention program, awareness training, and its application on executive functions. *Journal of Psychological Science*. 2020; 19(87): 339-48. https://doi.org/10.29252/psychosci.19.87.339 **[In Persian]**

21- Gong M, Dong H, Tang Y, Huang W, Lu F. Effects of aromatherapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*. 2020; 274:1028-40. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.118

22- Pieniak M, Oleszkiewicz A, Avaro V, Calegari F, Hummel T. Olfactory training–Thirteen years of research reviewed. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022:104853. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104853

23- Alipour R, Hadianfard H, Aflakseir A, Mollazadeh J. Investigating the efficacy of aromatherapy-based mindfulness and cognitive behavioral therapy on improving depression symptoms. *Journal of Psychological Science*. 2023; 22(121): 55-70. http://psychologicalscience.ir/article-1-1814-fa.html **[In Persian]**

24- Hongjuan H. The "Mental Stress Relief Valve" During the Critical Period of the Doctoral Dissertation—An Integrated Intervention Based on CBT and Aromatherapy. *Theory and Practice of Psychological Counseling*. 2025; 7(6): 353-9. https://doi.org/10.35534/tppc.0706040

25- Frampton SE, Guinness KE, Axe JB. The parallel treatments design: A systematic review. *Behavioral Interventions*. 2021; 36(4): 941-61. https://doi.org/10.1002/bin.1818

26- Gast DL, Wolery M. Parallel treatments design: A nested single subject design for comparing instructional procedures. *Education and Treatment of Children*. 1988:270-85. https://psycnet.apa.org/record/1991-06233-001

27- Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease*. 1993; 181(4): 246-56. https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006

28- Heidari Nasab L, Mansouri M, Azadfallah P, Shaieeri MR. Validity and Reliability Of Defens Style Questionaire (DSQ-40) in Iranian Samples. *Clinical Psychology and Personality*. 2007; 5(1): 11-26. https://jcps.atu.ac.ir/article_517_en.html **[In Persian]**

29- Jafari S, joharifard r. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Alexithymia, Defense Styles, and Ego Strength in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023; 22(3): 243-58. http://journal.rums.ac.ir/article-1-6877-en.html **[In Persian]**

30- Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*. 1992; 63(3): 452. https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.3.452

31- Ahadifar S, Vakili S, Hoseinian S, Ghasemzadeh S. Investigate the Effectiveness and Sustainability of Creative Drama on Social Adjustment of Aggressive Gifted Adolescents. *Journal of Social Psychology*. 2021; 9(60): 99-108. http://jdisabilstud.org/article-1-2454-en.html **[In Persian]**

32- Mostafavi K, Bahari M, Sanatkaran A. The Effect of Shooting Training with Air Gun on Aggression among Adolescent Girls. *Journal of Sports and Motor Development and Learning*. 2020; 12(2): 205-17. https://doi.org/10.22059/jmlm.2020.298695.1491 **[In Persian]**

33- Manavipour D. *Mobilization of the unconscious*. Tehran: didavarbook; 2021. 295 p. http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic/7333546 **[In Persian]**

34- Challakere Ramaswamy VM, Schofield PW. Olfaction and executive cognitive performance: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13:871391. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.871391

35- Noferesti a, Hassanabadi HR. Data analysis in single case experimental design studies. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2019; 7(12): 291-306. http://frooyesh.ir/article-1-1567-en.html **[In Persian]**

36- Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review*. 2001; 21(3): 421-46. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00058-6

37- Syed N, Rahim S, Andaleeb S. Impact of Defense Mechanisms on the Psychological Well-Being and Resilience of Non-Disabled Populations and Populations with Physical Disabilities. *Journal of Muslim Mental Health*. 2025; 18(2): 1-14. https://doi.org/10.3998/jmmh.2972

38- Goodarzi BM, Monirpour N, Mirzahosseini H. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Reducing Symptoms and defensive mechanisms of Cluster C Personality Disorders. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2024; 24(4): 40-52. https://doi.org/10.30486/jsrp.2021.1897104.2401 **[In Persian]**

39- Mehboodi K, Mohammadi N, Rahimi C, Sarafraz MR. The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on self-esteem, emotion regulation, and defense mechanisms in men with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2022 May 10; 21(111): 461-74. https://doi.org/10.52547/JPS.21.111.461 **[In Persian]**

40- Mousavi Z, Naji AA. Effectiveness of Intensive and Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Defense Mechanisms and Emotional Expression in individuals with Coronavirus-induced Death Anxiety. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2022 Apr 10; 11(2): 13-22. http://frooyesh.ir/article-1-3315-en.html **[In Persian]**

41- Shams S, Ghelichkhan N, yousefi N, alijani S. Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *Journal of Nursing Education*. 2022; 10(1): 106-21. http://ijpn.ir/article-1-1964-fa.html **[In Persian]**

42- Pitil PP, Ghazali SR. The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological defense mechanism and weight loss program: A randomized controlled trial among university students during COVID-19 movement control order. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023; 29: 171-81. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.07.003

43- Yang HJ, Li MW, Chen TC. Evaluating the impact of lavender aromatherapy and music therapy on reducing stress, anxiety, and depression in female nurses during the COVID-19 pandemic. *Complementary therapies in clinical practice*. 2025; 59: 101973. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2025.101973

44- Son HK, So WY, Kim M. Effects of Aromatherapy Combined with Music Therapy on Anxiety, Stress, and Fundamental Nursing Skills in Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16 (21): 4185. https://doi.org/10.3390/ijerph16214185

45- Yokoyama A, Matsushita S, Toyama T, Nakayama H, Takimura T, Kimura M, et al. [Relapse prevention program consisting of coping skills training, cue exposure treatment, and letter therapy for Japanese alcoholic men who relapsed after standard cognitive-behavioral therapy]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai zasshi = Japanese journal of alcohol studies & drug dependence*. 2015; 50(2): 88-103. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26255433/

46- Salehi-Pourmehr H, Mojtahedi M, Asnaashari S, Farshbaf-Khalili A, Ostadrahimi A. The impact of aromatherapy with Citrus bergamia-Lavandula angustifolia essential oil and/or mindfulness-based therapy on postmenopausal health: A factorial randomized controlled trial. *Complementary therapies in medicine*. 2025; 91: 103190. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2025.103190

47- Siegel JP. Digging deeper: An object relations couple therapy update. *Family Process*. 2020; 59(1): 10-20. https://doi.org/10.1111/famp.12509

48- Puhalla AA, McCloskey MS, Brickman LJ, Fauber R, Coccaro EF. Defense styles in Intermittent Explosive Disorder. *Psychiatry Res*. 2016; 238: 137-42. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.019

49- Fritz M, Soravia S-M, Dudeck M, Malli L, Fakhoury M. Neurobiology of aggression—Review of recent findings and relationship with alcohol and trauma. *Biology*. 2023;12(3): 469. https://doi.org/10.3390/biology12030469

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲٤، شماره ۲، پیاپی ٤۷، پاییز و زمستان ۱٤۰۵، صص ۱٦۸-۱۵۳**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20585.1727

**مقاله پژوهشی**

# مدل‌یابی استحکام روانی بر اساس خلاقیت هیجانی با نقش میانجی نشخوار فکری مادران نوجوانانِ مبتلا به اوتیسم

**نویسندگان**

**زهره کرمی [۱]، آمنه معاضدیان [۲*]، رضا زیاری [۳]، فائزه جهان [٤]**

۱. گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. zohre.karami@iau.ac.ir
۲. گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. گروه حسابداری، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. reza.ziyari@iau.ac.ir
٤. گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. faezeh.jahan@iau.ac.ir

**چکیده**

**مقدمه:** پژوهش حاضر باهدف بررسی مدل‌یابی استحکام روانی بر اساس خلاقیت هیجانی با نقش میانجی نشخوار فکری مادران نوجوانان مبتلا به اوتیسم انجام شده است.

**روش:** پژوهش حاضر، از نوع توصیفی - همبستگی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را مادران دارای نوجوانِ مبتلا به اوتیسم، در زمستان سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. حجم نمونه بر اساس مدل کلاین (۲۰۲۳م.) و با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۶۰ نفر انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از مقیاس درجه‌بندی اوتیسم گیلیام (GARS-3) گیلیام (۲۰۱۴م.)، مقیاس استحکام روانی (MTQ-48) کلاف و همکاران (۲۰۰۲م.)، سیاهه خلاقیت هیجانی (ECI) آوریل و همکاران(۱۹۹۱م.) و مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS) نولن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱م.) جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۹ داده‌ها تحلیل شدند.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که اثرات مستقیم خلاقیت هیجانی (β=۰/۵۳ و sig=۰/۰۰۱) و نشخوار فکری (۰/۷۳- =β و sig=۰/۰۰۱) بر روی استحکام روانی معنادار است. همچنین، نتایج نشان داد که نشخوار فکری در رابطه بین خلاقیت هیجانی (۰/۵۷- =β و sig=۰/۰۰۱) با استحکام روانی نقش میانجی و معناداری دارد. همچنین، مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود (RMSEA=۰/۰۶، SRMR=۰/۰۳ و p<۰/۰۵) و ۸۳ درصد از واریانس استحکام روانی تبیین شد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با بهبود خلاقیت هیجانی و کاهش میزان نشخوار فکری با کمک روان‌شناسان و مشاوران، می‌توان استحکام روانی مادران نوجوان اوتیسم را بهبود بخشید.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۸/۱۲

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۲/۲۹

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

استحکام روانی، اوتیسم، خلاقیت هیجانی، نشخوار فکری

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

moazedian@iau.ac.ir

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۶۸-۱۵۳
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 153-168

**مقدمه**

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش پنجم[1] (DSM-5) اوتیسم[2] یک بیماری عصبی - رشدی[3] است [۱] که یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات مزمن در دوران کودکی است[۲ و ۳]، این اختلال، ناهنجاری‌هایی در تعاملات اجتماعی، علایق محدود، نقص در ارتباطات و رفتارهای تکراری را نشان می‌دهد [۴]. چالش‌های رفتاری و تعاملی مشاهده شده در افراد مبتلا به اوتیسم به اختلال در پردازش ادراکی[4] نسبت داده می‌شود، زیرا این افراد ممکن است اطلاعات حسی را مانند افراد عادی درک یا تفسیر نکنند و این ویژگی‌های اصلی اغلب منجر به فرصت‌های محدود برای تعامل و ارتباط در افراد مبتلا به اوتیسم می‌شود که مانع یادگیری و رشد آن‌ها می‌شود [۵]. افزون بر مشکلاتی که فرزندان اوتیسم تجربه می‌کنند، والدین کودکان مبتلا به اوتیسم به‌ویژه مادران، ممکن است با چالش‌ها و خواسته‌های منحصربه‌فردی در مراقبت از فرزند خود مواجه شوند که می‌تواند بر پریشانی روان‌شناختی آن‌ها تأثیر بگذارد[۶، ۷ و ۸].

علاوه بر این، چالش‌هایی که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم با آن مواجه هستند توسط اطرافیانشان درک نمی‌شود و این امر مشکلات فرزندپروری آن‌ها را افزایش می‌دهد [۹] و استحکام روانی[5] آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و این به دلیل آن است که مراکز بهزیستی و توان‌بخشی، رفاه و بهزیستی فرزندان را بر بهزیستی مادران اولویت می‌دهند [۱۰]. استحکام روانی به‌عنوان یک ویژگی ثابت تعریف شده است که افراد را قادر می‌سازد تا با انواع فشارهای جسمی، روحی و عاطفی روبرو شده و با آن‌ها کنار بیایند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا به سطح بهینه‌ای از عملکرد برسند [۱۱]. همچنین، استحکام روانی یک فرایند پویا است که در آن رویدادهای زندگی، مانند استرس و ناملایمات، هم‌زمان با عوامل محافظتی عمل می‌کنند [۱۲] و به‌عنوان یک سازوکار روان‌شناختی، می‌تواند تأثیر محافظتی مستقیمی بر هیجانات منفی افراد داشته باشد [۱۳]. بر اساس تحقیقات، مادرانی که استحکام روانی بالاتری دارند در هنگام مراقبت از فرزندان استثنایی خود، استرس والدگری کمتری را تجربه می‌کنند [۱۴]. یکی از عوامل مرتبط با استحکام روانی می‌تواند خلاقیت هیجانی[6] باشد که به‌عنوان الگویی از توانایی‌های شناختی و ویژگی‌های شخصیتی مرتبط بااصالت[7] و تناسب در تجربه هیجانی است [۱۵].

خلاقیت هیجانی، الگویی شامل کاربرد مؤثر هیجانات موجود یا در سطح پیچیده‌تر، اصلاح هیجانات استاندارد برای برآوردن بهتر نیازهای افراد یا گروه‌ها است [۱۶]. واگرایی[8] از تجربه هیجانی - معمولی، یکی از ویژگی‌های کلیدی خلاقیت هیجانی است [۱۷ و ۱۸]، زیرا به توانایی واگرایی از الگوهای معمولی و ایجاد واکنش‌های هیجانی جدید اشاره دارد [۱۹]. سه معیار را برای تعریف خلاقیت هیجانی تعیین کرده‌اند، یعنی تازگی[9]؛ یعنی تنوع هیجانات رایج و ایجاد هیجانات جدید که مختص افراد است؛ اثربخشی[10]، یعنی سازگاری با موقعیت‌ها یا پیامدهای مفید برای افراد یا گروه‌ها و اصالت[11]؛ یعنی بیان صادقانه تجربیات و ارزش‌ها. شرط دیگر برای خلاقیت هیجانی، آمادگی هیجانی[12] است که نشان‌دهنده درک هیجانات و تمایل افراد برای کشف هیجانات است [۲۰]. بر اساس پیشینه پژوهش، افرادی که خلاقیت هیجانی بیشتری دارند، بهتر می‌توانند هیجانات خود را تنظیم و مدیریت کنند، هویت شخصی خلاقانه‌تری دارند [۲۱] و داشتن خلاقیت هیجانی در زندگی روزمره باعث می‌شود که افراد در برابر شرایط دشوار و پرطاقت، تاب‌آوری و استحکام روانی بیشتری از خود نشان دهند.

آنچه مشخص است، خلاقیت هیجانی می‌تواند با استحکام روانی در ارتباط باشد، اما آنچه می‌تواند به‌عنوان یک خلأ پژوهشی در نظر گرفته شود، مطالعه متغیرهای میانجی در رابطه میان خلاقیت هیجانی و استحکام روانی در مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم است که در این پژوهش به نقش میانجی‌کننده نشخوار فکری[13] پرداخته شده است، چرا که نشخوار فکری علاوه بر تأثیرپذیری از

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
2. Autism Spectrum Disorder
3. Neurodevelopmental
4. Disrupted Perceptual Processing
5. Mental Toughness
6. Emotional Creativity
7. Originality
8. Divergence
9. Novelty
10. Effectiveness
11. Authenticity
12. Emotional Readiness
13. Rumination

خلاقیت [۲۲ و ۲۳]، می‌تواند با استحکام روانی در ارتباط باشد؛ بنابراین نشخوار فکری می‌تواند میانجی مناسب در این پژوهش باشد که به‌عنوان یک فرایند فراشناختی پایدار، مداوم و تکرارشونده توصیف و تعریف شده است [۲۴]. در طول این فرایند، افراد در مورد معنای هیجانات منفی از جمله افکار مربوط به گذشته، حال و آینده تأمل می‌کنند [۲۵]. با کمک نظریه سبک پاسخ[1]، مشخص شده است که مردان احتمال بیشتری دارد که هم پاسخ‌های حل مسئله و هم پاسخ‌های تغییر توجه را اتخاذ کنند، درحالی‌که زنان احتمال بیشتری دارد که تفکر نشخواری را اتخاذ کنند [۲۶]. همچنین، استدلال شده است که نشخوار فکری بار معنایی منفی دارد و باعث می‌شود افراد به‌جای انجام اقدامات مؤثرتر برای حل مسئله، بر هیجانات منفی خود تمرکز کنند [۲۷].

افزون بر این، نشخوار فکری بیش از حد ممکن است مانعی برای ارتباط با دیگران ایجاد کند و رفتارهای مثبت را سرکوب کند [۲۸]. به‌طوری که فرایند نشخوار فکری ممکن است به سبک‌شناختی فرد مرتبط باشد و باعث شود افراد مختلف، الگوهای اسنادی و روش‌های مقابله با زندگی متفاوتی داشته باشند [۲۹]. این امر بر تاب‌آوری، پرطاقتی روان‌شناختی و استحکام روانی آنان تأثیرگذار باشد. باتوجه‌به آنچه گفته شد و با توجه به اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش، می‌توان گفت که از نظر آماری، اوتیسم از بیماری‌های بسیار نادر درگذشته، به اختلالات رشدی شایع‌تر تبدیل شده است و رتبه نخست را در اختلالات روانی و رشدی کودکان و نوجوانان دارد [۳۰]. این وضعیت برای مادران این نوجوانان، به‌عنوان مراقبین اصلی، فشار زیادی از نظر جسمانی و روان‌شناختی وارد می‌کند [۳۱] و این مادران احساس خود انتقادی و شرم بیشتری را تجربه می‌کنند [۳۲].

ازسوی‌دیگر، اکثر مادران در چارچوب فرهنگ سنتی، دو فعالیت تولیدمثل و فرزندپروری را انجام می‌دهند و این مسئولیت در خانواده‌هایی که فرزند ناتوان دارند، بیشتر است [۳۳]. مادرانی که فرزند مبتلا به اوتیسم دارند، معمولاً حداقل ۲ ساعت بیشتر از مادران کودکان با رشد طبیعی، صرف مراقبت از فرزندان خود می‌کنند [۳۴]. نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که والدینی که فرزند مبتلا به اوتیسم دارند، نسبت به والدین فرزندانی با رشد طبیعی، مشکلات سلامت روان و تنیدگی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند[۳۵ و ۳۶]. این مشکلات به‌ویژه در مادران آن‌ها، بیشتر از پدران است [۳۷]. همان‌طور که می‌دانیم، سلامت روان مادران تأثیر مهمی بر توان‌بخشی فرزندان دارد؛ بنابراین، توجه به مادرانی که فرزند مبتلا به اوتیسم دارند، برای توان‌بخشی فرزندانشان از اهمیت بالایی برخوردار است؛ لذا انجام مطالعه‌ای که بتواند منجر به شناخت عوامل مؤثر بر استحکام روانی این مادران شود از نظر پژوهشی اهمیت و ضرورت دارد.

## پرسش و فرضیه پژوهش

ازاین‌رو، باتوجه‌به آنچه گفته شد پرسش پژوهش آن است که آیا نشخوار فکری در رابطه بین خلاقیت هیجانی با استحکام روانی در مادران نوجوانان مبتلا به اوتیسم نقش میانجی ایفا می‌کند؟

و فرضیه پژوهش آن است که نشخوار فکری در رابطه بین خلاقیت هیجانی و استحکام روانی مادران نوجوانان مبتلا به اوتیسم نقش میانجی دارد.

## روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و روش نمونه‌گیری هدفمند بود. نمونه‌گیری هدفمند یک روش نمونه‌گیری غیرتصادفی است که در آن بر اساس پیش‌فرض‌های مشخصی افراد واجد شرایط به‌عنوان نمونه انتخاب می‌شوند؛ بنابراین ازآنجایی‌که مادران نوجوانان اوتیسم بر اساس پیش‌فرض‌های مشخص مانند داشتن فرزند مبتلا به اوتیسم وارد این پژوهش شدند، این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده کرده است. جامعه آماری این پژوهش، شامل مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم در زمستان سال ۱۴۰۳ است. به اعتقاد برخی، حداقل حجم نمونه لازم برای این پژوهش ۲۰۰ نفر است [۳۸]؛ بنابراین در پژوهش حاضر بر مبنای پیشنهاد کلاین حجم نمونه ۴۶۰ نفر انتخاب شد. به این صورت که پس از مراجعه به مراکز روان‌شناسی و خدمات درمانی شهر تهران از بین مادران مراجعه‌کننده که فرزندان نوجوان آنان تشخیص اوتیسم گرفته بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، تعداد ۴۶۰ نفر مادر در طی یک بازه زمانی ۲ هفته‌ای به

1. Response Style Theory

پرسش‌ها پاسخ دادند که از میان آن‌ها تعداد ۱۰۰ پاسخ‌نامه به‌عنوان پرت و گمشده‌ای شناسایی شد؛ لذا تحلیل بر روی ۳۶۰ نفر صورت گرفت. رضایت آگاهانه برای پاسخ‌گویی به پرسش‌های، کسب نمره ۵۴ و بالاتر توسط نوجوان این مادران، بر اساس مقیاس اوتیسم گیلیام[1] -GARS-3- گیلیام[2] درجه‌بندی شدند، از ملاک‌های ورود به پژوهش باید به عدم ابتلای مادران به مشکلات روان‌شناختی حاد و مزمن بر اساس گزارش خود فرد اشاره کرد و عدم همکاری کافی و تکمیل‌نکردن پرسش‌های پرسش‌نامه‌های پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

## ابزار

### مقیاس درجه‌بندی اوتیسم گیلیام (GARS-3)

این مقیاس بر اساس معیارهای DSM-5 تدوین شده است. این مقیاس شامل ۵۸ پرسش است که ۶ خرده مقیاس رفتارهای تکراری[3] (الگوهای رفتاری محدود، تکراری و پیش‌بینی‌پذیر)؛ سبک‌شناختی[4] (تمایل به‌دقت در جزئیات و مشکلات در فهم مفاهیم کلی)؛ تعامل اجتماعی[5] (مشکلات در تعامل فرد با دیگران)؛ گفتار ناسازگارانه[6] (مشکل در گفتار فرد) ارتباط اجتماعی[7] (مشکل در ارتباطات کلامی و غیرکلامی فرد)؛ پاسخ‌های هیجانی[8] (واکنش‌های غیرمنتظره یا بی‌مورد به موقعیت‌ها) را می‌سنجد [۳۹]. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است به این صورت که هیچگاه ۰ نمره، به‌ندرت ۱ نمره، گاهی ۲ نمره و غالباً ۳ نمره تعلق می‌گیرد و دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۷۴ است [۳۹]. درصورتی‌که نمره خام به نمرات تراز شده در جدول مشخص شده تبدیل شود و عدد به دست آمده از ۵۴ بیش‌تر باشد، فرد مشکوک به اوتیسم بوده و بایستی برای ارزیابی دقیق اقدام شود؛ لذا نقطه برش آن ۵۴ است [۴۰]. این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و ضرایب پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای رفتارهای تکراری ۰/۸۸، سبک‌شناختی ۰/۷۶، تعامل اجتماعی ۰/۹۱، گفتار ناسازگارانه ۰/۸۸، ارتباط اجتماعی ۰/۸۸، واکنش‌های هیجانی ۰/۸۶ و کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آمده است و روایی ملاکی (هم‌زمان) آن سیاهه رفتاری کودک [۴۱] با بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون بین دو مقیاس ۰/۳۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش آمده است[۳۹]. در مطالعات خارجی پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴، همسانی بین ارزیابان ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمده است و همچنین روایی افتراقی بررسی شاخص‌های دقت[9] (افتراق صحیح موارد بیمار و سالم)، حساسیت[10] (پیداکردن موارد بیماری) و ویژگی[11] (پیداکردن موارد سالم) بررسی و مقادیر به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۸ به دست آمده است [۴۲]. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای رفتارهای تکراری ۰/۷۳، سبک‌شناختی ۰/۸۰، تعامل اجتماعی ۰/۹۲، گفتار ناسازگارانه ۰/۸۱، ارتباط اجتماعی ۰/۸۶، پاسخ‌های هیجانی ۰/۷۵ و کل پرسش‌های ۰/۹۶ به دست آمد.

### مقیاس استحکام روانی (MTQ-48)[12]

این مقیاس شامل ۴۸ پرسش است که ۶ خرده مقیاس؛ چالش، تعهد، کنترل هیجان، کنترل زندگی، اعتماد به توانایی‌های خود، اعتماد بین‌فردی را اندازه‌گیری می‌کند [۴۳]. نمره‌گذاری به‌صورت ۵ درجه‌ای لیکرت است، به این صورت که به گزینه کاملاً مخالفم ۱ نمره، مخالفم ۲ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، موافقم ۴ نمره و کاملاً موافقم ۵ نمره تعلق می‌گیرد. حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۴۸ و حداکثر نمره ۲۴۰ است و هرچه نمره فرد در این پرسش‌نامه بیشتر باشد، به معنای استحکام روانی بالاتر است. سازندگان پرسش‌نامه برای بررسی پایایی از دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضریب بازآزمایی ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آورده‌اند و روایی همگرایی این پرسش‌نامه با نسخه ۱۸ سؤالی آن بررسی و ضریب همبستگی بین دو پرسش‌نامه ۰/۸۷ و معنادار در سطح ۰/۰۱ محاسبه شده است [۴۲]. در ایران پایایی آن بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ برای چالش ۰/۸۰، تعهد

1. Gilliam Autism Rating Scale-3 (GARS-3)
2. Gilliam
3. Restricted Behaviors
4. Cognitive Style
5. Social Interaction
6. Maladaptive Speech
7. Social Communication
8. Emotional Responses
9. Accuracy
10. Sensitivity
11. Specificity
12 . Mental Toughness Questionnaire (MTQ)

۰/۸۴، کنترل هیجانی ۰/۷۸، کنترل زندگی ۰/۸۱، اعتماد به توانایی‌ها ۰/۸۶ و اعتماد بین‌فردی ۰/۸۱ به دست آمده است [۴۴] و روایی ملاکی آن با سیاهه ذهن‌آگاهی ورزشی [۴۵] بررسی و ضریب همبستگی استحکام روانی با ذهن‌آگاهی ورزشی ۰/۲۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است [۴۶]. در تحقیقات جدیدتر پایایی آن بررسی و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌ها، ۰/۸۵ به دست آمده است. روایی ملاکی آن با پرسش‌نامه استرس ادراک شده بررسی شد[۴۷] و ضریب همبستگی استحکام روانی با استرس، ۰/۵۸- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمد [۴۸]. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با آلفای کرونباخ بررسی شد و ضرایب برای چالش ۰/۷۵، تعهد ۰/۸۱، کنترل هیجان ۰/۹۱، کنترل زندگی ۰/۸۶، اعتماد به توانایی‌های خود ۰/۸۰، اعتماد بین‌فردی ۰/۷۶ و کل پرسش‌ها ۰/۹۲ به دست آمد.

**سیاهه خلاقیت هیجانی (ECI)[1]**

این سیاهه شامل ۳۰ پرسش است که با ۴ خرده مقیاس، آمادگی هیجانی[2]، نوآوری[3]، اثربخشی[4]، اصالت[5] را را اندازه‌گیری می‌کند [۴۹]. نمره‌گذاری در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است، به این صورت که کاملاً موافقم ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، تا اندازه‌ای ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۵۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده خلاقیت هیجانی بالاتر در فرد پاسخ‌دهنده است. پرسش‌های ۱۱، ۲۰ و ۲۹ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. سازندگان برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند و ضرایب پایایی برای آمادگی ۰/۸۰، اثربخشی ۰/۸۹، اصالت ۰/۸۰، نوآوری ۰/۸۵ و کل پرسش‌های ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند[۴۸]. در ایران پایایی آن را با آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ و ضریب گاتمن ۰/۸۸ به دست آورده‌اند [۵۰] و روایی ملاکی(هم‌زمان) آن با صفات تاریک شخصیت [۵۱] بررسی شد و ضرایب همبستگی پیرسون خلاقیت هیجانی با خودشیفتگی ۰/۴۷- ، ماکیاولیسم ۰/۵۲- و جامعه‌ستیزی ۰/۶۱ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است [۵۲]. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت و ضرایب برای آمادگی هیجانی ۰/۸۰، نوآوری ۰/۷۲، اثربخشی ۰/۷۱، اصالت ۰/۸۳ و کل پرسش‌های آن ۰/۹۳ به دست آمد.

**مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS)[6]**

این مقیاس شامل ۲۲ پرسش است و سه خرده مقیاس برروزدادن[7] (انعکاس)، در فکر فرورفتن (غرق‌شدگی)[9] و افسردگی[8] را اندازه‌گیری می‌کند [۵۳]. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است به این صورت که هرگز ۱ نمره، به‌ندرت ۲ نمره، گاهی ۳ نمره و همیشه ۴ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات آن از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است و نمرات بالاتر با نشخوار فکری بالاتر همراه است. این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و روایی محتوایی آن تأیید شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی آن در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ محاسبه شده است [۵۴]. در تحقیقات جدیدتر در ایران پایایی آن با آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ به دست آمده است [۵۵] و روایی ملاکی(هم‌زمان) آن با فرم کوتاه پرسش‌نامه ترومای کودکی [۵۶] بررسی شد و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است[۵۷]. همچنین، مطالعات انجام شده در خارج کشور آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۰ محاسبه کرده‌اند [۵۸] و روایی ملاکی (هم‌زمان) آن با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس [۵۹] بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷۴ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است [۶۰]. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای برروزدادن ۰/۸۲، در فکر فرورفتن ۰/۷۳، افسردگی ۰/۸۹ و کل پرسش‌ها، ۰/۹۶ به دست آمد.

**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[9] استفاده شد.

1 . Emotional Creativity Inventory (ECI)
2. Emotional Readiness
3. Innovation
4. Efficacy
5. Originality

6 . Ruminative Response Scale (RRS)
7. Brooding
8. Depression
9. Structural Equation Model (SEM)

نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۹ و برنامه AMOS نسخه ۲۹ بود.

## یافته‌ها

در این پژوهش ۴۶۰ نفر به پرسش‌های پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند و از بین آن‌ها تعداد ۱۰۰ پاسخ‌نامه به‌عنوان پرت و گمشده شناسایی شد؛ لذا تحلیل بر روی ۳۶۰ نفر صورت گرفت. بر اساس بررسی تحصیلات مادران این نتایج حاصل شد و تعداد ۸۷ نفر (۲۴/۲ درصد) زیر دیپلم، ۱۰۰ نفر (۲۷/۸ درصد) دیپلم، ۸۶ نفر (۲۳/۹ درصد) کارشناسی، ۶۲ نفر (۱۷/۲ درصد) کارشناسی‌ارشد و ۲۵ نفر (۶/۹ درصد) دکترا بودند. میانگین سن مادران ۴۶/۰۹ و انحراف معیار سن ۳/۶۴ بود. میانگین سن نوجوان اوتیسم ۱۲/۹۳ و انحراف معیار سن ۰/۹۵ بود. در جدول شماره ۱ تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش آمده است.

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

| متغیرهای پژوهش | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|---|
| چالش | ۳۶۰ | ۱۷/۷۶ | ۷/۹۷ | ۰/۲۴ | -۱/۵۱ |
| تعهد | ۳۶۰ | ۲۱/۹۶ | ۹/۲۲ | ۰/۳۴ | -۱/۵۰ |
| کنترل هیجان | ۳۶۰ | ۱۷/۷۳ | ۶/۸۸ | -۰/۰۱ | -۱/۲۸ |
| کنترل زندگی | ۳۶۰ | ۱۹/۰۰ | ۷/۰۴ | ۰/۶۸ | -۰/۶۷ |
| اعتماد به توانایی‌های خود | ۳۶۰ | ۲۱/۰۴ | ۹/۲۸ | ۰/۱۵ | -۱/۶۷ |
| اعتماد بین‌فردی | ۳۶۰ | ۱۵/۴۰ | ۷/۴۷ | ۰/۱۴ | -۱/۶۲ |
| نمره کل استحکام روانی | ۳۶۰ | ۱۱۲/۸۹ | ۳۸/۷۳ | ۰/۱۰ | -۱/۴۰ |
| آمادگی هیجانی | ۳۶۰ | ۱۴/۴۸ | ۶/۵۲ | ۰/۶۳ | -۱/۰۱ |
| نوآوری | ۳۶۰ | ۴۰/۵۳ | ۱۳/۲۴ | ۰/۱۹ | -۱/۳۵ |
| اثربخشی | ۳۶۰ | ۱۲/۶۸ | ۵/۶۴ | ۰/۰۲ | -۱/۵۱ |
| اصالت | ۳۶۰ | ۹/۳۷ | ۳/۸۹ | -۰/۳۳ | -۱/۵۲ |
| نمره کل خلاقیت هیجانی | ۳۶۰ | ۷۷/۰۶ | ۲۶/۸۰ | ۰/۰۳ | -۱/۴۱ |
| بروزدادن | ۳۶۰ | ۱۰/۲۴ | ۴/۲۹ | ۰/۴۱ | -۱/۲۷ |
| در فکر فرورفتن | ۳۶۰ | ۱۰/۱۴ | ۴/۴۰ | ۰/۷۵ | -۰/۸۳ |
| افسردگی | ۳۶۰ | ۱۸/۷۱ | ۶/۰۴ | ۰/۸۲ | -۰/۶۳ |
| نمره کل نشخوار فکری | ۳۶۰ | ۳۹/۰۹ | ۱۲/۹۲ | ۰/۵۷ | -۱/۳۴ |
| نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate) | ضریب مردیا: ۱/۹۶ | | | نسبت بحرانی: ۱/۸۵ | |

جدول ۱ ، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. برای سنجش نرمال بودن تک‌متغیره داده‌ها از مقادیر چولگی و کشیدگی استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان‌دهنده نرمال بودن تک‌متغیره توزیع نمرات باشد [۳۸ و ۶۱] که در این پژوهش مقادیر چولگی و کشیدگی در بازه ۲- تا ۲+ قرار داشت. همچنین، برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از «ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا[1]» استفاده می‌شود که مقدار به دست آمده برای ضریب مردیا باید کمتر از ۴ باشد [۳۸ و ۶۲] که بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ مقدار ضریب مردیا ۱/۹۶ به دست آمد که نشان‌دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است. از دیگر مفروضات مدل‌یابی معادلات ساختاری مفروضه استقلال خطاهاست مقدار آمارهٔ دوربین واتسون[2] بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت؛ لذا می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت. مفروضه هم‌خطی چندگانه[3] نیز بررسی و هیچ‌کدام

1. Mardia's Normalized Multivariate Kurtosis Value

Value
2. Durbin-Watson
3. Multicollinearity

هیچ‌کدام از مقادیر آماره تحمل کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ‌کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نبود؛ لذا هم‌خطی چندگانه وجود نداشت. در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۲، ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر این اساس، بین خلاقیت هیجانی با استحکام روانی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (r=۰/۵۸ ،P<۰/۰۱). بین نشخوار فکری با استحکام روانی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱، ۰/۶۲- =r). در ادامه در جدول ۳، ضرایب مستقیم مدل پژوهش گزارش شده است.

**جدول ۲. همبستگی بین متغیرهای پژوهش**

| متغیرهای پژوهش | ۱ | ۲ | ۳ |
|---|---|---|---|
| ۱. استحکام روانی | ۱ | | |
| ۲. خلاقیت هیجانی | ۰/۵۸** | ۱ | |
| ۳. نشخوار فکری | -۰/۶۲** | -۰/۶۰** | 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) |
|---|---|---|---|---|
| خلاقیت هیجانی ← استحکام روانی | ۰/۵۳ | ۰/۰۹ | ۶/۵۴ | ۰/۰۰۱ |
| نشخوار فکری ← استحکام روانی | -۰/۷۳ | ۰/۱۶ | -۱۰/۱۴ | ۰/۰۰۱ |
| خلاقیت هیجانی ← نشخوار فکری | -۰/۶۹ | ۰/۱۴ | -۹/۲۶ | ۰/۰۰۱ |

**جدول ۴. نتایج بوت استروپ خلاقیت هیجانی با میانجی‌گری نشخوار فکری بر استحکام روانی**

| مسیر غیرمستقیم | اثر استاندارد غیرمستقیم | فاصله اطمینان | | معناداری |
|---|---|---|---|---|
| | | حد پایین | حد بالا | |
| خلاقیت هیجانی← نشخوار فکری ← استحکام روانی | -۰/۵۷ | -۰/۴۲ | -۰/۶۵ | ۰/۰۰۱ |

همان‌طور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود ضریب استاندارد و مستقیم خلاقیت هیجانی (β=۰/۵۳ و sig=۰/۰۰۱) و نشخوار فکری (β= -۰/۷۳ و sig=۰/۰۰۱) بر استحکام روانی 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 مسیر میانجی یا غیرمستقیم در جدول ۴، ارائه شده است.

برای تعیین معناداری خلاقیت هیجانی بر استحکام روانی از طریق نقش میانجی نشخوار فکری از روش بوت استروپ استفاده شد. بر اساس جدول ۴، نتایج بوت استروپ بیان شده 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 علّی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود [۶۳]. مطابق نتایج جدول ۴، این قاعده در مورد خلاقیت هیجانی بر استحکام روانی با نقش میانجی نشخوار فکری صدق می‌کند. در جدول شماره ۵ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

در این پژوهش روش برآورد پارامتر، روش حداکثر درست‌نمایی[1] بوده است. بر اساس نتایج شاخص‌های برازش مدل پژوهش همگی مطلوب بودند و شاخص ریشه میانگین مجذور تقریب باید مقدار آن زیر ۰/۰۸ باشد [۶۴، ۶۵ و ۶۶]. همچنین، ریشه میانگین مجذور باقیمانده[2] به‌عنوان تفاوت

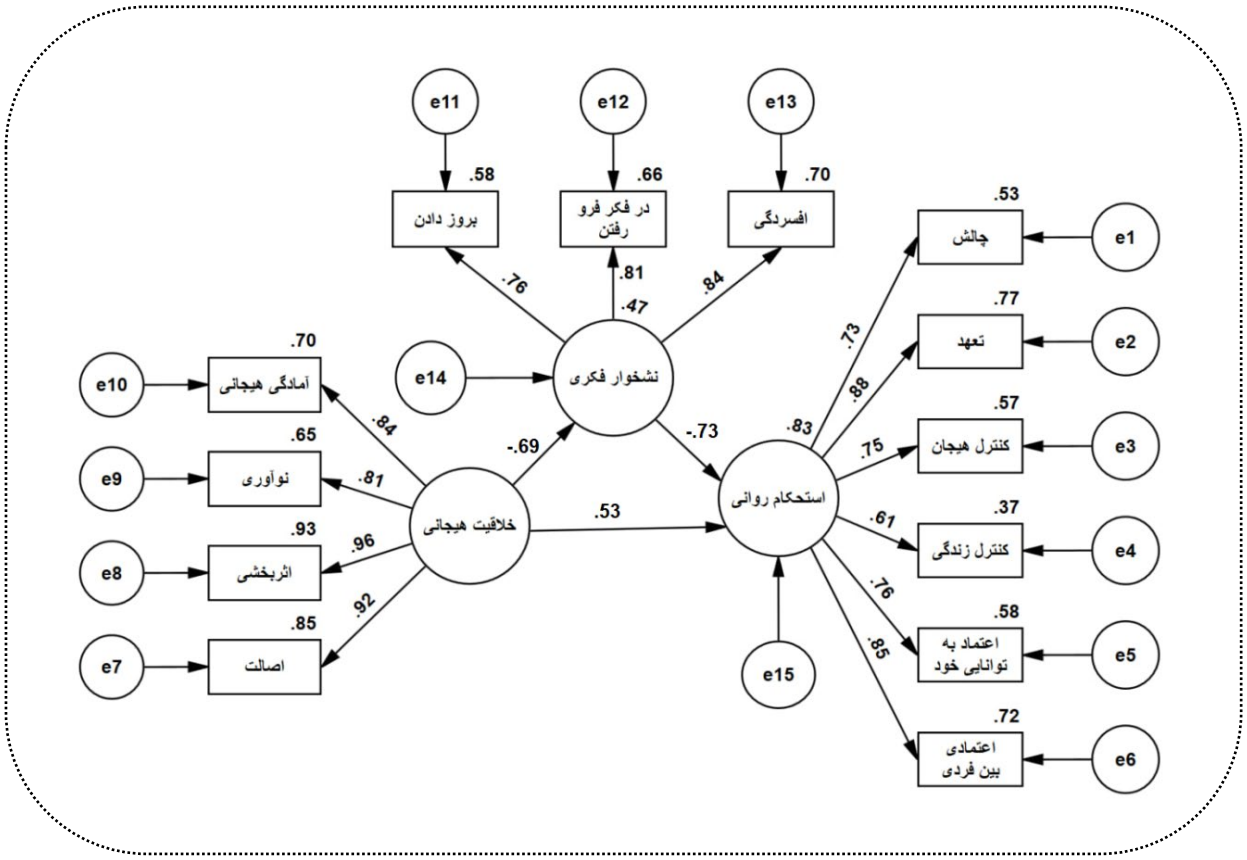
1. Maximum Likelihood Estimation (MLE)
2. Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)

**جدول ۵. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش**

| نوع شاخص | شاخص‌ها | مقدار به دست آمده | مقدار قابل‌قبول |
|---|---|---|---|
| شاخص‌های مطلق | کای اسکوئر هنجار شده (CMIN) | ۱۳۷/۱۷ | - |
| | درجه آزادی | ۶۲ | |
| | CMIN/DF | ۲/۲۱ | کمتر از ۳ |
| | سطح معناداری | ۰/۰۰۱ | - |
| شاخص‌های نسبی | خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) | ۰/۰۶ | کمتر از ۰/۰۸ |
| | شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) | ۰/۰۰۱ | - |
| | ریشه میانگین مجذور باقیمانده (SRMR) | ۰/۰۳ | کمتر از ۰/۰۸ |
| | شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) | ۰/۹۲ | بیشتر از ۰/۹۰ |
| | شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI) | ۰/۹۶ | بیشتر از ۰/۹۰ |
| | شاخص برازش مقتصد (PCFI) | ۰/۶۷ | بیشتر از ۰/۶۰ |
| | شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) | ۰/۷۳ | بیشتر از ۰/۶۰ |
| | شاخص برازندگی افزایشی (IFI) | ۰/۹۲ | بیشتر از ۰/۹۰ |
| | شاخص نیکویی برازش (GFI) | ۰/۹۵ | بیشتر از ۰/۹۰ |
| | شاخص برازش هنجار شده (NFI) | ۰/۹۷ | بیشتر از ۰/۹۰ |

بین همبستگی مشاهده شده و ماتریس همبستگی ضمنی مدل تعریف می‌شود. این شاخص امکان ارزیابی میانگین بزرگی اختلافات بین همبستگی‌های مشاهده شده و موردانتظار را به‌عنوان معیار مطلق معیار برازش (مدل) فراهم می‌کند [۶۷]. اگر مقدار شاخصSRMR کمتر از ۰/۰۸ باشد [۶۸]، یا بر اساس منابع دیگر، مقادیر شاخص SRMR کمتر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده تناسب خوب و مقادیر کمتر یا مساوی ۱۰ نشان‌دهنده تناسب قابل‌قبول هستند [۶۶]. مطابق نتایج، میزان شاخصRMSEA معادل ۰/۰۶ و ریشه میانگین مجذور باقیمانده (SRMR) به میزان ۰/۰۳ به دست آمده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل با داده‌ها برازش بسیار خوبی داشته و متناسب است. همچنین، فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای شاخص RMSEA بین ۰/۰۴۸ و ۰/۰۵۷ قرار دارد که حاکی از وضعیت مطلوب برازش مدل است. شکل ۱ مدل نهایی و برازش شده پژوهش را نشان می‌دهد.

شکل ۱، مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می‌دهد. واریانس تبیین شده استحکام روانی بر اساس خلاقیت هیجانی با نقش میانجی نشخوار فکری برابر با ۸۳ درصد به دست آمده است و این موضوع بیانگر آن است که خلاقیت هیجانی با نقش میانجی نشخوار فکری در مجموع ۸۳ درصد از واریانس استحکام روانی مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم را تبیین می‌کند.




**شکل ۱. مدل نهایی پژوهش**

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل‌یابی استحکام روانی بر اساس خلاقیت هیجانی با نقش میانجی نشخوار فکری مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم انجام شده است. نتایج نشان داد که بین خلاقیت هیجانی و استحکام روانی مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم رابطه مستقیم وجود دارد. بر این اساس، نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی همسویی دارد که نشان داده‌اند، خلاقیت هیجانی به سازگاری فرد با موقعیت‌ها کمک می‌کند و افرادی که خلاقیت هیجانی بیشتری دارند، بهتر می‌توانند هیجانات خود را تنظیم و مدیریت کنند [۲۰ و ۲۱]. همچنین، نتیجه‌ای که غیرهم‌سو با نتایج به دست آمده باشد، یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که خلاقیت هیجانی مبتنی بر نظریه ساختارگرایی اجتماعی[1] در مورد هیجان است و به توانایی فرد در تجربه و بیان ترکیبی بدیع، صادقانه و مؤثر از هیجانات اشاره دارد، به این صورت که خلاقیت هیجانی به افراد کمک می‌کند که در تجربه مؤثر از هیجانات خود مؤثر و توانمند عمل کنند [۱۷]. همچنین، احساس، تفکر و عمل خلاقانه به اصالت و اثربخشی افراد در مواجهه با چالش‌ها، حل مشکلات یا تصمیم‌گیری‌ها کمک می‌کند. تنها ویژگی که توانایی تجربه و ابراز هیجانات را به روشی بدیع، مؤثر و اصیل نشان می‌دهد، خلاقیت هیجانی است [۱۸]؛ بنابراین مادرانی که از میزان خلاقیت هیجانی بیشتری برخوردار باشند به دلیل توانایی بیشتر در درک هیجانات و تمایل بیشتری برای کشف هیجانات از خود بروز می‌دهند [۱۶]. همچنین، خلاقیت هیجانی با افراد کمک می‌کند که بهتر بتوانند هیجانات خود را مدیریت کنند و کسانی که بهتر هیجانات خود را مدیریت می‌کنند، در برابر رویدادهای استرس‌زا و تنیدگی آور پرطاقتی، تاب‌آوری و استحکام روانی بیشتری از خود نشان می‌دهند [۲۱]. اما در مقابل، مادرانی که خلاقیت هیجانی کمتری دارند، ممکن است در حل مسائل و مشکلات

1. Social Constructivist Theory

توانمند عمل نکنند و این شرایط به ضعیف‌تر بودن آنان در مقابله با مشکلات زندگی منجر شود و نتوانند پرطاقتی و استحکام روانی بالاتری از خود نشان دهند. لذا منطقی است گفته شود که بین خلاقیت هیجانی با استحکام روانی مادران نوجوانانِ مبتلا به اوتیسم رابطه مستقیم وجود دارد.

همچنین، نتایج نشان داد که بین نشخوار فکری با استحکام روانی مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم، رابطه مستقیم وجود دارد. بنابراین این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی همسویی دارد که نشان داده‌اند که نشخوار فکری یک فرایند فراشناختی پایدار، مداوم و تکرار شونده است که می‌تواند افراد در برابر رویدادهای استرس‌زا و تنیدگی‌آور تضعیف کند [۲۵]. همچنین، نتیجه‌ای که غیرهم‌سو با نتایج به دست آمده باشد، یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که نشخوار فکری به‌عنوان یک پاسخ شناختی ناسازگارانه توصیف شده است که در آن افراد، بدون جستجوی فعال راه‌حل‌ها، درگیر تفکر منفی مکرر در مورد علائم، علل و پیامدهای وضعیت عاطفی منفی خود می‌شوند [۶۹]. نشخوار فکری یک ویژگی روان‌شناختی پایدار است که با تأمل مداوم و نامطلوب در مورد درد گذشته و شرایط مرتبط با آن مشخص می‌شود و منجر به وخامت در بهزیستی روان‌شناختی و ناتوانی در رهایی از هیجانات منفی می‌شود که به نوبهٔ خود منجر به کاهش علاقه به ارتباطات خارجی و توقف مشارکت در تعاملات اجتماعی مثبت می‌شود. از طریق فرایند نشخوار فکری، والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اوتیسم ممکن است الگوهای متقابل منفی را توسعه دهند که دائماً سرزنش خود و سرزنش دیگران را تشدید می‌کند [۷۰]. به‌طوری که تحقیقات نشان داده است که نشخوار فکری نقش مهمی در تأثیرگذاری بر هیجانات منفی دارد، به‌ویژه در میان والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اوتیسم که تمایل دارند از طریق نشخوار فکری به رویدادهای منفی پاسخ دهند [۶۸]؛ بنابراین مادران نوجوانان مبتلا به اوتیسم که تمایل دارند از طریق نشخوار فکری به رویدادهای منفی، همچون مراقبت از نوجوان مبتلا به اوتیسم، پاسخ دهند، در رهایی از هیجانات منفی ناتوان‌تر عمل می‌کنند و به همین دلیل، پرطاقتی و یا استحکام روانی کمتری از خود نشان می‌دهند؛ لذا منطقی است گفته شود که بین نشخوار فکری با استحکام روانی مادران نوجوانان مبتلا به اوتیسم رابطه مستقیم وجود دارد.

در نهایت، نتایج نشان داد که نشخوار فکری در رابطه بین خلاقیت هیجانی با استحکام روانی مادران نوجوانان مبتلا به اوتیسم نقش میانجی دارد. پژوهشی که نشان داده باشد نشخوار فکری در رابطه بین خلاقیت هیجانی با استحکام روانی مادران نوجوان مبتلا به اوتیسم نقش میانجی داشته باشد، وجود ندارد؛ لذا همسویی و ناهمسویی این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی مشخص نیست. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که خواندن هیجانات خود، همانند هیجانات دیگران، نیازمند آگاهی از این حالات است و شامل توجه به مهارت تشخیص هیجانات متفاوت به‌وسیله تمایزدادن تجربیات روان‌شناختی متفاوت و استفاده از تکه کلام‌های متنوع برای رمزگشائی هیجان‌ها است [۲۰]؛ لذا داشتن خلاقیت هیجانی به مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم کمک می‌کند که با موقعیت‌ها سازگار شوند، صادقانه تجربیات خود را بیان کنند، هیجانات خود را درک کنند و برای کشف هیجانات خود تمایل بیشتری نسبت به دیگران از خود نشان دهند. این خلاقیت هیجانی می‌تواند به مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم کمک کند که کمتر خود را به‌خاطر مشکل فرزندشان سرزنش کنند و خود انتقادی کمتری داشته باشند و هرچه کمتر خود را سرزنش کنند، کمتر نیز از طریق نشخوار فکری به رویدادهای منفی پاسخ می‌دهند. این نشخوار فکری کمتر باعث می‌شود که آنان در برابر چالش‌های مراقبت از فرزند مبتلا به اوتیسم استحکام، پرطاقتی و پایداری روان‌شناختی بهتری از خود نشان دهند؛ لذا منطقی است گفته شود که نشخوار فکری در رابطه بین خلاقیت هیجانی با استحکام روانی مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم نقش میانجی دارد.

## محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

تحقیق حاضر دارای چندین محدودیت بود. ابتدا، این مطالعه یک طرح مقطعی بود. بنابراین، مطالعات آینده می‌توانند طرح‌های تجربی یا طولی را برای کشف رابطه بین متغیرها اتخاذ کنند. داده‌ها تنها با استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شد. اگرچه اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه‌ها به‌خوبی ثابت شده است، سوگیری

پاسخ یا پاسخ‌های اجتماعی مطلوب ممکن است در مطالعه حاضر وجود داشته باشد. شرکت‌کنندگان این مطالعه نمونه‌هایی از مادران نوجوانان مبتلا به اوتیسم شهر تهران بودند؛ بنابراین کاربرد بین فرهنگی نتایج محدود است. باتوجه‌به اینکه این پژوهش در بین مادران نوجوانان مبتلا به اوتیسم صورت پذیرفته است، مطالعات آینده می‌تواند داده‌ها را از نمونهٔ پدران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم نیز جمع‌آوری کند تا بتوان به شناخت بیشتری درباره عوامل مؤثر بر استحکام روانی والدین این نوجوانان دست پیدا کرد. نتایج پژوهش حاضر دارای کاربردهای نظری و عملی است. از لحاظ نظری، این مطالعه با استفاده از یک مدل میانجیگری ممکن است به درک سازوکارهای دخیل و تأثیرگذار بر استحکام روانی کمک کند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خلاقیت هیجانی و نشخوار فکری عوامل کلیدی برای پیش‌بینی استحکام روانی مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم هستند. می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با بهبود خلاقیت هیجانی و پایین آوردن میزان نشخوار فکری با کمک روان‌شناسان و مشاوران می‌توان میزان پرطاقتی و استحکام روانی مادران دارای نوجوان مبتلا به اوتیسم را بهبود بخشد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچ‌گونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است. همچنین، این پژوهش دارای شناسه اخلاق IR.IAU.SEMNAN.REC.1404.025 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان است.

### حامی مالی

این مقاله هیچ‌گونه حمایت سازمانی و خصوصی نداشته است.

### سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان (مادران دارای نوجوانان اوتیسم) که در پژوهش شرکت کردند. همچنین، مسئولان مراکز مشاوره و روان‌شناسی که برای به‌ثمررسیدن این پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

1- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

2- Mendes M, Chen DZ, Engchuan W, Leal TP, Thiruvahindrapuram B, Trost B, Scherer SW. Chromosome X-wide common variant association study in autism spectrum disorder. *The American Journal of Human Genetics*. 2025; 112(1): 135-153. https://www.cell.com/ajhg/abstract/S0002-9297(24)00417-8

3- Prynda M, Pawlik AA, Emich-Widera E, Kazek B, Mazur M, Niemczyk W, Wiench R. Oral Hygiene Status in Children on the Autism Spectrum Disorder. *Journal of Clinical Medicine*. 2025; 14(6): 1-15. doi:10.3390/jcm14061868

4- Khaliulin I, Hamoudi W, Amal H. The multifaceted role of mitochondria in autism spectrum disorder. *Molecular psychiatry*. 2025; 30(2): 629-650. doi:10.1038/s41380-024-02725-z

5- Wang T, Ma PH, Ge H, Sun Y, Kwok TO, Liu X, Zhang W. The use of gamified interventions to enhance social interaction and communication among people with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2025; 1 (1): 1-10. doi:10.1016/j.ijnurstu.2025.105037

6- Estes A, Olson E, Sullivan K, Greenson J, Winter J, Dawson G, Munson J. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain and Development*. 2013; 35(2): 133-138. doi:10.1016/j.braindev.2012.10.004.

7- Almendingen A, Pilkington P. Parenting self-efficacy and psychological distress in parents of children with an autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2024; 54(7): 2604-2614. doi:10.1007/s10803-023-05939-2

8- Akdağ B, Arıcı Gürbüz A, Çeltik SÖ, Yazıcı Kopuz H, Bozduman Çelebi S, Gül ME. Self-stigma as a moderator in the relationship between social media addiction and psychological distress among parents of children with autism spectrum disorder. *Middle East Current Psychiatry*. 2025; 32(1): 32-42. doi:10.1186/s43045-025-00526-w

9- Özcan CT, Oflaz F, Türkbay T, Clevenger SMF. The effectiveness of an interpersonal cognitive problem-solving strategy on behavior and emotional problems in children with attention deficit hyperactivity. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2013; 50(3): 244. doi:10.4274/npa.y6455.

10- Sharifian P, Kuchaki Z, Shoghi M. Effect of resilience training on stress, hope and psychological toughness of mothers living with mentally and physically disabled children. *BMC pediatrics*. 2024; 24(1): 354-374. doi:10.1186/s12887-024-04828-6

11- Yarayan YE, Solmaz S, Aslan M, Batrakoulis A, Al-Mhanna SB, Keskin K. Sex differences in athletic performance response to the imagery and mental toughness of elite middle-and long-distance runners. *Sports*. 2024; 12(6): 141-152. doi:10.3390/sports12060141

12- Duva IM, Murphy JR, Grabbe L. A nurse-led, well-being promotion using the Community Resiliency Model, Atlanta, 2020–2021. *American Journal of Public Health*. 2022; 112(S3): 271-274. doi:10.2105/AJPH.2022.306821

13- Jiang Y, Wang X. The effects of physical activity on social physique anxiety in college students—the mediating and moderating role of mental toughness and negative physical self. *BMC psychology*. 2025; 13(1): 1-11. doi:10.1186/s40359-025-02377-w

14- Yousefi F, Bakhtiar Pour S, Makvandi B, Naderi F. Comparing Mental Strength, Cognitive Flexibility, and Mental Health in the Mothers of Exceptional Children with High and Low Parental Stress. *Journal of Disability Studies*. 2021; 1(1): 209-219. https://jdisabilstud.org/browse.php?a_id=2348&sid=1&slc_lang=fa **[In Persian]**

15- Kuška M, Trnka R, Mana J, Nikolai T. Emotional creativity: A meta-analysis and integrative review. *Creativity Research Journal*. 2020; 32(2): 151-160. doi:10.1080/10400419.2020.1751541

16- Elisondo RC, Soroa G, Flores B. Leisure activities, creative actions and emotional creativity. *Thinking skills and Creativity*. 2022; 45 (1): 1-10. doi:10.1016/j.tsc.2022.101060

17- Martsksvishvili K, Abuladze N, Sordia N, Neubauer A. Emotional creativity inventory: Factor structure, reliability, and validity in a Georgian speaking population. *Problems of Psychology in the 21st Century*. 2017; 11(1): 31-41. https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=1057370

18- Soroa G, Gorostiaga A, Aritzeta A, Balluerka N. A shortened Spanish version of the Emotional Creativity Inventory (the ECI-S). *Creativity Research Journal*. 2015; 27(2): 232-239. doi:10.1080/10400419.2015.1030313

19- Ivcevic Z, Brackett MA, Mayer JD. Emotional intelligence and emotional creativity. *Journal of personality*. 2007; 75(2): 199-236. doi:10.1111/j.1467-6494.2007.00437.x

20- Averill JR. Individual differences in emotional creativity: Structure and correlates. *Journal of Personality*. 1999 (2): 331-371. doi:10.1111/1467-6494.00058

21- Thomson P, Jaque SV. Creativity, emotion regulation, and maladaptive daydreaming. *Creativity Research Journal*. 2025; 37(1): 94-103. doi:10.1080/10400419.2023.2230022

22- Lam CY, Saunders JA. Relationship Between Creativity and Depression: The Role of Reappraisal and Rumination. *Collabra: Psychology*. 2024; 10(1): 1-10. doi:10.1525/collabra.122515

23- Xu Y, Shao J, Zeng W, Wu X, Huang D, Zeng Y, Wu J. Depression and creativity during COVID-19: psychological resilience as a mediator and deliberate rumination as a moderator. *Frontiers in psychology*. 2021; 12 (1): 1-10. doi:10.3389/fpsyg.2021.665961

24- Wang J, Wang T, Cheng Y. The Moderating Role of Ruminative Response Styles on Stress and Anxiety Dimensions in Individuals with Negative Inferential Styles: A Multi-Wave Longitudinal Analysis. International *Journal of Cognitive Behavioral Therapy*. 2025; 1(2): 1-18. doi:10.1007/s41811-025-00240-9

25- Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*. 2003; 27(3): 261-273. doi:10.1023/A:1023962332399

26- Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(2): 116-128. doi:10.1016/j.cpr.2008.10.003

27- Teismann T, Het S, Grillenberger M, Willutzki U, Wolf OT. Writing about life goals: Effects on rumination, mood and the cortisol awakening response. *Journal of Health Psychology*. 2014; 19(11): 1410-1419. doi:10.1177/1359105313490774

28- Gebhardt WA, Van Der Doef MP, Massey EK, Verhoeven CJM, Verkuil B. Goal commitment to finding a partner and satisfaction with life among female singles: The mediating role of rumination. *Journal of health psychology*. 2010; 15(1): 122-130. doi:10.1177/1359105309346212

29- Calvete E, Orue I, Hankin BL. Cross-lagged associations among ruminative response style, stressors, and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2015; 34(3): 203-220. doi:10.1521/jscp.2015.34.3.203

30- Du X, Gao S, Huang T, Liang J, Xiao X. "Out of sight out of mind": attentional characteristics in mothers who have children with autism. *BMC Women's Health*. 2025; 25 (1): 53-73. doi:10.1186/s12905-024-03534-w

31- Daulay N, Daulay H, Rohman F. Religious coping of Muslim mothers of children with autism spectrum disorder in Indonesia. *Journal of Disability & Religion*. 2025; 29(1), 33-50. doi:10.1080/23312521.2024.2372021

32- Ameri H, Noferesti A, Tavakol K. Effects of mindful self-compassion training on improving the sense of self-criticism and shame in mothers of children with autism spectrum disorder. *Current Psychology*. 2025; 1(2): 1-11. doi:10.1007/s12144-024-07141-8

33- Zheng HY, Sun M, LÜ J, Qiu FB, LI AQ, Xia C. Current Situation Analysis of Care Support Needs in Children with Disabilities: from a Comprehensive Rehabilitation Perspective. *Chinese Journal of Rehabilitation Theory and Practice*. 2021; 1(2): 1117-1126. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-905153

34- Smith LE, Hong J, Seltzer MM, Greenberg JS, Almeida DM, Bishop SL. Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2010; 40 (1): 167-178. doi:10.1007/s10803-009-0844-y

35- Elemo AS, Can E. Depression and psychological help-seeking attitude among Turkish mothers of children with autism: problem-focused coping as a mediator. *Psychology, health & medicine*. 2025; 30(3): 540-554. doi:10.1080/13548506.2024.2440655

36- Zahid A, Batool S, Arif MB, Mustafa S. Perceived Stress and Anxiety among Parents of Children with Autism: A Quantitative Study of a Pakistani Cohort. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*. 2025; 13(1): 83-87. doi:10.52131/pjhss.2025.v13i1.2638

37- Nahar S, Zambelli Z, Halstead, EJ. Risk and protective factors associated with maternal mental health in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*. 2022; 131 (1): 1-10. doi:10.1016/j.ridd.2022.104362

38- Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications*. 2023, https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-Kline/9781462551910

39- Minaei A, Nazeri S. Psychometric properties of the Gilliam Autism Rating Scale–Third Edition (GARS-3) in individuals with autism: A pilot study. *Journal of Exceptional Children*. 2018; 18 (2): 113-122. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.16826612.1397.18.2.10.9 **[In Persian]**

40- Gorji R, Hassanzadeh S, Ghasemzadeh S, GholamAli Lavasani M. Sensitivity, Specificity, and Accuracy of the Persian Version of 3rd Edition of the Gilliam Autism Rating Scale (GARS- 3): A Descriptive Study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2021; 20 (9): 989-1002. http://dx.doi.org/10.52547/jrums.20.9.989 **[In Persian]**

41- Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles. University of Vermont*, Research Center for Children, Youth & Families. 2001. https://cir.nii.ac.jp/crid/1571698599245104896

42- Yang, C, J. Q., Yi, L. X., Rong, Y., & Jia, S. J. (2024). Psychometric Properties of the Chinese Version of the Gilliam Autism Rating Scale-(CV-GARS-3). *Journal of Autism and Developmental Disorders*.2024; 1(2): 1-14.

43- Clough P, Earle K, Sewell D. Mental toughness: The concept and its measurement. *Solutions in sport psychology*. 2002; 1 (1): 32-46. https://www.researchgate.net/publication/313119986_Mental_toughness_The_concept_and_its_measurement

44- Pilevar Mohammadabadi N, Vaez Mousavi M, Balali M, Maleki B. The relationship between mental toughness with decision-making accuracy: The mediating role of gender. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023; 10 (3): 43-53. http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.3.43 **[In Persian]**

45- Thienot E, Jackson B, Dimmock J, Grove JR, Bernier M, Fournier JF. Development and preliminary validation of the mindfulness inventory for sport. *Psychology of Sport and Exercise*. 2014; 15 (1): 72-80. doi:10.1016/j.psychsport.2013.10.003

46- Ariapooran S, Mousavi SV. Corona Disease Anxiety in Bodybuilding Athletes: The Role of Sport Mindfulness and Mental Toughness. *Sport Psychology Studies*. 2022; 11 (39): 221-244. doi:10.22089/spsyj.2021.10375.2147 **[In Persian]**

47- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C, Andreoli A. Development of the perceived stress questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*. 1993; 37 (1): 19–32. doi:10.1016/0022-3999 (93)90120-5

48- Senn R, Rigotti V, Sadeghi-Bahmani D, Stanga Z, Ülgür II, Blais RK, Brand S. Associations between Insomnia Severity, Perceived Stress, Mental Toughness, Dark Triad Traits, and Organizational Citizenship Behavior among Cadets of the Swiss Armed Forces. *Behavioral Sleep Medicine*. 2025; 1 (1): 1-18. doi:10.1080/15402002.2024.2441792

49- Averill JR, Thomas-Knowles C, Strongman KT. International review of studies on emotion. *Emotional Creativity*. 1991; 269-299. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.304

50- Boveiri I, Talebzadeh Shoushtari M, Dashtbozorgi Z. Designing the model of self-directed learing on the basis of emotional creativity, critical thinking disposition and academic buoyancy through mediation of achievement motivation. *Journal of Psychological Science*. 2024; 23(137): 111-131. http://dx.doi.org/%2010.52547/JPS.23.137.1107 **[In Persian]**

51- Jonason PK, Webster GD. The dirty dozen: A concise measure of the dark triad. *Psychological Assessment.* 2010; 22(2): 420–432. doi:10.1037/a0019265

52- Abedinzadeh M, Haghayegh SA, Gorgi Y, Reisi Z. Structural Modeling of Risky Behaviors According to Cerebral-Behavioral Systems and the Dark Triad of Personality with the Mediation of Emotional Creativity in Secondary high School Students. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2023; 17(68): 169-180. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15347.html?lang=fa **[In Persian]**

53- 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; 61(1): 115–121. doi:10.1037/0022-3514.61.1.115

54- Asadi P, Farhadi H, Golparvar M. Effectiveness of Psychological Empowerment Package on the Psychological Wellbeing and Rumination of the Parents of the Children with Cancer. *Empowering Exceptional Children*. 2021; 12(1): 84-94. doi:10.22034/ceciranj.2021.246311.1443 **[In Persian]**

55- Jamshidi Bourkhani Z, Imani S, Jafari A, Ghamari M. Compare of the Effectiveness of Psychodrama Therapy and Hold-Me-Tight Relationship-Education Program on Rumination and Psychological Symptoms of Women Affected by Marital Infidelity. *Clinical Psychology and Personality*. 2025; 23(1): 61-76. doi:10.22070/cpap.2024.19174.1553 **[In Persian]**

56- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003; 27(2): 169-190. doi:10.1016/s0145-2134(02)00541-0

57- Chaychi R, Moheb N, Causal Relationship Between Attachment Styles and Rumination in Teenagers with Self-injurious Behaviors: Mediating Role of Childhood Trauma. IJRN. 2025; 11 (2): 99-108. https://ijrn.ir/article-1-889-fa.html **[In Persian]**

58- Zheng S, Shen Y, Geng F, Ye M, Song S, Wang R, Zhou X. Effects of eye movement desensitisation and reprocessing on depressive symptoms, stress and rumination in adolescents with depression: a randomised controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025; 16(1): 1-15. doi:10.1080/20008066.2025.2488558

59- Lovibond SH, Lovibond PF. Depression Anxiety Stress Scales (DASS--21, DASS--42) [Database record]. *APA PsycTests*. 1995. doi:10.1037/t01004-000

60- Shao X, Dong Z, Zhang S, Qiao Y, Zhang H, Guo H. The relationship between negative emotions and adjustment disorder in young adults: the mediating role of rumination and insomnia. *Frontiers in Psychiatry*. 2025; 16 (1): 1-10. doi:10.3389/fpsyt.2025.1474108

61- Veisi S, Kashefi F, Imani S. Fittness the Causal-Structural Relationships of Successful Intelligence with Wisdom with the Mediation of Musical Intelligence in Piano Players. *Social Psychology Research*. 2024; 14 (54): 1-14. doi:10.22034/spr.2024.424119.1877 **[In Persian]**

62- Veisi S, Kordnoghabi R, Imani S., Kashefi F. Psychometric Properties of the Persian Version Abbreviated Wisdom Scale in Iranian Adults. *Journal of Applied Psychological Research*. 2024; 1(1): 1-10. doi:10.22059/japr.2024.361950.644670 **[In Persian]**

63- Kordnoghabi R, Veisi S. Developing a Model of Wisdom Based on Successful Intelligence and Psychological Well-Being in Students: The Mediating Role of Creativity. *Positive Psychology Research*. 2024; 10 (3): 29-50. doi:10.22108/ppls.2025.139681.2473 **[In Persian]**

64- Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. *Sage publications*. 2016. https://psycnet.apa.org/record/2013-39233-000

65- Ringle CM, Sarstedt M, Mitchell R, Gudergan, SP. Partial least squares structural equation modeling in HRM research. *The international journal of human resource management*. 2020; 31 (12): 1617-1643. doi:10.1080/09585192.2017.1416655

66- Aldhmadi BK, Kumar R, Perera B, Algarni M. Examining factor structure and psychometric properties of Ethical Leadership Questionnaire with Healthcare Professionals in Saudi Arabia. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2025; 41 (1): 101-106. doi:10.12669/pjms.41.1.10861

67- Henseler J, Dijkstra TK, Sarstedt M, Ringle, CM, Diamantopoulos A, Straub DW, Calantone RJ. Common beliefs and reality about PLS: Comments on Rönkkö and Evermann (2013). *Organizational research methods*. 2014; 17 (2): 182-209. doi:10.1177/1094428114526928

68- Kabul EG, Aksoy CC, Calik BB. The validity of Turkish version of Social Frailty Index in older adults: An index of social attributes predictive of mortality. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2025; 60 (2): 1-10. doi:10.1016/j.regg.2024.101556

69- Xu L, Song L, Xiong Z, Chen J. The relationship between perceived social support and rumination among parents of children with autism: moderating effect of the degree of intervention received by children. *Frontiers in Psychiatry*. 2024; 15 (1): 1-10. doi:10.3389/fpsyt.2024.1340046

70- Olsson I, Hagekull B, Giannotta F, Åhlander C. Adolescents and social support situations. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2016; 57(3): 223-232. doi:10.1111/sjop.12282

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۸۴-۱۶۹**
DOI: 10.22070/cpap.2026.21391.1860

**مقاله پژوهشی**

# رشد پس‌آسیبی در مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی ذهنی: نقش شخصیت با میانجی‌گری خودشفقتی

**نویسندگان**

**الهه اسلمی** [1*]

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

**چکیده**

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی‌گری خودشفقتی در رابطه میان پنج عامل بزرگ شخصیت (برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و باوجدان بودن) و رشد پس‌آسیبی در مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی ذهنی انجام شد.

**روش:** طرح پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری، شامل مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی ذهنی در استان فارس بود که ۳۰۰ نفر از آن‌ها به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده، شامل پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیت نئو، مقیاس خودشفقتی نف و پرسش‌نامه رشد پس‌آسیبی تدسکی و کالهون بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری PLS تحلیل شدند.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد میان گشودگی به تجربه (β= ۰/۴۱۷)، برون‌گرایی (β=۰/۲۹۸)، توافق‌پذیری (β= ۰/۲۱۷) و باوجدان بودن (β=۰/۳۲۹) با خودشفقتی، رابطه مثبت و معنادار و میان روان رنجورخویی (β=-۰/۳۳۹) و خودشفقتی، رابطه منفی و معنادار وجود دارد. همچنین، میان گشودگی به تجربه (β=۰/۳۳۹)، برون‌گرایی (β=۰/۳۱۷)، توافق‌پذیری (β=۰/۳۲۴) و باوجدان بودن (β=۰/۲۸۶) با رشد پس‌آسیبی رابطه مثبت و معنادار و میان روان‌رنجورخویی (β=-0/257) و رشد پس‌آسیبی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. خودشفقتی در رابطه با پنج عامل بزرگ شخصیت (برون‌گرایی (Z= ۳/۵۹)، روان‌رنجورخویی (Z = ۳/۳۹)، گشودگی به تجربه (Z =۳/۷۷)، توافق‌پذیری (Z = ۲/۶۹) و باوجدان بودن (Z =۲/۷۵)) با رشد پس‌آسیبی، نقش میانجی را ایفا کرد. مطابق یافته‌ها، نقش میانجی خودشفقتی در رابطه گشودگی به تجربه با رشد پس‌آسیبی در مقایسه با سایر صفات شخصیت، معنادارتر بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، ارتقای خودشفقتی می‌تواند به عنوان یک راهبرد مداخله‌ای مؤثر در برنامه‌های روان‌شناختی و حمایتی برای مادران دارای فرزند با شرایط دشوار فرزندپروری مدنظر قرار گیرد.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۱/۰۳

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۶/۱۸

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

پنج عامل بزرگ شخصیت، خودشفقتی، رشد پس‌آسیبی، ناتوانی ذهنی

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

aslami.e@pnu.ac.ir

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۸۴-۱۶۹
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 169-184

**مقدمه**

پدیده ناتوانی یک واقعیت انکارناپذیر و یکی از پیچیده‌ترین و دشوارترین مسائل برای کودکان و نوجوانان در جامعه امروزی است که تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. یک نوع از این ناتوانی‌ها، ناتوانی ذهنی[1] است که در دسته اختلالات عصبی رشدی[2] قرار می‌گیرد. این طبقه، براساس عملکرد عقلانی و عملکرد انطباقی یا سازشی، سنجیده می‌شود. از ویژگی‌های ناتوانی ذهنی می‌توان به نقص در عملکرد ذهنی (شامل توانایی های شناختی مانند استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری دانشگاهی و یادگیری از تجربه) و نقص در عملکرد انطباقی (فرد در انجام وظایف روزمره زندگی مانند استقلال شخصی و مسؤلیت‌پذیری اجتماعی دچار مشکل شود) اشاره کرد، در ضمن این مشکلات باید از کودکی یا اوایل نوجوانی شروع شده باشد [۱].

تولد یک کودک مبتلا به ناتوانی ذهنی، منبع استرس برای والدین در تمامی‌سنین و شرایط محسوب می‌شود. به‌طور خاص، تولد و حضور یک کودک دارای ناتوانی تأثیر عمیق‌تر و بیشتری بر خانواده دارد و فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از وجود خانواده چندین برابر یک کودک سالم است [۲]. پرورش کودکان دارای ناتوانی چالش‌های متعددی را به همراه دارد. والدین این کودکان با مراقبت‌های طولانی‌مدت، هزینه‌های اضافی پزشکی و احساس شرمساری مواجه می‌شوند و همچنین به دلیل مراقبت‌های ویژه از کودک، درگیر تعارضات جسمی و روانی می‌شوند [۳]. همچنین، مادران کودکان دارای ناتوانی، به عنوان مراقبان اصلی، مسئولیت بیشتری برعهده دارند و احتمال بیشتری دارد که نسبت به پدران، در معرض فشارهای مراقبتی بیشتری قرار گیرند [۴]. مادر نخستین فردی است که ارتباط مستقیمی با کودک دارد و در مواجهه با فرزند دارای ناتوانی خود احساسات مختلفی از جمله احساس گناه، احساس شکست در دست‌یابی به اهداف زندگی و گاهی حمایت بیش از حد از کودک را تجربه می‌کند که پاسخی به این تنش عصبی است. انجام اقدامات پزشکی تهدیدکننده زندگی، علائم شدید در کودکان (مانند تشنج) و رفتارهای چالش‌برانگیز کودک (مانند خودآزاری یا پرخاشگری)، اتفاقات بالقوه آسیب‌زایی هستند که مراقبان با آن‌ها مواجه می‌شوند. در نتیجه، این والدین در معرض خطر بیشتری برای تجربه استرس پس از سانحه قرار دارند [۵]. با این حال، اخیراً، محققان نشان داده‌اند که تجربیات مادران در تربیت کودکان دارای ناتوانی ممکن است منجر به تغییرات مثبتی مانند رشد مثبت، احساس امید، ارزیابی مجدد زندگی روزمره و افزایش ایمان یا تمایلات معنوی شود [۶] در میان این تغییرات مثبت، رشد پس‌آسیبی[3] توجه بسیاری از محققان و پزشکان را به خود جلب کرده است. رشد پس‌آسیبی به عنوان نتیجه مبارزه با رویدادهای آسیب‌زا و انطباق با رویدادهای آسیب‌زا یا تغییرات عمیق زندگی تعریف می‌شود و شامل پنج بُعد موقعیت‌های جدید، روابط بین‌فردی، قدردانی از زندگی، قدرت شخصی و تغییر معنوی است [۷]. شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد تولد یا بزرگ کردن کودکی با ناتوانی رشدی منجر به تغییرات مثبت می‌شود و ممکن است زندگی والدین را در مقایسه با قبل از تولد کودک غنی‌تر کند [۵]. مادرانی که ناتوانی فرزند خود را می‌پذیرند، حتی برای تغییرات کوچک رشدی با حفظ انتظارات خود بر اساس سطح رشد کودک و سازگاری با واقعیت، احساس شادی و قدردانی می‌کنند و در نتیجه بر سایر اعضای خانواده تأثیر مثبت می‌گذارند. همچنین، آن‌ها افزایش عمق بین فردی، مانند درک عمیق اعضای خانواده، افزایش تحمل نسبت به دیگران و احساس روشنی از اهداف زندگی را تجربه می‌کنند [۸]. بر این اساس شناسایی عواملی که می‌توانند منجر به تغییرات مثبت شوند، ضروری است.

به نظر نمی‌رسد رشد منحصراً به عنوان یک پاسخ مستقیم به تروما رخ دهد. درعوض، عوامل قبل از آسیب ممکن است در ایجاد رشد پس‌آسیبی نقش داشته باشند. برای جداسازی این عوامل بالقوه برای کاربرد تجربی و بالینی آن‌ها، تحقیقات به طور فزاینده‌ای به دنبال درک مسیرهایی است که از طریق آن رشد پس‌آسیبی توسعه می‌یابد، مطالعات چندین عامل حمایت کننده از رشد پس‌آسیبی مانند ویژگی‌های شخصیتی [۹] و خودشفقتی [۱۰] را نشان داده‌اند.

1 . Intellectual Disability
2 . Neurodevelopmental Disorders
3 . Posttraumatic Growth

در این پژوهش منظور از ویژگی‌های شخصیتی پنج عامل بزرگ شخصیت است که شامل گشودگی در برابر تجربه[1] (تمایل به علاقه‌مندی به موقعیت‌ها و تجربیات جدید، نشان دهنده تمایل به کنجکاوی فکری، تخیل، خلاقیت و پذیرش ایده‌های جدید)، توافق‌پذیری[2] (گرایش به همدلی، نوع‌دوستی، اعتماد و تمایل به همکاری)، وظیفه‌شناسی[3] (گرایش به مسئولیت‌پذیری، خودکنترلی، خودانضباطی، پشتکار، تمایل به برنامه‌ریزی و پیگیری اهداف و توانایی حل موفقیت‌آمیز مشکلات)، برون‌گرایی[4] (گرایش به تعامل اجتماعی، هیجان‌خواهی و انرژی مثبت) و روان‌رنجورخویی[5] (گرایش به تجربه احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم) است [۱۱]. تحقیقات تدسکی و کالهون [۷] که به بررسی رشد پس‌آسیبی و ویژگی‌های شخصیتی پرداخته‌اند نشان دادند که گشودگی در برابر تجربه و برون‌گرایی ارتباط متوسط و مثبتی با رشد پس‌آسیبی دارند. علاوه بر این، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی نیز به طور مثبت با رشد پس‌آسیبی مرتبط است [۱۲]. رابطه بین روان‌رنجورخویی و رشد پس‌آسیبی حاکی از یک رابطه منفی بوده است [۱۳]. تجزیه و تحلیل چند متغیره دراپو و همکاران [۱۴] هیچ ارتباط معنی‌داری بین هیچ یک از پنج عامل و رشد پس‌آسیبی مشاهده نکرد. به این ترتیب، کاوش بیشتر در مورد شخصیت و رشد پس‌آسیبی ضروری است.

نظریه‌پردازان مکانیسم‌های بالقوه‌ای را در مورد چگونگی تسهیل رشد پس‌آسیبی از طریق فرآیندهای شناختی پیشنهاد کرده‌اند [۱۵]. شفقت به خود[6]، نگرش مراقبت دلسوزانه از خود و در مواجهه با رنج است و یکی از فرآیندهای شناختی است که بر پردازش شناختی تأثیر دارد و رشد پس‌آسیبی را تسهیل می‌کند. سه مؤلفه مهربانی با خود (در مقابل خود قضاوتی)، انسانیت مشترک (در مقابل انزوا) و ذهن‌آگاهی (در مقابل شناسایی بیش از حد) در شفقت به خود وجود دارد. مهربانی با خود به تمایل به درک و مراقبت از خود به جای قضاوت اشاره دارد. نحوه درک انسانیت مشترک مستلزم شناخت این است که شکست، اشتباهات و مشکلات در زندگی افراد عادی است. ذهن‌آگاهی به آگاهی از تجارب لحظه حال به صورت متعادل اشاره دارد [۱۶]. به نظر می‌رسد مطالعات موجود نشان می‌دهد که شفقت به خود یک عامل محافظتی برای سازگاری با تروما است. در مطالعه لیو و همکاران [۱۷] این احتمال وجود دارد که شفقت به خود نیز با سطوح بالاتر رشد پس‌آسیبی همراه باشد.

مبانی نظری و ادبیات موجود، تحقیقات محدودی درخصوص روابط علّی رشد پس‌آسیبی بر اساس پنج عامل بزرگ شخصیت با میانجی‌گری خودشفقتی در مادران دارای کودکان دچار ناتوانی‌های ذهنی نشان می‌دهد. با توجه به این داده‌ها، مطالعه حاضر به شناسایی الگوهای تعامل بین این متغیرها و تأثیرات آن‌ها بر رشد پس‌آسیبی مادران پرداخته است. بر همین اساس، فرضیه اصلی پژوهش این است که مدل علّی رشد پس‌آسیبی بر اساس پنج عامل بزرگ شخصیت با میانجی‌گری خودشفقتی در مادران دارای کودکان دچار ناتوانی‌های ذهنی دارای برازش مناسبی است. در عین حال در این پژوهش به بررسی فرضیات زیر نیز می‌پردازیم: شخصیت (گشودگی، وظیفه‌شناسی، توافق‌پذیری، برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی) با رشد پس‌آسیبی ماداران دارای کودکان دچار ناتوانی‌های ذهنی رابطه دارد. شخصیت (گشودگی، وظیفه‌شناسی، توافق‌پذیری، برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی) با خودشفقتی مادران دارای کودکان دچار ناتوانی‌های ذهنی رابطه دارد. شخصیت (گشودگی، وظیفه‌شناسی، توافق‌پذیری، برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی) با رشد پس‌آسیبی با میانجی‌گری خودشفقتی ماداران دارای کودکان دچار ناتوانی‌های ذهنی رابطه دارد.

## روش

روش پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی از نوع معادلات ساختاری است.

### جامعه آماری

شامل کلیه مادران دارای کودکان دچار ناتوانی‌های ذهنی استان فارس بودند. نمونه شامل ۳۰۰ نفر از مادران دارای کودکان ناتوان ذهنی در استان فارس بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و مراجعه به مراکز بهزیستی استان انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه با توجه به قاعده حجم نمونه، حداقل حجم نمونه بر اساس

1 . Openness to Experience
2. Agreeableness
3 . Conscientiousness
4 . Extraversion
5 . Neuroticism
6 . Self-compassion

متغیرهای پنهان (عامل ها یا ابعاد مدل) ۲۰ نمونه برای هر عامل در نظر گرفته شد [۱۸] با توجه به اینکه پرسش‌نامه رشد پس از آسیب دارای ۵ عامل، پرسش‌نامه پنج عاملی شخصیت دارای ۵ عامل و پرسش‌نامه شفقت به خود دارای ۳ عامل بودند، باید حداقل تعداد ۲۶۰ نمونه انتخاب می‌شد. پس از کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های مخدوش ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد. به مادران در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد و توضیح درباره نحوه تکمیل پرسش‌نامه داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل مادر بودن و داشتن حداقل یک فرزند با تشخیص قطعی ناتوانی ذهنی (بر اساس پرونده‌های پزشکی و تشخیص متخصصان مراکز بهزیستی)، سکونت در استان فارس، تمایل به مشارکت داوطلبانه در پژوهش و ارائه رضایت آگاهانه کتبی و توانایی خواندن و نوشتن به منظور تکمیل مستقل پرسش‌نامه‌ها و معیارهای خروج شامل مبتلا بودن فرزند علاوه بر ناتوانی ذهنی، به سایر اختلالات تحولی یا روان‌پزشکی شدید همبود، عدم تمایل مادران به همکاری در حین پژوهش یا انصراف از تکمیل پرسش‌نامه‌ها به هر دلیل بود.

## ابزار پژوهش

### الف: پرسش‌نامه رشد پس‌آسیبی[1]

این پرسش‌نامه توسط تدسکی و کالهون[2] در سال ۱۹۹۶ م. با هدف اندازه‌گیری میزان دستاوردهای شخصی بعد از رویداد آسیب‌زا تهیه شد و دارای ۲۱ پرسش و ۵ خرده مقیاس مربوط به دیگران، فرصت‌های جدید، قدرت شخصی، درک ارزش زندگی و تغییر معنوی است و سه تغییر مثبت پس‌آسیبی را اندازه می‌گیرد که عبارتند از: تغییرات در ادراک خود، تغییر در روابط با دیگران و تغییرات در فلسفه زندگی.

تدسکی و کالهون [۷]، در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه رشد و تکامل پس‌آسیبی، ۰/۹۰ برای خرده مقیاس‌های ارتباط با دیگران ۰/۸۵، فرصت‌های جدید ۰/۸۴، قدرت شخصی ۰/۷۲، درک ارزش زندگی ۰/۸۵ و تغییر معنوی ۰/۶۷ و ضرایب پایایی بازآزمایی به فاصله دو ماه برای کل پرسشنامه ۰/۷۱، برای سه خرده مقیاس ارتباط با دیگران، فرصت‌های جدید و تغییر معنوی از ۰/۶۵ تا ۰/۷۱ و قدرت شخصی ۰/۳۷ و درک ارزش زندگی ۰/۴۷ گزارش کردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای نمره کلی ۰/۷۸ بدست آمد.

### ب: پرسش‌نامه پنج عاملی شخصیت[3]

(فرم کوتاه ۶۰ سؤالی): این پرسش‌نامه، یکی از آزمون‌های شخصیتی است که براساس تحلیل عوامل ساخته شده است که توسط مک‌کری و کوستا در سال ۱۹۸۵ م. تحت عنوان پرسش‌نامهNEO معرفی شد. فرم بلند این پرسش‌نامه در۲۴۰ عبارت به منظور اندازه‌گیری پنج عامل یا حیطه اصلی روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و با وجدان بودن طراحی شده است. این پرسش‌نامه فرم دیگری دارد که یک پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی پنج عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری پرسش‌ها بصورت لیکرت ۵ گزینه‌ای است. نتایج مطالعات انجام شده توسط کوستا و مک‌کری [۱۱] نشان داد که همبستگی ۵ زیرمقیاس فرم کوتاه با فرم بلند از ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ است. همچنین، همسانی درونی زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ برآورد شده است و پایایی روان‌رنجورخویی ۰/۸۱، برون‌گرایی ۰/۷۱، گشودگی ۰/۵۷، توافق‌پذیری ۰/۷۱ و باوجدان بودن ۰/۸۳ بود [۱۹]. پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری کردند و مقدار آن را ۰/۸۷ به دست آوردند. همچنین، آن‌ها روایی پرسش‌نامه را در سطح مطلوبی گزارش دادند. در این پژوهش آلفای کرونباخ روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و باوجدان بودن به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/۷۹ و ۰/۸۷ گزارش شد.

### ج: مقیاس شفقت به خود[4]

این مقیاس ۲۶ گویه دارد و در سال ۲۰۰۳ م. توسط نف ساخته شده است و دارای ۶ زیر مقیاس در قالب سه مؤلفه دو قطبی مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، انسانیت مشترک در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۰= هیچگاه و ۵= همیشه) صورت می‌گیرد. الزم به ذکر است گویه‌های ۲۱،۲۰،۱۸،۱۶،۱۳،۱۱،۸،۶،۴،۲،۱ ۲۴ و ۲۵

1 . Post Traumatic Growth Inventory
2 . Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G
3 . NEO Five Factor Personality Inventory
4 . Self-Compassion Scale

دارای نمره‌گذاری معکوس است. نف [۱۶]، پایایی این مقیاس را به روش همسانی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۹۲ گزارش کرده است. همچنین، پایایی بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۹۳ محاسبه شده است. روایی واگرایی فرم خارجی این مقیاس با استفاده از سیاهه افسردگی بک ۰/۵۵ و سیاهه اضطراب صفت اسپیلبرگر ۰/۶۵- و روایی همگرای آن با استفاده از مقیاس رضایت از زندگی ۰/۴۵ به دست آمده است [۱۶]. در ایران نیز خسروی، صادقی و یابنده [۲۰] پایایی این مقیاس را به روش همسانی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ و برای نمره کل ۰/۷۶ گزارش کرده است. علاوه بر این روایی واگرای این مقیاس با استفاده از سیاهه افسردگی و اضطراب بک به ترتیب ۰/۳۴- و ۰/۴۱- و روایی همگرا آن با استفاده از مقیاس عزت نفس روزنبرگ ۰/۲۲ به‌دست‌آمده است [۲۱]. در پژوهش حاضر همسانی درونی نمره کل مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به‌دست آمد.

**شیوه انجام پژوهش**

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مادران دارای کودک مبتلا به ناتوانی‌های ذهنی، ابتدا بعد از تهیه معرفی‌نامه توسط پژوهشگر از دانشگاه پیام نور مرکز شیراز به اداره کل بهزیستی استان فارس و موافقت آن اداره با اجرای پژوهش، با مراجعه به کارشناسان مرتبط با حوزه کودکان دارای ناتوانی ذهنی و توجیه آنان در خصوص هدف پژوهش و چگونگی توزیع پرسش‌نامه‌ها به مادران دارای کودک ناتوان ذهنی، پرسش‌نامه‌های رشد پس‌آسیبی، عوامل شخصیتی و خودشفقتی در اختیار آنان قرار گرفت و با توجه به تعداد نمونه از آن‌ها خواسته شد، این پرسش‌نامه‌ها در اختیار کارشناسان مربوطه مراکز بهزیستی در تمام شهرستان‌های استان فارس قرار گیرد. به این منظور طبق هماهنگی‌های قبلی، پژوهشگر در جلسات حضوری که در اداره کل بهزیستی استان با حضور این کارشناسان برگزار شد، حضور به هم رسانده و آنان را توجیه کرد. از کارشناسان درخواست شد پیش از اجرای پژوهش، هدف مطالعه برای مادران دارای کودک مبتلا به ناتوانی‌های ذهنی تشریح گردد و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شود و پس از اخذ رضایت آگاهانه، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت انفرادی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گیرد. در نهایت، پس از تکمیل و دریافت پرسش‌نامه‌ها از کارشناس مربوطه، داده‌ها جمع‌آوری و برای انجام تحلیل‌های آماری مورد استفاده قرار گرفت.

**شیوه تحلیل داده‌ها**

برای تحلیل داده‌های تحقیق از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مجذورات[1] جزیی و نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد. دلیل استفاده از این روش، توزیع غیر نرمال متغیرهای پژوهش مطابق جدول ۱ بود. از آنجا که نرم‌افزار Smart PLS پیش شرطی برای نرمال و غیرنرمال بودن داده‌ها ندارد، می‌توان برای آزمون مدل و دیگر فرضیات پژوهش استفاده کرد.

## نتایج

از ۳۰۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش ۳۱/۷ درصد از مادران دارای یک فرزند ۳۶/۷ درصد دو فرزند، ۲۱/۶ درصد سه فرزند و ۱۰ درصد دارای چهار فرزند بودند. ۴۷/۳ درصد از مادران خانه‌دار، ۳۵ درصد کارمند و ۱۷/۷ شغل آزاد داشتند. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. میانگین و انحراف متغیرهای روان‌رنجورخویی ۲۳/۳۸ (۶/۵۸)، برون‌گرایی ۳۱/۷۳(۴/۹۶)، توافق‌پذیری ۳۴/۱۷ (۶/۵۴)، باوجدان بودن ۲۸/۹۳ (۶/۵۸)، گشودگی ۳۶/۷۷ (۴/۹۴)، خودشفقتی ۷۵/۶۹ (۷/۶۹) و رشد پس‌آسیبی ۱۰۱/۵۸ (۷/۶۹) به دست آمده است.

برای بررسی فرضیه‌های تحقیق باید از نرمال بودن یا نبودن داده‌های جمع‌آوری شده مربوط به روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری، باوجدان بودن، خودشفقتی و رشد پس‌آسیبی مطمئن شد؛ این فرض با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف بررسی شد (جدول ۱). بر اساس نتایج جدول آزمون کولموگوروف اسمیرنوف یک نمونه‌ای، متغیرها دارای توزیع غیر نرمال هستند ($p<۰/۰۵$). در این راستا می‌توان از روش تجزیه و تحلیل حداقل مجذور مربعات[2] (PLS) که پیش شرطی برای نرمال و غیرنرمال بودن را ندارد، برای آزمون مدل و دیگر فرضیات پژوهش استفاده کرد. با استفاده از PLS بررسی برازش مدل در سه بخش انجام می‌شود: برازش مدل اندازه‌گیری، برازش مدل ساختاری و برازش مدل کلی.

1 . Partial Least Squares
2 . Partial Least Squares

**جدول ۱: داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و آماره Z آزمون کالموگروف – اسمیرنوف**

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | آمارهz | سطح معنی‌داری | نتیجه |
|---|---|---|---|---|---|
| روان رنجوری | ۲۳/۳۸ | ۶/۵۸ | ۳/۸۸۹ | ۰/۰۰۰ | نرمال نیست. |
| برون گرایی | ۳۱/۷۳ | ۴/۹۶ | ۴/۵۷۹ | ۰/۰۰۰ | نرمال نیست. |
| توافق پذیری | ۳۴/۱۷ | ۶/۵۴ | ۳/۳۱۶ | ۰/۰۰۰ | نرمال نیست. |
| باوجدان بودن | ۲۸/۹۳ | ۶/۵۸ | ۷/۶۹۸ | ۰/۰۰۰ | نرمال نیست. |
| گشودگی | ۳۶/۷۷ | ۴/۹۴ | ۵/۵۹۴ | ۰/۰۰۰ | نرمال نیست. |
| خودشفقتی | ۷۵/۶۹ | ۷/۶۹ | ۶/۳۵۱ | ۰/۰۰۰ | نرمال نیست. |
| رشد پس‌آسیبی | ۱۰۱/۵۸ | ۷/۶۹ | ۷/۱۷۵ | ۰/۰۰۰ | نرمال نیست. |

**جدول ۲: خلاصه شاخص‌های برازش پایایی و روایی مدل اندازه‌گیری**

| متغیرها | پایایی | | روایی |
|---|---|---|---|
| | آلفای کرونباخ | پایایی ترکیبی (CR) | روایی همگرا (AVE) |
| روان‌رنجورخویی | ۰/۸۷۴ | ۰/۸۵۲ | ۰/۷۷۱ |
| برون‌گرایی | ۰/۹۱۴ | ۰/۸۹۴ | ۰/۷۱۳ |
| گشودگی | ۰/۸۸۶ | ۰/۸۶۱ | ۰/۷۵۴ |
| توافق‌پذیری | ۰/۷۳۶ | ۰/۷۱۲ | ۰/۸۲۶ |
| باوجدان بودن | ۰/۷۸۴ | ۰/۷۵۱ | ۰/۷۱۱ |
| خودشفقتی | ۰/۸۳۹ | ۰/۷۳۲ | ۰/۷۳۶ |
| رشد پس‌آسیبی | ۰/۸۷۹ | ۰/۷۹۳ | ۰/۷۴۷ |

**الف. یافته‌های مربوط به آزمون مدل اندازه‌گیری**

برای آزمون مدل اندازه‌گیری پایایی و روایی مدل مورد بررسی قرار گرفت. پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی[1] (CR) انجام شد. مطابق جدول ۲ آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی روان‌رنجورخویی ۰/۸۷۴ (۰/۸۵۲)، برون‌گرایی ۰/۹۱۴ (۰/۸۹۴)، گشودگی ۰/۸۸۶ (۰/۸۶۱) توافق‌پذیری ۰/۷۳۶ (۰/۷۱۲)، باوجدان بودن ۰/۷۸۴ (۰/۷۵۱) خودشفقتی ۰/۸۳۹ (۰/۷۳۲) و رشد پس‌آسیبی ۰/۸۷۹ (۰/۷۹۳) گزارش شده است، که نشان دهنده بالا بودن آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی متغیرها است. روایی نیز با استفاده از روایی همگرا مورد بررسی قرار گرفت. برای روایی همگرا باید میانگین واریانس استخراج شده[2] (AVE) محاسبه شود. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است. مطابق جدول ۲، میانگین واریانس استخراج شده متغیر روان‌رنجورخویی ۰/۷۷۱، برون‌گرایی ۰/۷۱۳، گشودگی ۰/۷۵۴، توافق‌پذیری ۰/۸۲۶، باوجدان بودن ۰/۷۱۱، خودشفقتی ۰/۷۳۶، رشد پس‌آسیبی ۰/۷۴۷ است که نشان از روایی واگرای قابل قبول این مدل دارد.

برای روایی واگرا از روش فورنل و لارکر[3] استفاده شد. نتایج روایی واگرا در جدول۳ نشان می‌دهد، جذر میانگین واریانس استخراج شده برای هر یک از سازه‌ها در مقایسه با همبستگی آن سازه با سازه‌های دیگر بیشتر است؛ بنابراین پرسش‌نامه‌ها دارای اعتبار کافی هستند.

1 . Combined Reliability

2 . Average Variance Extracted
3 . Fornell-Larcker

**جدول ۳. روایی واگرای سازه‌های پژوهش**

| سازه پژوهش | روان‌رنجورخویی | برون‌گرایی | گشودگی | توافق‌پذیری | باوجدان بودن | خودشفقتی | رشد پس‌آسیبی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| روان‌رنجورخویی | ۰/۷۹ | | | | | | |
| برون‌گرایی | ۰/۶۵۳ | ۰/۸۳ | | | | | |
| گشودگی | ۰/۵۷۶ | ۰/۶۷۴ | ۰/۸۵ | | | | |
| توافق‌پذیری | ۰/۶۷۴ | ۰/۷۲۱ | ۰/۶۷۴ | ۰/۸۰ | | | |
| باوجدان بودن | ۰/۵۸۶ | ۰/۵۷۶ | ۰/۶۷۴ | ۰/۷۸۱ | ۰/۸۵ | | |
| خودشفقتی | ۰/۷۲۴ | ۰/۶۵۴ | ۰/۵۷۴ | ۰/۶۵۴ | ۰/۶۷۴ | ۰/۹۰ | |
| رشد پس‌آسیبی | ۰/۶۷۴ | ۰/۶۵۱ | ۰/۶۸۴ | ۰/۵۸۷ | ۰/۷۴۱ | ۰/۶۸۵ | ۰/۸۲ |

**ب. یافته‌های مربوط به آزمون مدل ساختاری**

برای بررسی برازش مدل ساختاری چهار معیار به‌کار می‌رود که عبارتند از: $R^2$، $Q^2$، اندازه تاثیر $f^2$ و ضرایب معناداری مسیر.

**معیار $R^2$**: برای بررسی آزمون مدل ساختاری از معیار ضریب تعیین استفاده شده است. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی $R^2$ در نظر گرفته می‌شود [۲۲]. مقادیر $R^2$ برای متغیر میانجی خودشفقتی ۰/۳۳۷ و متغیر ملاک رشد پس‌آسیبی ۰/۳۶۷ بود که در حد قوی است.

**معیار $Q^2$**: داوری و رضازاده [۲۲] در مورد شدت قدرت پیش‌بینی مدل در مورد سازه‌های درون‌زا سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را که به‌ترتیب مقادیر ضعیف، متوسط و قوی قدرت پیش‌بینی مدل در مورد سازه‌های درون‌زا را نشان می‌دهد، را تعیین نموده‌اند. مقادیر $Q^2$ برای متغیر میانجی خودشفقتی ۰/۶۵ و متغیر ملاک رشد پس‌آسیبی ۰/۵۳ بود که هر دو متغیر قابلیت پیش‌بینی تقریباً قوی با سازه مربوط به خودشان را دارند.

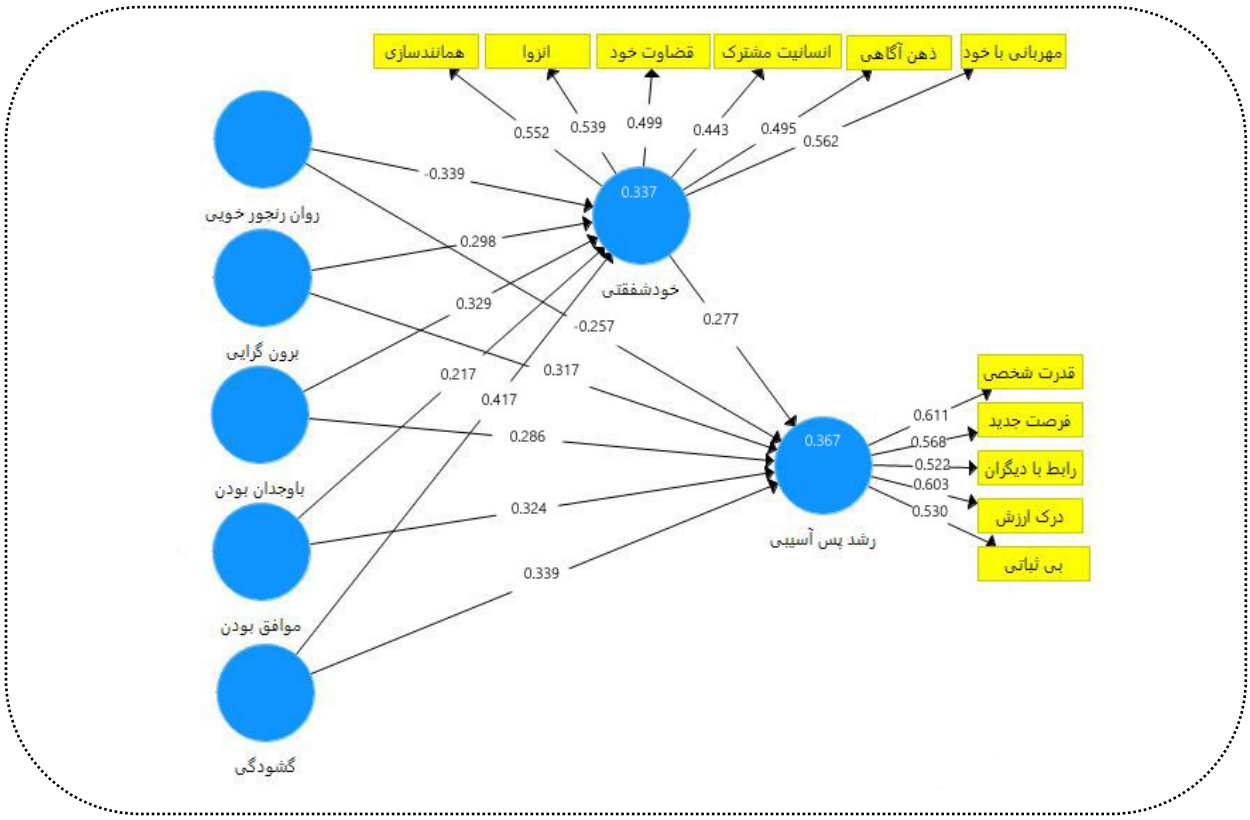
**معیار اندازه تاثیر $f^2$**: کوهن سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را به ترتیب نشان از اندازه تاثیر $f^2$ ضعیف، متوسط و بزرگ یک سازه بر سازه دیگر معرفی نموده است [۲۲]. اندازه تاثیر روان‌رنجورخویی۰/۳۶، برون‌گرایی۰/۴۱، گشودگی ۰/۲۷، توافق‌پذیری ۰/۳۲، باوجدان بودن ۰/۲۹، خودشفقتی ۰/۳۷ بود که نشان از تأثیر متوسط تا قوی متغیرها دارند.

**ضرایب معناداری مسیر (بتا)**: در شکل ۲، برازش مدل ساختاری با استفاده از ضرایب مسیر (بتا) ترسیم شده است و سطح معناداری ضرایب در جدول ۴ ارائه شده است و نتایج نشان از معنادار بودن تمام ضرایب مسیر در این پژوهش دارد.

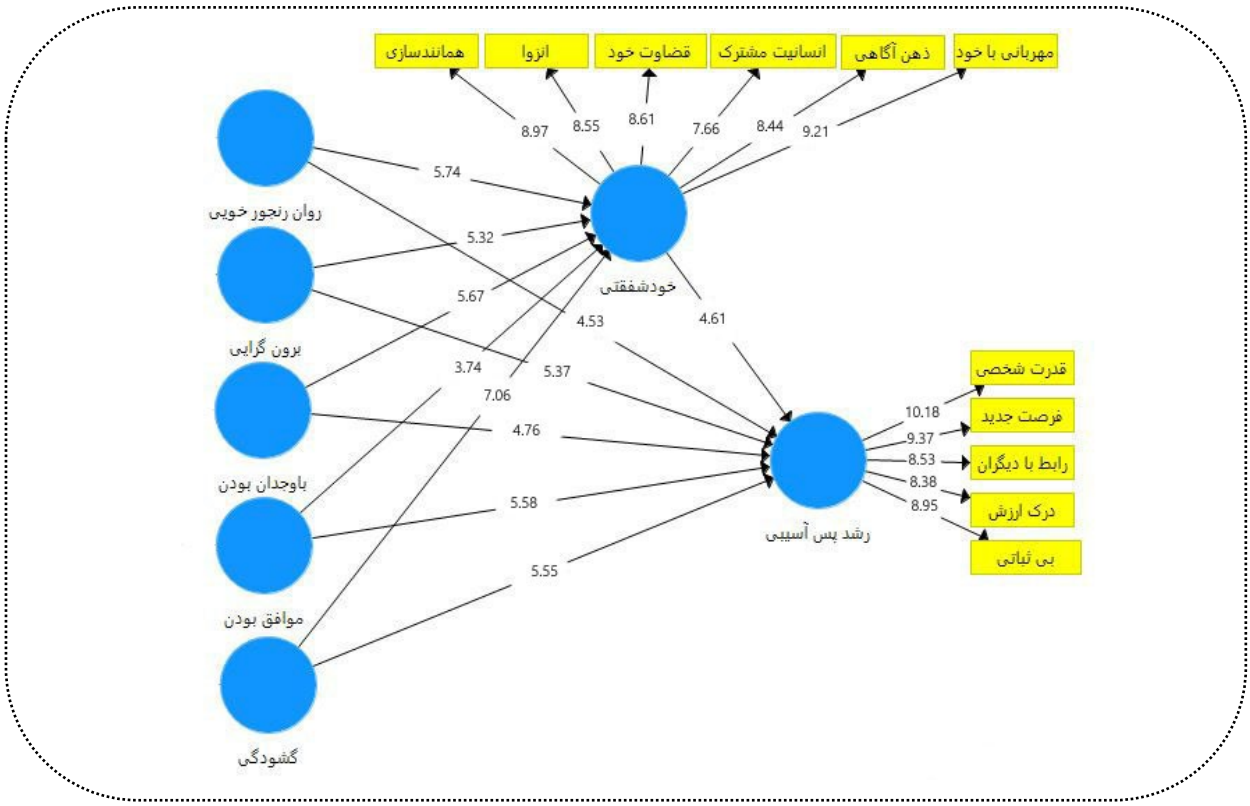
**ج. یافته‌های مربوط به آزمون مدل کلی**

معیار[1] GOF برای مدل کلی شامل هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و ساختاری می‌شود و با تأیید برازش آن، بررسی برازش در یک مدل کامل می‌شود. مقادیر ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۵ به ترتیب ضعیف، متوسط و قوی توصیف شده است [۲۲]. در این پژوهش میزان آماره GOF که نشان‌دهنده شاخص نیکویی برازش است برابر با ۰/۳۸۷ محاسبه شده است و بنابراین، برازش مدل مورد تایید قرار می‌گیرد. با توجه به برازش مدل به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود. به منظور بررسی فرضیه‌ها ابتدا ضرایب مسیر محاسبه شده (شکل ۲) و سپس معناداری این ضرایب توسط آماره[2] آزمون t (شکل ۳) مورد بررسی قرار می‌گیرد و در صورتی که مقدار آماره آزمون بزرگ‌تر از ۱/۹۶ باشد آنگاه در سطح اطمینان ۹۵٪، مسیر مورد نظر معنادار است و در غیر این صورت آن مسیر معنادار نخواهد بود.

1 . Goodness of Fit
2 . T-Value




**شکل ۲: ضرایب مسیر مدل تحقیق**




**شکل ۳ . مقادیر آماره t مدل تحقیق**

**جدول ۴: ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی پیشنهادی**

| فرضیه‌های مستقیم | ضریب مسیر | آماره تی (t) | نتیجه | فرضیه‌های مستقیم | ضریب مسیر | آماره تی (t) | نتیجه |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| روان‌رنجورخویی ← رشد پس‌آسیبی | -۰/۲۵۷ | ۴/۵۳ | تأیید | روان‌رنجورخویی ← خودشفقتی | -۰/۳۳۹ | ۵/۷۴ | تأیید |
| برون‌گرایی ← رشد پس‌آسیبی | ۰/۳۱۷ | ۵/۳۷ | تأیید | برون‌گرایی ← خودشفقتی | ۰/۲۹۸ | ۵/۳۲ | تأیید |
| گشودگی ← رشد پس‌آسیبی | ۰/۳۳۹ | ۵/۵۵ | تأیید | گشودگی ← خودشفقتی | ۰/۴۱۷ | ۷/۰۶ | تأیید |
| توافق‌پذیری ← رشد پس‌آسیبی | ۰/۳۲۴ | ۵/۵۸ | تأیید | توافق‌پذیری ← خودشفقتی | ۰/۲۱۷ | ۳/۷۴ | تأیید |
| باوجدان بودن ← رشد پس‌آسیبی | ۰/۲۸۶ | ۴/۷۶ | تأیید | باوجدان بودن ← خودشفقتی | ۰/۳۲۹ | ۵/۶۷ | تأیید |
| خودشفقتی ← رشد پس‌آسیبی | ۰/۲۷۷ | ۴/۶۱ | تأیید | فرضیه‌های غیر مستقیم | آماره سوبل | سطح معنی‌داری | نتیجه |
| فرضیه‌های غیر مستقیم | آماره سوبل | سطح معنی‌داری | نتیجه | توافق‌پذیری ← خودشفقتی ← رشد پس‌آسیبی | ۲/۶۹ | ۰/۰۰۵ | تأیید |
| روان‌رنجورخویی ← خودشفقتی ← رشد پس‌آسیبی | ۳/۳۹ | ۰/۰۲ | تأیید | باوجدان بودن ← خودشفقتی ← رشد پس‌آسیبی | ۲/۷۵ | ۰/۰۱ | تأیید |
| برون‌گرایی ← خودشفقتی ← رشد پس‌آسیبی | ۳/۵۹ | ۰/۰۰۰ | تأیید | گشودگی ← خودشفقتی ← رشد پس‌آسیبی | ۳/۷۷ | ۰/۰۰۴ | تأیید |

با توجه به مقادیر ضریب معناداری t و ضریب مسیر به دست آمده در مدل‌های بالا و جدول ۴ مشاهده می‌شود که ضرایب معناداری t از ۱/۹۶ بیشتر است پس در سطح اطمینان ۹۵٪ فرضیه‌های مستقیم پژوهش تایید شدند. برای آزمودن فرضیه‌های غیرمستقیم و بررسی تأثیر متغیر میانجی از آزمون سوبل استفاده می‌شود. در آزمون سوبل مقدار Z-Value از طریق فرمول به دست می‌آید که در صورت بیشتر شدن این مقدار از ۱/۹۶، می‌توان در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار بودن تأثیر میانجی متغیر خودشفقتی را تایید نمود؛ بنابراین مطابق جدول ۴ فرضیه‌های غیرمستقیم نیز تأیید شدند.

## بحث و نتیجه گیری

مطابق نتایج بدست آمده، مؤلفه گشودگی با رشد پس‌آسیبی رابطه معنادار داشت. این نتیجه با پژوهش استین و همکاران [۱۲] همخوان بود. به نظر می‌رسد در رابطه بین گشودگی و رشد پس‌آسیبی متغیر تنظیم هیجانی نقش متغیر واسطه را داشته باشد [۲۳]. از آنجایی که تروما درک قربانیان از محیط خود را به شدت تغییر می‌دهد، توانایی تنظیم واکنش‌های هیجانی به این محیط‌ها می‌تواند فرآیند رشد را تسهیل کند. گشودگی با فرآیند ارزیابی مجدد شناختی هیجانات[1] (تغییر پاسخ هیجانی فرد به یک موقعیت) مرتبط است. در نتیجه، کسانی که به طور مؤثر باز ارزیابی مجدد احساسات را تجربه کردند، تشویق شدند تا چیزهای جدید را امتحان کنند و اولویت‌های خود را در زندگی دوباره تنظیم کنند، می‌توانند رشد و نمو بیشتری تجربه کنند. از طرف دیگر، این رابطه ممکن است به دلیل افزایش احتمال احساس هیجانات مثبت ناشی از گشودگی مانند خوش‌بینی باشد. کنجکاوی فکری[2] ناشی از گشودگی مانند جستجوی معنا نیز می‌تواند به افزایش رشد پس‌آسیبی کمک کند. این یافته، با تحقیقات گذشته همسو است که نشان داده‌اند سبک‌های نشخوار فکری مثبت

1 . Cognitive Reappraisal of Emotions'
2 . intellectual curiosity

می‌توانند فرآیند رشد را تشویق و تقویت کنند [۲۴].

نتایج تحقیق نشان داد که بین وظیفه‌شناسی و رشد پس‌آسیبی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های استین و همکاران [۱۲] همسو است. وظیفه‌شناسی نیز به عنوان یک معیار غیرمستقیم از تنظیم هیجانی مفهوم‌سازی شده است که اعتقاد بر این است که نقش مهمی در تعدیل پاسخ‌ها به عوامل استرس‌زای تروماتیک ایفا می‌کند. علاوه بر این، می‌توان اشاره کرد که رابطه بین وظیفه‌شناسی و رشد پس‌آسیبی ممکن است به دلیل سبک زندگی سالم [۲۵] و روابط بین فردی قوی [۲۶] باشد. افراد با وظیفه‌شناسی بالا، هنگام مواجهه با مشکلات سلامت روان، بیشتر احتمال دارد که درگیر رفتارهای کمک‌خواهی شوند [۲۷]. ثانیاً، روابط بین فردی قوی که افراد وظیفه‌شناس پرورش می‌دهند [۲۶] ممکن است به ارائه حمایت و دیدگاه جایگزین نسبت به تروما کمک کند.

نتایج تحقیق نشان داد که بین برون‌گرایی و رشد پس‌آسیبی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های بیتار و همکاران [۲۸]؛ شیخی و همکاران [۲۹] همسو است. به نظر می‌رسد رابطه برون‌گرایی با رشد پس‌آسیبی به وسیله حمایت اجتماعی میانجی‌گری می‌شود. تحقیقات نشان داده است که حمایت اجتماعی با ایجاد عاطفه مثبت و سبک‌های مقابله سازنده پیامدهای منفی پس از تروما را کاهش می‌دهد. همچنین، رابطه برون‌گرایی با رشد پس‌آسیبی ممکن است ناشی از رابطه سیستمی برون‌گرا با عاطفه مثبت باشد. مشخص شده است که احساسات مثبت هم به طور کامل رابطه بین تاب‌آوری قبل از تروما و رشد پس‌آسیبی را توضیح می‌دهند [۳۰] و هم سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه را تشویق می‌کنند. تحقیقات شارپ، مارتین و روث [۳۱] از رابطه برون‌گرایی با خوش‌بینی نیز پشتیبانی کرد. خوش‌بینی و احساسات مثبتی که در پی دارد به نظر می‌رسد واسطه رابطه بین برون‌گرایی و رشد پس‌آسیبی باشد.

نتایج تحقیق نشان داد که بین توافق‌پذیری و رشد پس‌آسیبی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش زی و کیم [۳۲] همسو است. به نظر می‌رسد مانند برون‌گرایی، رابطه بین توافق‌پذیری و رشد پس‌آسیبی توسط حمایت اجتماعی میانجی‌گری می‌شود. افراد سازگار به دلیل رفتار اجتماعی مطلوب، فرصت بیشتری برای دریافت حمایت اجتماعی دارند. تحقیقات نشان داد که افراد توافق‌پذیر، بیشتر از افراد توافق ناپذیر، از مقابله مثبت ناشی از حمایت اجتماعی استفاده کردند. که این امر ناشی از تمایل افراد توافق‌پذیر به جستجوی حمایت اجتماعی و پاسخ خوب به حمایت اجتماعی است. علاوه بر این، پیوند اجتماعی همچنین از طریق ارتباط میان توافق‌پذیری و بعد ارتباط با دیگران مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج تحقیق نشان داد که بین روان‌رنجوری و رشد پس‌آسیبی رابطه منفی معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های گارنفسکی و همکاران [۱۳] همسو است. این تعامل ممکن است ناشی از تأثیر منفی روان‌رنجوری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باشد. یعنی، پیامدهای منفی تجمعی و بلندمدت روان‌رنجوری ممکن است احساسات منفی ایجاد کند که مانع فرآیند رشد پس‌آسیبی می‌شود. افراد روان رنجور معمولاً رفتارهای مضطرب، گوشه‌گیر و درونی از خود نشان می‌دهند و کمتر احتمال دارد که در پاسخ به رویدادهای آسیب‌زا به دنبال حمایت اجتماعی باشند.

نتایج تحقیق نشان داد که بین گشودگی و خودشفقتی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های خسروی و نمانی [۳۳] و اسدالله‌زاده [۳۴] همسو است. مطالعات نف و وونک[1] [۳۷] نیز نشان داد که این ویژگی با پذیرش تجارب دشوار و یافتن معنا در آن‌ها مرتبط است، که از ارکان خودشفقتی است. در ضمن گشودگی باعث می‌شود فرد در مواجهه با شکست، آن را فرصتی برای یادگیری بداند، نه دلیلی برای خودسرزنشی. انعطاف‌شناختی، کنجکاوی فکری و تمایل به جست‌وجوی معنا کمک می‌کند افراد خطاها و هیجان‌های دشوار را با دیدی اکتشافی و غیرقضاوتی ببینند؛ این امر مؤلفه ذهن‌آگاهی متعادل و انسانیت مشترک را تقویت می‌کند که از مؤلفه‌های خودشفقتی است.

نتایج تحقیق نشان داد که بین با وجدان بودن و خودشفقتی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش یانگ[2] و همکاران [۳۵] همسو است. افراد با وجدان بالا، معمولاً رفتارهای خودمراقبتی بهتری دارند و برای رشد

1 . Neff, K. D., & Vonk, R.
2 . Yang, F

شخصی تلاش می‌کنند. آن‌ها کمتر دچار رفتارهای خودتخریب‌گرانه می‌شوند و در شرایط استرس، راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری به کار می‌گیرند پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باوجدان بودن با خودمهربانی و خودپذیری همبستگی مثبت دارد و همه این موارد خودشفقتی را ارتقا می‌دهد.

نتایج تحقیق نشان داد که بین برون‌گرایی و خودشفقتی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های اسدالله‌زاده [۳۴]، یانگ و همکاران [۳۵] همسو است. برون‌گرایان معمولاً شبکه‌های حمایتی قوی‌تری دارند که حمایت اجتماعی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم خودشفقتی است. این افراد در مواجهه با ناکامی‌ها، به دلیل خلق مثبت و توانایی جلب حمایت دیگران، کمتر خود را سرزنش می‌کنند. تحقیقات نف و همکاران [۳۶] نشان می‌دهد برون‌گرایی با مؤلفه انسانیت مشترک که یکی از مؤلفه‌های خودشفقتی است، همبستگی دارد. هیجان مثبت و دسترسی به حمایت اجتماعی، پاسخ‌های مقابله‌ای سازگارانه و چارچوب‌بندی مجدد رویدادهای منفی را تسهیل می‌کند؛ این امر با مؤلفه انسانیت مشترک و کاهش خودانتقادی همخوان است.

نتایج تحقیق نشان داد که بین توافق‌پذیری و خودشفقتی رابطه معنادار وجود دارد این یافته با پژوهش‌های اسدالله‌زاده [۳۴] و نف [۱۶] همسو است. افرادی با توافق‌پذیری بالا، نه‌تنها نسبت به دیگران مهربان‌اند، بلکه همان الگوی رفتاری را نسبت به خود نیز به کار می‌برند. این ویژگی با مؤلفه خودمهربانی و عدم قضاوت در خودشفقتی رابطه مستقیم دارد. مطالعات نف و وونک [۳۷] نشان داد که توافق‌پذیری یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های همدلی با خود است. همدلی و گرایش به شفقت نسبت به دیگران، مدل‌سازی درونیِ شفقت را ممکن می‌کند و الگوی مشابهی را در رفتار با خود به‌ویژه در مؤلفه خودمهربانی فعال می‌سازد.

نتایج تحقیق نشان داد که بین روان‌رنجورخویی و خودشفقتی رابطه منفی معنادار وجود دارد این یافته با پژوهش‌های وانگ و وو [۳۸]، برترامس و بلایس [۳۹] و نواک و همکاران [۴۰] همسو بود. روان‌رنجورخویی بالا، معمولاً با خود انتقادی شدید و شرم همراه است که دشمن اصلی خودشفقتی است. افراد با این ویژگی، در مواجهه با خطا، تمایل دارند آن را فاجعه‌بار کنند و به جای پذیرش، در چرخه سرزنش خود بمانند. حساسیت بالا به عاطفه منفی، نشخوار فکری و شرم، چرخه خودانتقادی را تقویت می‌کند و با هر سه مؤلفه خودشفقتی در تعارض است.

نتایج تحقیق نشان داد که بین خودشفقتی و رشد پس‌آسیبی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های لیو و همکاران [۱۷] همسو است. تأثیر خودشفقتی بر رشد پس‌آسیبی بیشتر بر اساس پیوند آن با فرآیندهای شناختی سازگارانه ارائه شده است. خودشفقتی به عنوان منبع عاطفی ایمن، ماهیتی بی‌قید و شرط دارد و وابسته به ارزیابی‌های مقایسه‌ای یا قضاوتی نیست. این نگرش به فرد ایمنی هیجانی می‌دهد تا بدون انکار یا اغراق، به‌صورت واقع‌بینانه به خود و رویداد منفی نگاه کند. با ایجاد فضای هیجانی امن، پردازش شناختی رویدادهای منفی تسهیل می‌شود. در واقع، خودشفقتی اجازه می‌دهد فرد وارد پردازش شناختی فعال (پذیرش رویداد و پیامدهای آن، بازتفسیری مثبت یا دیدن جنبه‌های سازنده رویداد و یافتن معنا در تجربه آسیب‌زا) شود. این فرآیندها مطابق مدل تدسکی و کالهون [۱۵] پیش‌نیاز رشد پس‌آسیبی هستند. از طرف دیگر، خودشفقتی با کاهش خودانتقادی و پذیرش واقعیت، به فرد کمک می‌کند اهداف جدیدی تعریف کرده و آن‌ها را با شرایط جدید وفق دهد. این بازسازی شناختی و هدف‌گذاری تازه، بستر ایجاد تغییرات مثبت است و مسیر دستیابی به رشد را هموار می‌کند.

نتایج تحقیق نشان داد که بین گشودگی به تجربه و رشد پس‌آسیبی با میانجی‌گری خودشفقتی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج یانگ و همکاران [۳۵] و نف و همکاران [۳۶] همسو است که نشان دادند افراد دارای گشودگی بیشتر، از سطوح بالاتری از خودشفقتی برخوردارند. همچنین، یافته حاضر با نتایج لیو و همکاران [۱۷] مبنی بر نقش خودشفقتی در ارتقای شکوفایی و سازگاری روان‌شناختی همخوانی دارد. بر اساس نظریه خودشفقتی نف [۱۶]، افراد دارای خودشفقتی بالا هنگام مواجهه با رویدادهای تنش‌زا، به جای غرق شدن در خودانتقادی و نشخوار فکری، با نگرشی مبتنی بر خودمهربانی، ذهن‌آگاهی و درک انسانیت مشترک به ارزیابی تجربه‌های خود می‌پردازند. از سوی دیگر، در الگوی رشد پس‌آسیبی تدسکی و کالهون [۱۵]، رشد پس از آسیب زمانی رخ می‌دهد که فرد بتواند باورهای بنیادین خود را

بازنگری کرده و برای تجربه‌های دشوار معنای تازه‌ای بیابد. از آنجا که گشودگی به تجربه با انعطاف‌پذیری شناختی، پذیرش دیدگاه‌های جدید و تمایل به معناجویی همراه است [۲۳،۳۵]، این ویژگی می‌تواند زمینه شکل‌گیری خودشفقتی را فراهم کند. در نتیجه، مادران دارای فرزند با ناتوانی ذهنی که از گشودگی بیشتری برخوردارند، از طریق افزایش خودشفقتی، آمادگی بیشتری برای پذیرش شرایط، بازسازی شناختی و یافتن معنای مثبت در تجربه مراقبت از فرزند پیدا می‌کنند و همین فرایند، دست‌یابی آنان به رشد پس‌آسیبی را تسهیل می‌کند.

مطابق یافته‌ها نقش میانجی خودشفقتی در رابطه گشودگی به تجربه با رشد پس‌آسیبی بیشتر از دیگر صفات شخصیت بود. بر اساس مدل رشد پس‌آسیبی تدسکی و کالهون [۱۵]، پردازش شناختی رویداد آسیب‌زا، هسته مرکزی رشد و شامل مرحله اول (برهم‌خوردگی طرح‌واره‌ها یا شکسته شدن باورهای قبلی) مرحله دوم (نشخوار فکری یا تلاش برای درک رویداد) و مرحله سوم (بازسازی معنا یا ایجاد معانی جدید و مثبت) است. گشودگی به تجربه، مستقیماً با مرحله اول و سوم این مدل درگیر است؛ زیرا افراد گشوده، تمایل بیشتری به تأمل، پرسش‌گری و پذیرش ایده‌های جدید دارند. خودشفقتی نیز از طریق کاهش خودانتقادی و افزایش مهربانی با خود، این فرایند را تسهیل می‌کند[۱۰]. در مقابل، سایر صفات شخصیتی عمدتاً با منابع بیرونی (حمایت اجتماعی در برون‌گرایی [۳۰]، وظیفه‌شناسی [۲۷] و توافق‌پذیری [۳۲]) مرتبط هستند که نسبت به پردازش شناختی درونی، ارتباط کمتری با خودشفقتی دارند. به‌همین‌دلیل، ترکیب گشودگی و خودشفقتی، تأثیر هم‌افزایی قوی‌تری بر رشد پس‌آسیبی دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین باوجدان بودن و رشد پس‌آسیبی با میانجی‌گری خودشفقتی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج یانگ و همکاران [۳۵] مبنی بر ارتباط مثبت باوجدان بودن با خودشفقتی و همچنین با یافته‌های لیو و همکاران [۱۷] درباره نقش خودشفقتی در ارتقای شکوفایی روان‌شناختی همسو است. افراد باوجدان به دلیل برخورداری از خودنظم‌دهی، مسئولیت‌پذیری و پشتکار بیشتر، هنگام مواجهه با فشارهای ناشی از مراقبت از فرزند دارای ناتوانی ذهنی، به جای اجتناب یا خودسرزنشی، بیشتر از راهبردهای مسئله‌محور و خودمراقبتی استفاده می‌کنند. این ویژگی‌ها بستر شکل‌گیری خودشفقتی را فراهم می‌آورد [۳۵]. از سوی دیگر، بر اساس الگوی رشد پس‌آسیبی تدسکی و کالهون [۱۵]، پذیرش واقع‌بینانه رویداد آسیب‌زا و بازسازی معنای آن از پیش‌نیازهای رشد پس‌آسیبی است. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که باوجدان بودن از طریق تقویت خودشفقتی، پذیرش محدودیت‌ها، کاهش خودانتقادی و تسهیل بازسازی شناختی، زمینه دستیابی به رشد پس‌آسیبی را فراهم می‌کند.

نتایج تحقیق نشان داد که بین توافق‌پذیری و رشد پس‌آسیبی با میانجی‌گری خودشفقتی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج یانگ و همکاران [۳۵] و نف و ونک [۳۷] همسو است که رابطه مثبت توافق‌پذیری و خودشفقتی را گزارش کرده‌اند. افراد توافق‌پذیر معمولاً از همدلی، نوع‌دوستی و انعطاف بیشتر در روابط بین‌فردی برخوردارند و همین ویژگی‌ها موجب می‌شود در مواجهه با ناکامی‌ها نیز نگرشی پذیرا و مهربانانه نسبت به خود داشته باشند. بر اساس نظریه خودشفقتی نف [۱۶]، چنین نگرشی از شدت خودسرزنشی و انزوای روان‌شناختی می‌کاهد و پذیرش تجربه‌های دشوار را تسهیل می‌کند. در نتیجه، خودشفقتی می‌تواند سازوکاری باشد که از طریق آن، توافق‌پذیری زمینه سازگاری بهتر با شرایط دشوار و در نهایت دست‌یابی به رشد پس‌آسیبی را فراهم می‌سازد.

نتایج تحقیق نشان داد که بین برون‌گرایی و رشد پس‌آسیبی با میانجی‌گری خودشفقتی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج یانگ و همکاران [۳۵] و نف و همکاران [۳۶] همسو است که گزارش کردند افراد برون‌گرا سطوح بالاتری از خودشفقتی را تجربه می‌کنند. برون‌گرایی با هیجان‌های مثبت، تعاملات اجتماعی مؤثر و بهره‌گیری از حمایت اجتماعی همراه است؛ عواملی که پذیرش هیجان‌های منفی و نگرش مهربانانه نسبت به خود را تسهیل می‌کنند. از سوی دیگر، تدسکی و کالهون [۱۵] معتقدند برخورداری از منابع روان‌شناختی، فرایند بازسازی شناختی پس از تجربه‌های آسیب‌زا را تسهیل می‌کند؛ بنابراین به نظر می‌رسد مادران برون‌گراتر، به واسطه سطح بالاتر خودشفقتی، فشارهای ناشی از مراقبت از فرزند دارای ناتوانی ذهنی را با انعطاف بیشتری مدیریت کرده و فرصت بیشتری برای تجربه تغییرات مثبت و رشد پس‌آسیبی پیدا می‌کنند.

نتایج تحقیق نشان داد که بین روان‌رنجورخویی و رشد پس‌آسیبی با میانجی‌گری خودشفقتی رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج وانگ و وو [۳۸]، برترامز و بلیز [۳۹] و نواک و همکاران [۴۰] همسو است که نشان دادند روان‌رنجورخویی با کاهش خودشفقتی همراه است. افراد دارای روان‌رنجورخویی بالا معمولاً هیجان‌های منفی، اضطراب، نشخوار فکری و خودانتقادی بیشتری را تجربه می‌کنند؛ ویژگی‌هایی که شکل‌گیری نگرش مهربانانه نسبت به خود را دشوار می‌سازد. بر اساس نظریه خودشفقتی نف [۱۶]، فقدان خودشفقتی موجب می‌شود فرد در برابر رنج، بیش از حد با هیجان‌های منفی همانندسازی کند و توانایی کمتری برای پذیرش و تنظیم هیجان داشته باشد. ازاین‌رو، می‌توان انتظار داشت که اثر منفی روان‌رنجورخویی بر رشد پس‌آسیبی، تا حدی از طریق کاهش خودشفقتی تبیین شود؛ زیرا افت خودشفقتی، سازگاری روان‌شناختی با فشارهای ناشی از مراقبت از فرزند دارای ناتوانی ذهنی را محدود می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که پنج عامل بزرگ شخصیت، هم به‌طور مستقیم و هم از طریق نقش میانجی‌گر خودشفقتی، با رشد پس‌آسیبی در مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی ذهنی مرتبط هستند. در این میان، صفات گشودگی به تجربه، برون‌گرایی، توافق‌پذیری و باوجدان‌بودن با افزایش خودشفقتی و به‌تبع آن، رشد پس‌آسیبی همراه بودند، درحالی‌که روان‌رنجورخویی با کاهش خودشفقتی، مسیر رشد را تضعیف می‌کرد. همچنین، نقش میانجی خودشفقتی در رابطه گشودگی به تجربه با رشد پس‌آسیبی برجسته‌تر از سایر صفات بود که نشان‌دهنده اهمیت ویژه انعطاف‌پذیری شناختی و معناجویی در فرایند رشد پس از آسیب است. به‌طورکلی، یافته‌ها مؤید آن است که خودشفقتی نه‌تنها یک سازوکار درونی کلیدی در تبدیل رنج به رشد است، بلکه می‌تواند به عنوان هدفی اصلی در مداخلات روان‌شناختی برای مادران دارای فرزند با ناتوانی ذهنی مدنظر قرار گیرد. به این منظور، پیشنهاد می‌شود، مشاوران و روان‌درمانگران شاغل در مراکز بهزیستی، برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر ارتقای خودشفقتی نظیر درمان متمرکز بر شفقت را برای این گروه از مادران طراحی و اجرا کنند. همچنین، با توجه به اینکه نیمرخ شخصیتی مادران می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مهمی برای سطح خودشفقتی و رشد پس‌آسیبی باشد، پیشنهاد می‌شود در مراکز بهزیستی و مشاوره، ارزیابی اولیه از ویژگی‌های شخصیتی مادران انجام شود تا افرادی که دارای روان‌رنجورخویی بالا هستند، زودتر شناسایی شده و تحت مداخلات پیشگیرانه و حمایتی قرار گیرند. از سوی دیگر، با تأکید بر نقش برجسته گشودگی به تجربه در مسیر خودشفقتی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی با محوریت تقویت انعطاف‌پذیری شناختی، بازبینی باورها، پذیرش دیدگاه‌های جدید و تمرین معناجویی می‌تواند به مادران کمک کند تا شرایط دشوار را نه به عنوان شکست، بلکه به عنوان فرصتی برای تحول شخصی درک کنند. تحقق این اهداف، مستلزم توانمندسازی مشاوران و روان‌درمانگران شاغل در مراکز بهزیستی و مدارس استثنایی از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی در زمینه خودشفقتی، تنظیم هیجان و مداخلات مبتنی بر رشد پس‌آسیبی است تا خدمات روان‌شناختی ارائه شده به این مادران از اثربخشی بیشتری برخوردار گردد.

## محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

با توجه به محدودیت‌های پژوهش، از جمله مقطعی بودن طرح، محدود بودن نمونه به مادران استان فارس و استفاده صرف از ابزارهای خودگزارشی، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از طرح‌های طولی و نمونه‌های متنوع‌تر استفاده شود و نقش سایر مراقبان (به‌ویژه پدران) نیز بررسی گردد. همچنین، طراحی مداخلات آموزشی بر پایه ارتقای خودشفقتی و تنظیم هیجان می‌تواند به بهبود رشد پس‌آسیبی در والدین این کودکان یاری رساند.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش از نوع طرح‌های همبستگی بوده و مجوز خاصی لازم نداشته است.

### حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

### تعارض منافع

این پژوهش تعارض منافع ندارد.

## سپاسگزاری

از سازمان بهزیستی استان فارس و تمام مادران دارای کودک ناتوان ذهنی که علی‌رغم مشغله‌های زیاد در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر را دارم.

## منابع

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013. https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000

2- Iacolino C, Pellerone M, Pace U, Ramaci T, Castorina V. Family functioning and disability: a study on Italian parents of disabled children. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences. 2016; 8: 39–52. https://www.researchgate.net/profile/Monica-Pellerone/publication/303099631_Family_functioning_and_disability_a_study_on_Italian_parents_with_disabled_children/links/57bf416408ae2f5eb32e8729/Family-functioning-and-disability-a-study-on-Italian-parents-with-disabled-children.pdf

3- George JE. Challenges Faced by Parents of Children with Learning Disability. JSWEP [Internet]. 2017 Apr. 13 [cited 2026 Jan. 28]; 2(1): 25-30. Available from: http://jswep.in/index.php/jswep/article/view/23

4- Jackson SZ, Pinto-Martin JA, Deatrick JA, Boyd R, Souders MC. High depressive symptoms, low family functioning, and low self-efficacy in mothers of children with autism spectrum disorder compared to two control groups. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2024; 30(2): 300-312 10783903221104147. doi:10.1177/10783903221104147

5- Xiong T, McGrath PJ, Stewart SH, Bagnell A, Kaltenbach E. Risk and protective factors for posttraumatic stress and posttraumatic growth in parents of children with intellectual and developmental disorders. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022; 13 (1): 2087979. doi:10.1080/20008198.2022.2087979

6- Cetinbakis G, Bastug G, Ozel-Kizil ET. Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2020; 66 (1): 46–53. doi:10.1080/20473869.2018.1478630

7- Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996; 9 (3): 455–471. doi:10.1007/BF02103658

8- Odeh-Saba L. Mental health and personal growth of Arab mothers of children with and without intellectual developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 2025; 158: 104948. doi:10.1016/j.ridd.2025.104948

9- Graziano RC, Brown WJ, Strasshofer DR, Yetter MA, Berfield JB, Haven SE, et al. Posttraumatic stress symptoms, posttraumatic growth, and personality factors: a network analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023;338: 207–219. doi:10.1016/j.jad.2023.06.011

10- Wong CCY, Yeung NC. Self-compassion and posttraumatic growth: cognitive processes as mediators. *Mindfulness*. 2017; 8: 1078–1087. doi:10.1007/s12671-017-0683-4

11- Costa PT, McCrae RR. Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI): professional manual. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources; 1992. 179-198. DOI: 10.4135/9781849200479.n9

12- Stein JY, Levin Y, Bachem R, Solomon Z. Growing apart: a longitudinal assessment of the relation between post-traumatic growth and loneliness among combat veterans. *Frontiers in psychology*. 2018; 9: 893. doi:10.3389/fpsyg.2018.00893

13- Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, Somsen GA. Post-Traumatic Growth After a Myocardial Infarction: A Matter of Personality, Psychological Health, or Cognitive Coping? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2008; 15 (4): 270–277. file:///C:/Users/elahe506/Downloads/s10880-008-9136-5%20(1).pdf

14- Drapeau CW, Lockman JD, Moore M M, Cerel J. Predictors of posttraumatic growth in adults bereaved by suicide. Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. *Crisis*. 2019; 40(3): 196-202. doi:10.1027/0227-5910/a000556

15- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004; 15 (1): 1–18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01

16- Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2 (3): 223–250. doi:10.1080/15298860309027

17- Liu C, Lin P, Xiong Z. Self-compassion and psychological flourishing among college students: the mediating role of hope and the moderating role of emotion regulation. *Behav Sci*. 2024; 14 (12): 1149. doi:10.3390/bs14121149

18- Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities. Tehran: Roshd; 2016. **[In Persian]**

19- Roshan Chesli R, Shaeiri MR, Atri Fard M, Nik Khah A, Ghaemmaghami B, Rahimi Rad A. Psychometric properties of the NEO Five-Factor Personality Inventory (NEO-FFI). *Daneshvar Behavior*. 2006; 13 (16): 27–36. https://sid.ir/paper/46232/en. **[In Persian]**

20- Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh MR. Psychometric properties of Self-Compassion Scale (SCS). *Journal of Psychological Models* and Methods. 2013; 3 (13): 47–58. https://sid.ir/paper/227562/fa. **[In Persian]**

21- Momeni F, Shahidi S, Motabi F, Heidari M. Psychometric properties of the Persian version of the Self-Compassion Scale. *Contemporary Psychology*. 2013; 8 (2): 27–40. https://bjcp.ir/article-1-386-en.pdf **[In Persian]**

22- Davari A, Rezazadeh A. Structural equation modeling with PLS software. Tehran: *Jihad Daneshgahi Publishing Organization*; 2014. **[In Persian]**

23- McCrae RR, John OP. An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*. 1992; 60 (2): 175–215. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x

24- Taku K, Cann A, Tedeschi RG, Calhoun LG. Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*. 2015; 7 (6): 563–569. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000054

25- Bermúdez J. Personality and health-protective behaviour. European *journal of personality*. 1999 Mar;13 (2): 83-103. doi:10.1002/(SICI)1099-0984(199903/04)13:2<83::AID-PER338>3.0.CO;2-M

26- Markey CN, Markey PM. Personality, relationships, and health. *Journal of Personality*. 2014; 82 (6): 467–471. doi:10.1111/jopy.12080

27- Schomerus G, Appel K, Meffert PJ, Luppa M, Andersen RM, Grabe HJ, et al. Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013; 48 (11): 1809–1817. doi: 10.1007/s00127-012-0643-1

28- Bitar Z, Fekih-Romdhane F, Mahfoud D, Fawaz M, Hallit S, et al. The mediating effect of post-traumatic growth on the relationship between personality traits and resilience among a sample of Lebanese adults. *PLoS One*. 2024; 19 (5): e0298043. doi:10.1371/journal.pone.0298043

29- Sheikhi M, Matinnia N, Yazdi-Ravandi S. The role of the five-factor model of personality on posttraumatic growth in recovered COVID-19 patients. *BMC Psychology*. 2023; 11 (1): 1–11. doi:10.5812/thrita-137609.

30- Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 84 (2): 365–376. doi: 10.1037//0022-3514.84.2.365

31- 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. doi:10.1016/j.paid.2011.07.033

32- Xie CS, Kim Y. Post-traumatic growth during COVID-19: the role of perceived social support, personality, and coping strategies. *Healthcare (Basel)*. 2022; 10 (2): 224. doi:10.3390/healthcare10020224

33- Khosravi P, Namani A. Investigating the structural model of the relationship between psychological resilience, self-compassion, and family cohesion. *Self-Compassion Research Reports*. 2021: 1–15. doi:10.1007/s10591-021-09579-5

34- Asadollahzadeh F. The relationship between personality traits and self-compassion in students of Isfahan city. In: Proceedings of the National Conference on Psychology. *Education*. and Lifestyle; 1398. file:///C:/Users/elahe506/Downloads/9851398h0339.pdf **[In Persian].**

35- Yang F, Hagiwara C, Kotani T, Hirao J, Oshio A. Comparing self-esteem and self-compassion: an analysis within the Big Five personality traits framework. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14: 1302197. doi:10.3389/fpsyg.2023.1302197

36- Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*. 2007; 41 (4): 908–916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002

37- Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*. 2009; 77 (1): 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x

38- Wang T, Wu X. Self-compassion moderates the relationship between neuroticism and depression in junior high school students. *Frontiers in psychology*. 2024; 15: 1327789. doi:10.3389/fpsyg.2024.1327789

39- Bertrams A, Blaise M. Self-compassion and emotional recovery in the relationship between neuroticism and subjective well-being. *International Journal of Personality Psychology*. 2025 Jan 28; 11: 13-21. doi 10.21827/ijpp.11.41870

40- Noack E, Boldizsar P, Ewert C. How does embracing self-compassion in stressful moments influence our coping abilities in the face of neuroticism? *Mindfulness*. 2025; 16: 1330–1339. https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-025-02574-z?utm_source=chatgpt.com

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۹۸-۱۸۵**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20309.1694

**مقاله پژوهشی**

# اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر شناختی رفتاری متمرکز بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) بر عملکرد جنسی و عزت نفس زنان مبتلا به واژینیسموس

**نویسندگان**

**زهرا علیزاده بیرجندی [۱]، زهره نادعلی [۲*]**

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا (ع)، مشهد، ایران.
z.alizadeh@imamreza.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مؤسسه آموزش عالی حکیم طوس، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)

**چکیده**

**مقدمه:** واژینیسموس از جمله اختلالات جنسی شایع در زنان است که می‌تواند بر روابط و عملکرد جنسی آنان تأثیر منفی بگذارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه شناختی - رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) بر بهبود عملکرد جنسی و عزت‌نفس زنان مبتلا به واژینیسموس در شهر مشهد انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به واژینیسم مراجعه کننده به مطب متخصصان زنان و کلینیک‌های خدمات روان‌شناسی شهر مشهد بودند. از میان آنان، ۳۰ نفر مبتلا به واژینیسموس، براساس تشخیص متخصص زنان و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. مداخله به صورت گروهی در ۱۲ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان روزن (FSFI) و عزت‌نفس روزنبرگ (ROSS) استفاده شد. شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ابزارهای پرسش‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه‌وتحلیل شدند.

**نتایج:** تحلیل نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان یکپارچه شناختی - رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی ($P<0/01$) و افزایش عزت‌نفس ($P<0/001$) زنان مبتلا به واژینیسموس تأثیر معناداری دارد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درمان یکپارچه شناختی - رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای درمانی انعطاف‌پذیر و کاربردی برای درمان اختلالات جنسی به‌ویژه واژینیسموس، مورداستفاده قرار گیرد.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۹/۱۸

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۲/۲۹

**کلیدواژه‌ها**

عزت‌نفس، درمان یکپارچه شناختی - رفتاری متمرکز بر پذیرش و تعهد، عملکرد جنسی، واژینیسموس

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

nadali.zohreh@yahoo.com

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۹۸-۱۸۵
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 185-198

**مقدمه**

سلامت جنسی یکی از جنبه‌های ضروری سلامت فردی است که افراد را در تمام سنین و مراحل زندگی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد[۱] و دربرگیرندهٔ ترکیبی پیچیده و مبهم از ابعاد جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی است که فرد را با چالش‌ها و مسائل بسیاری مواجه می‌کند [۲]. عملکرد جنسی شامل میل، برانگیختگی، ارگاسم و سرکوب است و تحت‌تأثیر عوامل زیستی – روانی - اجتماعی بسیاری قرار دارد [۳]؛ ازسوی‌دیگر، اختلال عملکرد جنسی به مجموعه‌ای از اختلالات روانی - جنسی و تجربیات ناخوشایند افراد و زوجین اطلاق می‌شود که خود را به‌صورت اختلال در میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و درد در حین رابطه جنسی نشان می‌دهد [۴]. واژینیسموس یک اختلال شایع جنسی در زنان است [۵] که از دخول جنسی از طریق انقباض غیرارادی و مکرر عضلات در یک‌سوم سطح بیرونی واژن جلوگیری می‌کند [۶]. بسیاری از مبتلایان به این عارضه به دنبال کمک نمی‌روند؛ بنابراین شمارش نمی‌شوند و این امر تخمین شیوع کلی این بیماری را دشوار می‌کند[۷]؛ بااین‌حال، مطالعات مختلف تخمین زده‌اند که واژینیسموس بین ۷ تا ۶۸ درصد از جمعیت زنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد که گزارش‌های بالاتری از آن نیز گزارش شده است [۸]. بر اساس شواهد اخیر، این اختلال یک اختلال وابسته به فرهنگ است و در ایرلند، اروپای شرقی و آمریکای لاتین بیشتر از آمریکای شمالی و اروپای غربی گزارش شده است [۹]؛ در مطالعه‌ای در ایران، حدود ۳۳ درصد از زنان ایرانی تجربه درد یا ترس خود را در حین مقاربت بیان کردند [۱۰]. این اختلال می‌تواند منجر به درد جسمی، افسردگی، احساس ناامیدی و اختلال در عملکرد جنسی شود که ممکن است به‌تدریج باعث ایجاد مشکلاتی در میل جنسی اکثر زنان مبتلا به این اختلال شود [۶]. این مشکلات ممکن است با سایر اختلالات جنسی مانند اختلال برانگیختگی جنسی و نارضایتی از زندگی جنسی نیز همراه باشد [۱۱]. در جوامعی که روابط قبل از ازدواج ممنوع است، واژینیسموس تأثیر منفی شگرفی بر زندگی جنسی زوجین دارد و اغلب تهدیدی جدی برای بنیان خانواده است [۱۲]. از سویی دیگر ارتباط بین اختلالات جنسی زنان و مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب در مطالعات مختلف تأیید شده است [۶] که اثرات نامطلوبی بر شخصیت، عزت‌نفس، روابط زناشویی و ثبات عاطفی زنان دارد [۷]. بسیاری از زنان مبتلا به واژینیسموس عزت‌نفس پایین، ناامیدی، احساس گناه [۱۳] و تصاویر منفی از بدن خود نشان داده‌اند [۱۴]. برخی از زنان حتی طلاق را پشت سر گذاشته‌اند و تمایل به خودکشی نشان داده‌اند [۱۵]. در معیار تشخیصی اختلال، مطرح شده است که انقباض غیرارادی و مکرر عضلات در یک‌سوم سطح بیرونی واژن، از دخول جنسی جلوگیری می‌کند [۱۶] و فرد مبتلا به این اختلال، مشکلاتی در کنترل عضلات کف لگن یا افزایش حساسیت عصبی در ناحیه تناسلی دارد که باعث بروز انقباض‌های دردناک می‌شود [۱۷]؛ با این حال، بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که صرفاً در نظر گرفتن واژینیسموس از منظر پزشکی، به‌عنوان یک پاسخ انقباضی که زیربنای بسیاری از رویکردهای متمرکز بر این حوزه بوده است، رویکردی تقلیل‌گرایانه محسوب می‌شود و بسیاری از پژوهشگران بر ضرورت اتخاذ رویکردی جامع برای درک و درمان این اختلال تأکید دارند [۱۸]. مدل زیستی - روانی - اجتماعی ۱، به‌عنوان یکی از مدل‌های جامع در تبیین آسیب‌شناسی، مطرح می‌کند [۱۹] که اگر چه واژینیسموس به‌عنوان یک اختلال آسیب زیست‌شناختی، همراه با انقباض عضلات واژن هنگام تلاش برای مقاربت، در نظر گرفته می شود [۲۰]، این انقباض ممکن است ثانویه به عوامل دیگری، از جمله ترس از تجربه درد واقعی هنگام تلاش برای مقاربت [۲۱] و پویایی روابط صمیمانه و تأثیرات فرهنگی، باشد [۲۲].

رفتارگرایان، واژینیسموس را به‌عنوان یک انقباض عضلانی عملکردی که توسط پاسخ های فوبیک به دخول و اجتناب از آن ایجاد می شود، تشخیص می دهند. به طوری که پاسخ واژینیسمیک ممکن است از طریق تجربیات جنسی دردناک یا ثانویه به عوامل روانی یا عاطفی، شرطی شود [۲۳،۲۴].

از عوامل دیگر روان‌شناختی می‌توان به نقش نگرش‌های ضمنی و صریح و زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با این نگرش‌ها، اشاره کرد که انتساب‌های مبتنی بر ترس و

1. Bio-Psycho-Social Model

انزجار را در فرد ایجاد می‌کنند [۲۵]؛ به‌عنوان‌مثال، تحقیقات نشان داده‌اند زنان مبتلا به واژینیسموس، سطوح بالاتری از شناخت‌های فاجعه‌بار و درد، شناخت‌های منفی از خودانگاره و شناخت‌های ناسازگاری تناسلی را گزارش می‌کنند [۲۶] همچنین، از عوامل اجتماعی - فرهنگی که ممکن است بر ایجاد واژینیسموس اثر بگذارد نیز می‌توان به خودآگاهی جنسی پایین و نگرش منفی نسبت به تمایلات جنسی اشاره کرد [۲۷]. ازسوی‌دیگر برای تجربه انزجار و اجتناب فوبیک، همیشه تجربه مستقیم یک پدیده لازم نیست بلکه می‌تواند ناشی از شنیدن تجربیات جنسی منفی دیگران [۲۸] و نگرش‌ها و رفتارهای والدین باشد. [۲۹] ریسینگ (۲۰۱۲م.) دریافت، زنانی که در طول زندگی خود دچار واژینیسموس بوده‌اند، ترس‌هایی را گزارش کرده‌اند که ناشی از تجربیاتی بوده است که دربارهٔ درد، آسیب، صمیمیت یا ازدست دادن کنترل در زمینه روابط جنسی شنیده یا خوانده‌اند [۳۰]. برای مثال، زنانی که در روابط جنسی احساس ترس و درد بیشتری دارند، افرادی که از اطلاعات جنسی کافی برخوردار نیستند، افرادی که اطلاعات مربوط به تمایلات جنسی را از رسانه‌های اجتماعی به دست آورده‌اند و همچنین افرادی که به دلایل مذهبی، افکار منفی درباره تمایلات جنسی داشته‌اند و اندام تناسلی و جنسی را منزجرکننده می‌دانسته‌اند، بیشتر در معرض ابتلا به واژینیسموس قرار دارند [۳۱].

بر این اساس، در پژوهش‌های اخیر، واژینیسموس، اختلالی چندبعدی در نظر گرفته می‌شود و برای فهم کامل آن باید در سطوح درون‌فردی، بین‌فردی و فرهنگی بررسی شود [۳۲]؛ بنابراین درنظرگرفتن واژینیسموس فقط به‌عنوان یک مشکل ورود واژن ممکن است بسیار سطحی باشد و باید برای درمان آن، نگرش و خودآگاهی جنسی، عوامل اجتماعی - فرهنگی زنان به‌صورت کل‌نگر ارزیابی شود [۳۲]. درمان‌های متعددی تا به امروز برای افراد مبتلا به این اختلال مورد بررسی قرار گرفته‌اند [۳۳]. در یک پژوهش با هدف بررسی کارآزمایی بالینی از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۰ م. و مقایسه درمان‌های واژینیسموس با سایر درمان‌های پلاسبو، نشان داد که درمان‌های شناختی - رفتاری، استفاده از گشادکننده‌های واژن، هیپنوتیزم درمانی، بوتاکس و فیزیوتراپی منجر به مقاربت موفق و رضایت‌بخش شدند [۳۴]؛ بااین‌حال، ازآنجایی‌که مطالعات در مورد اثربخشی این درمان‌ها کمیاب است؛ بنابراین ممکن است در حال حاضر نتوان نتیجه‌گیری محکمی را در این زمینه به کاربرد. همچنین، بررسی درمان‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به درد لگنی نشان می‌دهد که در اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری (CBT[1]) و هیپنوتراپی، شواهد باکیفیت بسیار پایینی وجود دارد [۳۵]. با وجود اینکه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) با افزایش تعداد مطالعات تجربی در شرایط مختلف، در جمعیت‌های مختلف و در زمینه‌های مختلف تأیید می‌شود [۳۶]، اما با محبوبیت جهانی موج سوم (CBT)، مطالعات بیشتری بر روی تفاوت‌ها و شباهت‌های بین (CBT) موج سوم و (CBT) سنتی[2] شروع شده است [۳۷]. یکی از درمان‌های معروف به موج سوم، درمان‌پذیرش و تعهد (ACT[3]) است. هدف ACT کمک به بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فردی است که می‌تواند از طریق شش فرایند اصلی به دست آید [۳۹-۳۸]. مرور ۸۴ متاآنالیز در درمان اکت، عمدتاً نشان دادند که ACT در پیگیری سه‌ماهه، می‌تواند علائم اضطراب، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و فاجعه‌سازی درد را کاهش دهد و می‌تواند ذهن‌آگاهی، پذیرش درد و انعطاف‌پذیری روانی را بهبود بخشد [۴۰]. باتوجه‌به مقایسه بین ACT و(tCBT )، برخی از مطالعات نظری به این نتیجه رسیده‌اند که شباهت‌های بین این دو بیشتر از تفاوت‌ها است. هر دو مدل به افراد کمک می‌کنند تا علائم روان‌شناختی خود را از منظری عینی‌تر ببینند و تکنیک‌های رفتاری مشابهی را پوشش دهند و برخی از فرایندهای رایج مانند اجتناب رفتاری و توجه سخت را هدف قرار می‌دهند [۳۷]. با توجه به اینکه هر دو رویکرد درمانی ارزش‌های یکسانی را دنبال می‌کنند که شامل کاهش رنج، توانمندسازی، سرزندگی و ارتباط است، کاربرد تلفیقی این دو رویکرد بسیار مؤثر و کمک‌کننده است.

پژوهش‌های معاصر در حوزه مداخلات درمانی به سوی درمان‌های شخصی‌سازی شده حرکت کرده‌اند. در این راستا، درمان مبتنی بر فرایند (PBT)[4] با استفاده از هسته‌های درمانی خاص، به شناسایی راهبُردهایی می‌پردازد که

1 . Cognitive Behavior Therapy
2 . Traditional Cognitive behavior Therapy
3 . Acceptance and Commitment Therapy
4 . Process-Based Therapy

متناسب با ویژگی‌ها و نیازهای هر فرد هستند و به مراجعان کمک می‌کنند تا به فرایند درمان پایبند بمانندرو در نتیجه احتمال ترک درمان کاهش یابد [۴۱]. همچنین، تکامل یا ادغام بیشتر آن‌ها، می‌تواند درک بهتر از دو روش درمانی را تسهیل کند و به‌این‌ترتیب اثربخشی درمانی را با منابع محدود به حداکثر رساند [۴۲].

یکی از درمان‌های مبتنی بر فرایند، درمان یکپارچه ACT-CBT است که بر کارکرد تکنیک به‌جای ماهیت تکنیک تمرکز دارد و با تکیه بر نظریه چارچوب ارتباطی یک هدف کارکردی را دنبال می‌کند که همان ترویج عمل ارزشمند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است [۴۳-۴۴]. در این مدل درمانی فرض بر این است که ACT، CBT را می‌توان در قالب یک مدل انعطاف‌پذیر یکپارچه کرد. در هر دو درمان، افزایش رفتار انعطاف‌پذیر و همخوان باارزش‌ها در درمان بسیار مهم است. این درمان فقط تکنیک‌های جدید را به کار نمی‌بندد؛ بلکه به درمانگر اجازه می‌دهد تا به شیوه جدید به تکنیک‌های قدیمی و آشنای خود بنگرد. این شیوهٔ وابستگی، درمانگر را به یک بستهٔ مداخلهٔ خاص کاهش می‌دهد و درمانگر را از دنیای محتوا ( اینکه تکنیک چیست) خارج کرده و وارد دنیای کارکرد می‌کند (اینکه تکنیک چگونه عمل می‌کند و چه فرایندی را هدف قرار می‌دهد) [۴۵-۴۶]. برای درمان واژینیسموس نیز، استفاده از یک رویکرد چندرشته‌ای و تلفیقی می‌تواند مفید باشد [۱۸]. باتوجه‌به اینکه بارزترین ویژگی‌های مبتلایان به واژینیسم اضطراب و ترس از درد در رابطه جنسی است [۱۶] و متغیرهای ترس از رابطه جنسی، شناخت مثبت و خودانگاره در حیطه روان‌شناختی مدل‌های چندبعدی، پیش‌بینی کننده تشخیص واژینیسموس می‌باشند [۴۷]، آگاهی‌بخشی و بازسازی شناختی مراجع در مورد باورهای ناکارآمد خود و رابطه آن‌ها با هیجان و رفتارهای وی، به‌وسیله تکنیک‌های شناختی و تأکید بر پذیرش آن به‌جای اجتناب، می‌تواند به نحوه تفکر مراجع درباره کنترل اضطراب کمک کند[۴۳]. ازسوی‌دیگر، با کمک ذهن‌آگاهی و مشاهده بدون قضاوت در مورد درد و افکار مرتبط با اضطراب، مراجع به این درک می‌رسند که اینها فقط فکرند و نه واقعیت؛ بنابراین ضرورتی ندارد که به رفتارهای اجتنابی منجر شوند [۴۵].

با توجه به اینکه مرور مطالعات متاآنالیز نشان می‌دهد اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلالات جنسی زنان محدود بوده است و از سوی دیگر به کارگیری درمان‌های فرایند مدار می‌توانند اثربخشی درمان را با منابع محدود به حداکثر رسانند، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان یکپارچه (ACT-CBT) بر زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس است.

## روش

### نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر، بر مبنای هدف، کاربردی و از نظر روش، جزء تحقیقات کمی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل زنان مبتلا به واژینیسموس بود که ابتلای آنان توسط متخصص زنان تشخیص داده شده بود و در شهر مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۲ قرار داشتند. از میان آنان، ۳۰ زن مبتلا به واژینیسموس که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در پژوهش آزمایشی، تعداد آزمودنی‌ها در هریک از گروه‌های آزمایش و کنترل شامل ۱۵ نفر بود [۴۸]. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، داشتن سن ۱۷ تا ۴۵ سال، یائسه و برخورداری از سلامت جسمی و روانی. تشخیص واژینیسموس با علائم شامل دشواری زیاد در مقاربت، درد زیاد در مهبل، ترس یا اضطراب شدید از درد واژنی، انقباض شدید یا تنگ شدن شدید عضلات کف لگن، مشکلات جسمی در ناحیه لگن یا واژن، نداشتن عفونت که منجرشونده به درد هنگام دخول می‌باشد، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی یا جنسی دیگری که علائم مقاربت دردناک را ایجاد می‌کنند، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی هم‌زمان و عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی) انجام شد. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات روان‌درمانی و عدم مشارکت در تکالیف درمانی بود. از همه آزمودنی‌ها در هر دو گروه، آزمایش و کنترل، قبل و بعد از مداخله، پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرفته شد و گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، تحت مداخله درمان تلفیقی (ACT-CBT) قرار گرفت.

**ابزار پژوهش**

**برگه مشخصات جمعیت‌شناختی**

توضیحات این برگه شامل: اهداف پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت در پژوهش، بدون ضرر بودن مداخله درمانی و حفظ حریم خصوصی و حفظ اصل رازداری و شاخص‌های مربوط به اطلاعات متغیرهای همتاسازی گروه‌ها (سن، مقطع تحصیلی و مدت ازدواج) ثبت گردید.

**پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان(FSFI)[1]**

این پرسش‌نامه توسط روزن و همکاران [۴۹] ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۱۹ پرسش جهت بررسی افراد در ۶ بُعدِ میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد و نمره کل است. نمره‌دهی پرسش‌ها بر اساس سیستم نمره‌دهی از صفر (خیلی پایین، هیچ موقعی) تا ۵(خیلی بالا، همیشه) است و با جمع نمرات پرسش‌های هر بُعد، نمره آن بُعد به دست می‌آید. نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است. این پرسش‌نامه از نوع عمومی استاندارد است که اعتبار و پایایی آن توسط روزن و همکاران طی مطالعه‌ای که به همین منظور انجام شد و همچنین مطالعه محمدی در دانشگاه شاهد با آلفای کرونباخ ۰/۷۷، موردتأیید قرار گرفت [۵۰].

**پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ (RSES)[2]**

این آزمون حاوی ۱۰ پرسش است که هر پرسش در این پرسش‌نامه دارای ۴ گزینه است که دامنه آن از کاملاً موافق (نمره ۴) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) گسترده است. گستره نمرات این پرسش‌نامه از ۱۰ تا ۴۰ بوده که هرچه نمره بالاتر باشد، عزت‌نفس بالاتر را نشان می‌دهد [۵۱]. در پژوهش بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز ضرایب آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی را ۰/۶۹ و ۰/۶۸ گزارش کردند [۵۲].

**شیوه انجام پژوهش**

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که نخست پژوهشگر به مطالعه منابع داخلی و خارجی مختلف در ارتباط با متغیرهای پژوهش پرداخت و پس از اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مشهد، در راستای اجرای مداخله درمانی، پس از برقراری ارتباط و ارائه توضیحات اولیه درباره طرح پژوهش به ۱۹ نفر از پزشکان متخصص زنان در شهر مشهد در نیمه نخست سال ۱۴۰۲، تعداد ۵ نفر از آنان آمادگی خود را برای همکاری در فرایند ارجاع بیماران اعلام کردند. براین‌اساس، مقرر شد بیمارانی که از سوی پزشک متخصص، واجد ملاک‌های اختلال واژینیسموس تشخیص داده می‌شدند، از طریق شماره تماس یا شناسه کاربری در شبکه های اجتماعی به پژوهشگر معرفی شوند. در طی این مرحله، ۴۲ نفر با پژوهشگر ارتباط گرفتند. پس از انجام هماهنگی های لازم، برای این افراد جلسه ارزیابی بالینی برگزار شد. در این جلسات، مصاحبه بالینی انجام گرفت و توضیحات کامل در خصوص طرح درمان ارائه شد. همچنین، تأکید شد که مدیریت توسط یک درمانگر زن با رعایت عوامل فرهنگی و مذهبی انجام خواهد شد. پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، در نهایت ۳۰ نفر واجد شرایط در پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه مساوی (هر گروه ۱۵ نفر)، شامل گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. قبل و بعد از مداخله پیش‌آزمون و پس‌آزمون که شامل پرسش‌نامه‌های عملکرد جنسی زنان و عزت‌نفس روزنبرگ برای هر دو گروه اجرا شد. گروه آزمایش در ۱۲ نشست ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی، آموزش درمان یکپارچه شناختی - رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) را به صورت گروهی دریافت کردند که در جدول ۱، شرح مختصری از جلسات ارائه گردیده است. در طول مداخله، ۵ نفر از گروه آزمایش بر اساس ملاک خروج از پژوهش خارج شدند و برای حفظ تعادل گروه ها، ۵ نفر نیز به طور تصادفی از گروه کنترل حذف شدند؛ در نهایت، گروه آزمایش و گروه کنترل هر کدام ۱۰ نفر را شامل شدند و پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

به افراد گروه کنترل اطلاع داده شد که در فهرست انتظار قرار دارند و پس از اتمام جلسات درمانی گروه اول، مداخله درمانی برای آنان نیز برگزار خواهد شد.

**شیوه تحلیل داده‌ها**

به جهت تجزیه‌وتحلیل اطلاعات در این پژوهش، آمار توصیفی برای خلاصه و توصیف و طبقه‌بندی داده‌های جمع‌آوری شده و آمار استنباطی برای آزمون فرضیه‌های

1 . Famale Sexual Function Index
2 . Rosenberg Self Esteem Scale

پژوهش با انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار گرفته شد تا تأثیر مداخله درمانی ارزیابی شود. با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل‌ها انجام شد و سطح معناداری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**جدول ۱. ساختار پروتکل درمان تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) [۳۲]**

| جلسه | اهداف جلسه و مداخلات |
|---|---|
| جلسه اول | آشنایی متقابل و برقراری رابطه با مراجع، بیان انتظارات مراجع و هدف جلسات درمانی، بیان اصول اخلاقی جلسه مشاوره ازجمله اصل رازداری و احترام متقابل، بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و ارزیابی. بررسی مسائل زوجین و توضیحاتی برای همسر به‌منظور همکاری وی. |
| جلسه دوم | آموزش آشنایی با بدن و دستگاه تناسلی، استفاده از مدل ABC برای پی‌ریزی درمان برای کمک به انسجام و ساختار درمان. آموزش اینکه یک رویداد فعال‌ساز A و باور ناکارآمد مرتبط با آن B و پیامد هیجانی و رفتاری C ناشی از آن را شناسایی کنند. اینکه افراد انتخاب‌های مختلفی را در برخورد با مسائل دارند که به باورشان بستگی دارد و باور ناکارآمد منجر به رفتار ناکارآمد می‌شود. ارائه کاربرگ ABCDE به‌منظور شناسایی مسیر عمل و بازسازی شناختی و پر کردن آن به‌عنوان تکلیف منزل. |
| جلسه سوم | بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش و توضیح کم‌اهمیت کردن افکار ناکارآمد با معرفی مفهوم گسلش (D) و تضعیف قدرت یک فکر و تماشای افکار آن‌گونه که هستند نه آنچه می‌گویند. با استفاده از استعاره فروشنده، آموزش روانی و عادی‌سازی برای افزایش انعطاف‌پذیری و نه کاهش پریشانی انجام می‌شود و شناسایی مسیر عمل مؤثر (E). با نوشتن ارزش‌های موردعلاقه در رابطه زوج، و تمرین گسلش و راه‌های جدید مؤثربودن. با استفاده از استعاره جاده و تابلو...و میله‌های زندان به‌عنوان تکلیف در منزل. |
| جلسه چهارم | ارزیابی اولیه آموزش ارتباط بین افکار و احساسات و رفتار و اینکه همیشه با هم مرتبط نیستند و شناسایی افکاری که فرد را به دام می‌اندازد. تمرین نوشتن ۳ موقعیت که کاری متفاوت با رفتاری که افکار و احساس شما خواسته بود انجام دادید و کاربرگ افکاری که شما را به دام می‌اندازند به‌عنوان تکلیف در منزل و استعاره مسافران اتوبوس. |
| جلسه پنجم | ارزیابی اولیه و پیگیری تمرینات جلسه قبل، ادامه تمرینات مفهوم گسلش یا نا هم‌جوشی شناختی از طریق استعارهٔ دریاچه و برگ‌ها، ابرها، تمرین ذهن‌آگاهی و حضور در لحظه اسکن بدن، تکلیف در منزل اسکن بدن. تمرین رفتاری تنفس |
| جلسه ششم | ارزیابی و پیگیری تمرینات جلسهٔ قبل، معرفی پذیرش از طریق استعارهٔ مهمان ناخوانده و بزرگ کردن فضای ذهن،<br>توضیح سبک اجتناب، تحمل و پذیرش،<br>توضیح تمرین‌های رفتاری ممنوعیت رابطهٔ جنسی، شناخت بدن، بررسی بصری واژن توسط زن با استفاده از آینه دستی<br>ذهن‌آگاهی خوردن کشمش در جلسهٔ درمان، تکلیف در منزل: ذهن‌آگاهی و تمرکز بر خود. |
| جلسه هفتم | پیگیری تمرینات جلسهٔ قبل، معرفی و شفاف‌سازی ارزش‌ها از طریق استعارهٔ مرور فیلم زندگی، و تهیه سلسله‌مراتبی از ارزش و عمل.<br>**تکلیف در منزل:** آغاز تمرین‌های رفتاری جدید به‌صورت حساسیت‌زدایی منظم و گام‌به‌گام: انتخاب شیء یا (انگشت کوچک زن) و<br>**تمرین‌های واژنی:** حساسیت‌زدایی با یک انگشت آموزش داده شد و بیماران در طول هفته، باید ۳ بار یا بیشتر در منزل تمرین می‌کردند<br>**تمرین‌های ذهن‌آگاهی:** ارائه کاربرگ اصول زندگی (حرکت مراجع از شفاف‌سازی ارزش‌ها به‌طرف عمل) |
| جلسه هشتم | پیگیری تمرینات جلسهٔ قبل، تمرین رفتاری جدید: ارزیابی عدم درد با ورود انگشت کوچک - تمرین مواجهه در مرحله بعد: ورود شیء و انتخاب ۳ سایز ۲(، ۲/۵، ۳ یا ورود دو انگشت (بدون اضطراب و انقباض ناشی از آن)، دو انگشت را وارد کنند. |
| جلسه نهم | پیگیری تمرینات جلسهٔ قبل، تمرین رفتاری جدید: دریا و ماسه،<br>انتخاب شیء در ۳ سایز ( ۳/۵، ۴، ۴/۵) یا انگشت شریک جنسی: ادامه تمرین حساسیت‌زدایی با انگشت همسر<br>ادامه تمرین‌های ذهن‌آگاهی. |
| جلسه دهم | بررسی تکالیف جلسه قبل، مرور تمرینات گذشته، شیء در ۳ سایز (۴/۵،۴، ۵) یا دو انگشت همسر<br>و ادامه تمرین‌های ذهن‌آگاهی. |
| جلسه یازهم | جلسه مروری بر تمرینات جلسه قبل، تمرین‌های ذهن‌آگاهی. همراهی همسر در انجام تمرین. ادامه حساسیت‌زدایی<br>لمس ورودی واژن با آلت تناسلی بدون دخول |
| جلسه دوازدهم | مروری بر تمرینات گذشته و ذهن‌آگاهی و دخول کامل<br>انجام پس‌آزمون |

## نتایج

در این پژوهش، ۲۰ زن مبتلا به واژینیسموس که توسط متخصصین تشخیص داده شده بودند، شرکت کردند. این افراد به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند که هر کدام شامل ۱۰ نفر بود. آزمودنی‌ها از نظر برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی، مانند سن، تحصیلات و مدت ازدواج همسان‌سازی شدند تا اثر مداخله‌گری این متغیرها بر نتایج مطالعه کاهش یابد. یافته‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها به تفکیک گروه در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین سنی در گروه آزمایش ۸/۸۰±۲۵/۲۰ و در گروه کنترل ۶/۳۰±۲۹/۲۰ گزارش شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. توزیع میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که ۶۰ درصد از گروه آزمایش دارای مدرک دیپلم و پایین‌تر بودند، درحالی‌که ۷۰ درصد از گروه کنترل دارای مدرک کارشناسی و کمتر از آن بودند. همچنین، توزیع مدت ازدواج نشان می‌دهد که در هر دو گروه، بیشترین تعداد یعنی ۶۰ درصد از آزمودنی‌ها بین ۱ تا ۲ سال از ازدواجشان می‌گذرد.

**جدول ۲. مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش به تفکیک گروه**

| متغیر | گروه | تعداد | حداقل | | حداکثر | | میانگین | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سن | آزمایش | ۱۰ | ۱۸ | | ۴۲ | | ۲۵/۲۰ | |
| | کنترل | ۱۰ | ۲۱ | | ۴۲ | | ۲۹/۲۰ | |
| سطح تحصیلات | | | دیپلم و کمتر از آن | | کارشناسی و کمتر از آن | | کارشناسی‌ارشد و بیشتر از آن | |
| | | | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| | آزمایش | ۱۰ | ۶ | ۶۰ | ۴ | ۴۰ | ۰ | ۰ |
| | کنترل | ۱۰ | ۲ | ۲۰ | ۷ | ۷۰ | ۱ | ۱۰ |
| مدت ازدواج | | | کمتر از ۱ سال | | ۱ تا ۲ سال | | بیشتر از ۲ سال | |
| | | | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی |
| | آزمایش | ۱۰ | ۳ | ۳۰ | ۶ | ۶۰ | ۱ | ۱۰ |
| | کنترل | ۱۰ | ۱ | ۱۰ | ۶ | ۶۰ | ۳ | ۳۰ |

شاخص‌های توصیفی مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش نتایج نشان‌دهنده تغییر مثبت میانگین داده‌ها در متغیرهای عزت‌نفس و عملکرد جنسی به‌صورت کلی و زیرمقیاس‌های ارگاسم و رضایت است که بیانگر افزایش این متغیرها پس از مداخله درمانی است. همچنین، تغییر منفی میانگین داده‌ها در زیرمقیاس درد، نشان‌دهنده کاهش این متغیر پس از انجام مداخله است. در مقابل، میانگین داده‌ها در گروه کنترل، نسبتاً ثابت باقی‌مانده است. این نتایج به طور توصیفی اثربخشی مداخله درمان تلفیقی شناختی - رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود عملکرد جنسی و عزت‌نفس مبتلایان به اختلال واژینیسموس در گروه آزمایش نشان می‌دهد.

**جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش**

| گروه | | آزمایش (n=10) | | کنترل (n=10) | |
|---|---|---|---|---|---|
| متغیر | مرحله | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| عزت‌نفس | پیش‌آزمون | ۱۵/۷۰ | ۴/۲۷ | ۱۵/۷۰ | ۴/۳۴ |
| | پس‌آزمون | ۲۱/۲۰ | ۲/۸۵ | ۱۵/۵۰ | ۲/۰۸ |
| | تفاوت میانگین | +۵/۵ | | -۰/۲۰ | |
| ارگاسم | پیش‌آزمون | ۳/۱۶ | ۰/۶۶ | ۱/۹۲ | ۰/۳۵ |
| | پس‌آزمون | ۳/۹۸ | ۰/۴۰ | ۱/۶۷ | ۰/۴۲ |
| | تفاوت میانگین | +۰/۸۲ | | -۰/۲۵ | |
| رضایت | پیش‌آزمون | ۴/۵۵ | ۱/۲۳ | ۲/۲۳ | ۰/۹۴ |
| | پس‌آزمون | ۴/۶۸ | ۰/۸۸ | ۲/۱۳ | ۰/۷۵ |
| | تفاوت میانگین | +۰/۱۳ | | -۰/۱۰ | |
| درد | پیش‌آزمون | ۴/۶۰ | ۱/۴۷ | ۳/۰۹ | ۰/۶۷ |
| | پس‌آزمون | ۱/۹۱ | ۰/۷۵ | ۳/۳۲ | ۰/۵۲ |
| | تفاوت میانگین | -۲/۶۹ | | +۰/۲۳ | |
| نمره کل عملکرد جنسی | پیش‌آزمون | ۱۷/۳۷ | ۳/۵۸ | ۱۰/۹۷ | ۱/۷۴ |
| | پس‌آزمون | ۲۰/۴۸ | ۱/۷۶ | ۱۰/۱۹ | ۱/۶۰ |
| | تفاوت میانگین | +۳/۱۱ | | -۰/۷۸ | |

**جدول ۴. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف - نرمال بودن داده‌ها**

| متغیر | گروه | آزمایش | | کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | آماره آزمون | Sig | آماره آزمون | Sig |
| عملکرد جنسی | پیش‌آزمون | ۰/۱۹۵ | *۰/۲۰۰ | ۰/۱۸۲ | *۰/۲۰۰ |
| | پس‌آزمون | ۰/۲۱۸ | ۰/۱۹۵ | ۰/۱۵۰ | *۰/۲۰۰ |
| عزت‌نفس | پیش‌آزمون | ۰/۱۲۰ | ۰/۲۰۰ | ۰/۱۵۲ | *۰/۲۰۰ |
| | پس‌آزمون | ۰/۱۳۶ | ۰/۲۰۰ | ۰/۱۵۱ | *۰/۲۰۰ |

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و بررسی فرضیه پژوهش، ضروری است پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. در بررسی پیش‌فرض‌ها، اگر مقدار Sig بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، فرض با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. جدول ۴ تأیید پیش‌فرض مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات را با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف به تفکیک گروه آزمایش و خطا در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

همچنین، جدول ۵ نتایج آزمون لوین را برای تأیید همگنی واریانس خطا در گروه‌ها ارائه می‌دهد. بر اساس نتایج آزمون ام باکس( BOXs M = ۱/۵۰۳ Sig=)۰/۷۲۴ همگنی کوواریانس تأیید گردید. براساس پراکنش نمرات و همچنین خط رگرسیون برآورد شده، مشاهده می‌شود که این خطوط یکدیگر را در محدوده داده‌ها قطع نمی‌کنند و پیش‌فرض یکسانی شیب خط رگرسیون برقرار است.

**جدول ۵. نتایج آزمون لوین - همگنی واریانس خطا در گروه‌ها**

| متغیر | F | Sig |
|---|---|---|
| عملکرد جنسی | ۰/۰۲۶ | ۰/۸۷۳ |
| عزت‌نفس | ۰/۰۱۳ | ۰/۹۱۰ |

برای بررسی اثربخشی درمان تلفیقی شناختی - رفتاری مبتنی بر پذیرش، تعهد بر عملکرد جنسی، عزت‌نفس، معنادار بودن تفاوت ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج این آزمون در جداول ۶ و ۷ قابل‌مشاهده است.

**جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در درمان تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی و عزت‌نفس**

| نام آزمون | مقدار | آماره F | DF فرضیه | DF خطا | سطح معناداری | اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|
| اثر پیلایی | ۱/۳۵۳ | ۱۷/۷۷۵ | ۴ | ۳۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۷۶ |
| لامبدای ویلکس | ۰/۰۷۵ | ۲۱/۲۸۷ | ۴ | ۳۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۷ |
| اثر هتلینگ | ۶/۶۷۱ | ۲۵/۰۱۶ | ۴ | ۳۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۹ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۵/۶۵۸ | ۴۸/۰۹۴ | ۲ | ۱۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۵۰ |

**جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در متن مانکوا روی عملکرد جنسی و عزت‌نفس**

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عملکرد جنسی | ۴۷۱/۴۹۴ | ۲ | ۲۳۵/۷۴۷ | ۳۶/۶۸۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۱۲ |
| عزت‌نفس | ۲۸۲/۷۱۸ | ۲ | ۱۴۱/۳۵۹ | ۲۳/۱۴۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۱ |

در جدول ۶ مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ است که بیانگر این است که دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای عملکرد جنسی و عزت‌نفس تفاوت معناداری داشته‌اند.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود که اثربخشی درمان تلفیقی شناختی - رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد-CBT) (ACT بر عملکرد جنسی و عزت‌نفس معنادار بوده است (p<0/05).با توجه به اینکه سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ به دست آمده و با توجه به مجذور اتا، می‌توان گفت که مقدار این اندازهٔ اثر در عملکرد جنسی ۸۱ درصد و در عزت‌نفس ۷۳ درصد بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهندهٔ تأثیر مثبت و معنادار (P<0.01) مداخلهٔ یکپارچه شناختی - رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) بر بهبود عملکرد جنسی و افزایش عزت‌نفس در زنان مبتلا به واژینیسموس است. این نتیجه، هم‌راستا با مطالعات پیشین مبنی بر کارایی درمان CBT با تأکید بر اصلاح افکار ناکارآمد که همسو با مطالعات [۲۸،۲۵،۲۳،۲۲،۱۹] است و همچنین اثربخشی درمان‌پذیرش و تعهد (ACT) در ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش شدت اضطراب که همسو با پژوهش‌های [۴۲،۴۰،۳۷،۳۵] است.

اهمیت این یافته‌ها، در توجه به ماهیت چند بُعدی واژینیسموس نهفته است؛ اختلالی که ریشه در عوامل روان‌شناختی از جمله ترس و اضطراب مرتبط با رابطه جنسی و همچنین عوامل اجتماعی - فرهنگی، شامل نگرش‌های منفی نسبت به تمایلات جنسی و کمبود آگاهی

جنسی دارد [۱۶، ۱۸، ۳۲، ۲۷]. در حالی‌که مداخلات شناختی - رفتاری (CBT) که به طور سنتی در درمان این اختلال مورد استفاده قرار گرفته‌اند، اثربخشی محدودی داشته‌اند و به‌تنهایی پاسخگوی پیچیدگی‌های این اختلال نبوده‌اند [۳۴، ۳۵]. این محدودیت‌ها، اهمیت رویکردهای جامع و یکپارچه‌نگر را در درمان واژینیسموس برجسته می‌کنند.

موفقیت مداخلهٔ تلفیقی CBT-ACT را می‌توان به چند عامل کلیدی نسبت داد. نخست، رویکرد جامع و چندوجهی آن که هم به ابعاد شناختی و رفتاری و نیز به ابعاد مربوط به پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌پردازد [۴۱, ۴۲-۴۶]. دوم، هم‌افزایی بین CBT و ACT که موجب می‌شود تا نقاط قوت هر دو رویکرد در درمان یک اختلال چندبعدی مانند واژینیسموس به طور کامل مورد استفاده قرار گیرد [۳۷]. سوم، این مداخله توانایی هدف قراردادن هم‌زمان عوامل روان‌شناختی و اجتماعی - فرهنگی دخیل در پیدایش و تداوم واژینیسموس را دارد [۳۱،۱۸، ۳۲].

جنبهٔ CBT این مداخله، به بازسازی شناختی باورهای ناکارآمد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با اضطراب، ترس و تغییر الگوهای رفتاری اجتنابی می‌پردازد. درحالی‌که جنبهٔ ACTبر پذیرش احساسات، افکار منفی، تمرکز بر ارزش‌های شخصی و عمل‌کردن در راستای آن‌ها تأکید دارد [۴۰, ۴۵]. این هم‌افزایی باعث می‌شود زنان مبتلا بتوانند هم با چالش‌های شناختی و رفتاری و هم با تجربیات عاطفی خود به شکلی سازنده‌تر مواجه شوند.

علاوه بر این، مکانیسم‌های اثر CBT-ACT در بهبود عملکرد جنسی و عزت‌نفس را می‌توان به‌تفصیل توضیح داد. یکی از ویژگی‌های تشخیصی واژینیسموس، احساس درد شدید هنگام دخول و ترس از تکرار این درد است [۱۶] که منجر به افکار ناکارآمد، انقباض عضلات لگن و اجتناب از فعالیت جنسی می‌شود. CBT در این مداخله به شناسایی و اصلاح این افکار ناکارآمد کمک می‌کند، درحالی‌که ACT به زنان کمک می‌کند تا با احساسات ناخوشایند خود با ذهن‌آگاهی مواجه شوند، بدون اینکه نیاز به تغییر یا اجتناب از آن‌ها داشته باشند. این پذیرش، به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و کاهش تأثیر افکار منفی بر تجربه جنسی کمک می‌کند [۵۳]. تمرکز بر ارزش‌ها و انجام رفتارهایی که با ارزش‌های شخصی هم‌خوانی دارند، به‌جای اجتناب از افکار و هیجانات ناخوشایند، نیز نقش مهمی در این روند ایفا می‌کند [۴۴]. همچنین، پذیرش درد و عدم تلاش برای تغییر یا اجتناب از آن، به سازگاری بیشتر با درد مزمن و کاهش شدت آن کمک می‌کند [۵۳].

در نهایت، با افزایش عزت‌نفس و به چالش کشیدن افکار منفی و ناتوانی‌های رفتاری، CBT-ACT به بهبود خودپنداره و افزایش عزت‌نفس در زنان مبتلا به واژینیسموس کمک می‌کند .در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخلهٔ یکپارچه‌نگر CBT-ACT رویکردی کارآمد و مؤثر در درمان واژینیسموس است که می‌تواند منجر به بهبود قابل‌توجه در عملکرد جنسی و افزایش عزت‌نفس در زنان مبتلا شود.

## محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی ازجمله کم‌بودن تعداد مبتلایان واژینیسموس که تمایل به درمان روان‌شناختی داشته باشند و ناتوانی در همگن کردن بیشتر متغیرهای گروه مداخله به علت کمبود مراجعان دارای پذیرش در این زمینه بود. همچنین، می‌توان به عدم مشارکت همسران در فرایند درمان اشاره کرد. با توجه به اینکه در واژینیسموس، عوامل ارتباطی، هیجانی و جنسی زوجین در تداوم یا بهبود آن نقش دارند، عدم حضور مردان در جلسات درمان می تواند بر میزان اثربخشی مداخلات و تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر ، به نبود دوره پیگیری باید اشاره کرد.

## پیشنهادهای پژوهشی

پیشنهاد می‌شود که این طرح پژوهشی با حجم نمونه بزرگ‌تر انجام شود تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شوند. همچنین، این پژوهش در مورد سایر اختلالات جنسی نیز اجرا شود و در پژوهش‌های آتی دوره‌های پیگیری نیز در نظر گرفته شود تا ماندگاری تأثیر این آموزش در طول زمان مشخص شود. در پژوهش‌های آتی بهتر است بر بررسی طولانی‌مدت اثربخشی این مداخله و مقایسهٔ آن با سایر روش‌های درمانی تمرکز شود. همچنین، بررسی عوامل تعدیل‌کنندهٔ پاسخ به درمان، مانند ویژگی‌های شخصیتی و عوامل اجتماعی - فرهنگی و نیز مکانیسم‌های عصبی - زیستی دخیل در این روند، می‌تواند

درک جامع‌تری از سازوکار اثر این مداخلات کمک کند.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، با اخذ کد اخلاق IR.MUMS.REC.۱۴۰۱.۲۶۴ از دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رعایت شده است. این پژوهش برگرفته از *پایان‌نامه‌ای* با عنوان اثربخشی درمان تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی و افزایش عزت‌نفس زنان مبتلا به واژینیسم است که در دانشگاه حکیم طوس مشهد تدوین شده است. رضایت آگاهانه و داوطلبانهٔ شرکت در پژوهش از تمامی افراد اخذ گردیده و اصل رازداری و محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان نزد پژوهشگر به طور کامل حفظ شده است.

## حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

## منابع


1- Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. Int J Gynecol Obstet. 2021;153(1):14-24. https://doi.org/10.1002/ijgo.13523

2- World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization; 2015. 87 p. ISBN: 978-92-4-156498-4.

3- Pâquet M, et al. Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodynia: Associations with women's pain, women's sexual function, and both partners' sexual distress. J Pain. 2018; 19(5): 552–561. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.264

4- Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Khiabani A. Sexual penetration cognitions in women with genito-pelvic pain and penetration disorder: a systematic review and meta-analysis. Sex Relat Ther. 2021; 38(4): 638–652. https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1894327

5- Fadul R, Garcia R, Zapata-Boluda R, Aranda-Pastor C, Brotto L, Parron-Carreño T, Alarcon-Rodriguez R. Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study. J Sex Marital Ther. 2019; 45(1): 73-83. https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1484401.

6- Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. Womens Health (Lond). 2018; 14: 1–16. doi:10.1177/1745506518762664

7- Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, et al. The role of personal factors in quality of life among Iranian women with vaginismus: A path analysis. Health Qual Life Outcomes. 2021;19:166. doi:10.1186/s12955-021-01799-5

8- Anderson-Foster N. Black Women and Compulsive Sexual Behavior. Sex Health Compulsivity. 2023; 30(1): 38-56. doi:10.1080/26929953.2022.2150918

9- Maseroli E, et al. Psychobiological correlates of vaginismus: An exploratory analysis. J Sex Med. 2017;14(11):1392–1402 doi:10.1016/j.jsxm.2017.09.015

10- Alizadeh A, Farnam F, Raisi F, Parsaeian M. Prevalence of and risk factors for genito-pelvic pain/penetration disorder: a population-based study of Iranian women. J Sex Med. 2019;16(7):1068-1077. doi:10.1016/j.jsxm.2019.04.019

11- Perez S, Binik YM. Vaginismus:"Gone" but not forgotten. Psychiatr Times. 2016; 33(7). https://www.psychiatrictimes.com/view/vaginismus-gone-not-forgotten

12- Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, et al. Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. J Sex Med. 2016;13(4):591-606. doi:10.1016/j.jsxm.2016.01.021

13- Yazdanpanahi Z, Nikkholgh M, Akbarzadeh M, Pourahmad S. Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran, 2015. J Family Community Med. 2018; 25(2): 82-87. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_117_17

14- Esfahani SB, Pal S. Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review. Health Psychol Open. 2018;5(2):1-13. doi:10.1177/2055102918786867

15- Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G, Feranec J. Evaluation and treatment of female sexual pain: a clinical review. Cureus. 2018; 10(3). https://doi.org/10.7759/cureus.2379

16- Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can fear, pain, and muscle tension discriminate vaginismus from dyspareunia/provoked vestibulodynia? Implications for the new DSM-5 diagnosis of genito-pelvic pain/penetration disorder. Arch Sex Behav. 2015; 44: 1537-1550. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0430-z

17- Bohlen J G, Held J P, Sanderson M O, Patterson RH. Vaginal muscle activity in vaginismus: A review. Journal of Sex Research. 2010; 47(2): 114–123.

18- McEvoy M, McElvaney R, Glover R. Understanding vaginismus: a biopsychosocial perspective. Sex Relat Ther. 2024; 39(3): 680-701. https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2007233

19- Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES., Graham C, et al. (2016). Ethical and sociocultural aspects of sexual function anddysfucntion in both sexes. The Journal of Sexual Medicine. 2016; 13(4): 591–606. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.021

20- Binik YM, Meana M. The future of sex therapy: specialization or marginalization? Arch Sex Behav. 2009; 38(6): 1016-27. https://doi.org/10.1007/s10508-009-9475-9

21- Tiefer L. A new view of women's sexual problems: why new? Why now? J Sex Res. 2001;38(2):89-96. https://doi.org/10.1080/00224490109552075

22- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report on the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000;163(3):888-93. PMID:10688001

23- Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. Urology. 1999; 54(3):385-391. https://doi.org/10.1177/2055102918786867

24- Chiu, S. (2013). Female sexual dysfunction: definition, classification, and debates. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. https://doi.org/10.1016/J.TJOG.2013.01.002

25- Reissing ED. Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. The Journal of Sexual Medicine. 2019; 2-12; 9(1), 251–258. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02534.x

26- Ali Akbari Dehkordi M, Heydari Nasab L, Keyghabadi Sh. The relationship between sexual function and marital adjustment in married women. Clin Psychol Personal. 2013; 11(1): 87-98. https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1392.11.1.8.4 **[In Persian]**

27- Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M. Bio-psychosocial factor of vaginismus in Iranian women. Reprod Health. 2021; 18(1):210. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01260-2

28- Rosenbaum, T. Y. An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: Promoting autonomy and mind/body connection. Sexual and Relationship Therapy, 2013; 28(1–2): 20–28. https://doi.org/10.1080/14681994.2013.764981

29- Dolan, L. An integrative approach to the psychotherapeutic treatment of vaginismus incorporating hypnosuggestion and hypnoanalysis. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2009; 37(1): 60–73.

30- Klaassen, M., & Ter Kuile, M. M. (2009). Development and initial validation of the vaginal penetration cognition questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. The Journal of Sexual Medicine, 6(6): 1617–1627. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01217.x

31- Ter Kuile MM, van Lankveld JJ, de Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. Behav Res Ther. 2007; 45(2): 359-373. doi:10.1016/j.brat.2006.03.013

32-Çankaya S, Aslantaş BN. Determination of sexual attitude, sexual self-consciousness, and sociocultural status in women with and without lifelong Vaginismus: a case-control study. Clin Nurs Res. 2022;31(7):1340-1351. doi: 10.1177/10547738221103334

33-Mestre-Bach G, Blycker GR, Potenza MN. Behavioral therapies for treating female sexual dysfunctions: A state-of-the-art review. J Clin Med. 2022;11(10):2794. doi:10.3390/jcm11102794

34-Omidvar Z, Bayazi MH, Faridhosseini F. Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy training and cognitive-behavioral therapy on sexual satisfaction of women with vaginismus disorder. J Fundam Ment Health. 2021;23(4):267-71. https://doi.org/10.22038/JFMH.2021.18994.

35-National Guideline Alliance (UK). Psychological therapy for women with pelvic floor dysfunction. In: Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management: evidence review O. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Dec.

36-Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Stallard P, Howard R, Das Nair R, et al. The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: a meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. Psychol Med. 2021;51(1):21-9. https://doi.org/10.1017/S0033291720005292.

37-Fang S, Ding D. The differences between acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy: a three-level meta-analysis. J Contextual Behav Sci. 2023;28:149-68. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.015.

38-Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behav Ther. 2004;35(4):639-65. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3.

39-McClure JB, Bricker J, Mull K, Heffner JL. Comparative effectiveness of group-delivered acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for smoking cessation: a randomized controlled trial. Nicotine Tob Res. 2020;22(3):354-62. https://doi.org/10.1093/ntr/nty268.

40-Van de Graaf DL, Trompetter HR, Smeets T, Mols F. Online acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for chronic pain: a systematic literature review. Internet Interv. 2021;26:100465. https://doi.org/10.1177/10547738221103334a

41-Hayes SC, Hofmann SG, Ciarrochi J. A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: the conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. Clin Psychol Rev. 2020;82:101908. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908.

42-Goldsmith ES, Koffel E, Ackland PE, Hill J, Landsteiner A, Miller W, et al. Evaluation of implementation strategies for cognitive behavioral therapy (CBT), acceptance and commitment therapy (ACT), and mindfulness-based stress reduction (MBSR): a systematic review. J Gen Intern Med. 2023;38(12):2782-91. https://doi.org/10.1007/s11606-023-08140-4

43-Ciarrochi J, Bailey A. A CBT practitioner's guide to ACT: how to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy. Oakland (CA): New Harbinger Publications; 2008.

44-Ciarrochi J, Sahdra B, Hofmann SG, Hayes SC. Developing an item pool to assess processes of change in psychological interventions: the Process-Based Assessment Tool (PBAT). J Contextual Behav Sci. 2022;23:200-13. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.02.001.

45-Jacobs AM, Antony MM. Review of A CBT practitioner's guide to ACT: how to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and acceptance & commitment therapy. APA PsycArticles. 2009. https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002

46-Watson S, Mathieson F, Huthwaite M. Integrating ACT components in CBT training: trainee appetite and supervisor preparedness. N Z J Psychol. 2021;50(3).

47-Reisy L, Ziaee S, Mohamad E. Designing a questionnaire for diagnosis of vaginismus and determining its validity and reliability. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015;25(125):81-94. Persian.

48- Poursaleh A, Sarparast. Effectiveness of self-compassion awareness program online training on health anxiety and psychological flexibility during the outbreak of corona disease. Clin Psychol Personal. 2023;20(2):135-47. Persian. https://doi.org/10.22070/cpap.2023.13972.1059.

49- Rosen PH, McDuff P, Grégoire C. Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. J Sex Med. 2013;10:2024-35. https://doi.org/10.1111/jsm.12210.

50- Mohammadi KH, Heydari Masoumeh, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh. 2008;7(3):269-78. Persian. https://sid.ir/paper/24091/en

51- Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale. J Relig Health. 1965. https://doi.org/10.1037/t01038-000.

52- Mohammadi N, Sajadi Negad M. Psychometric evaluation of measures concerns about body image questionnaire and test the communication model, BMI, dissatisfaction with body image and self-esteem in adolescent girls. Q J Psychol Stud. 2006;1(3): 85-101. Persian. https://doi.org/10.22051/psy.2007.1650.

53- Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. Eur J Cancer Care. 2015; 24(1): 15-27. https://doi.org/10.1111/ecc.12223.

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۱۴-۱۹۹**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20413.1707

**مقاله پژوهشی**

# مدل ساختاری رابطه سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی: نقش میانجی ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی

**نویسندگان**

**مهسا محمدی [۱]، منیژه فیروزی [۲*]، رضا رستمی [۳]**

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران. mahsa.mohamadi@ut.ac.ir
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. rrostami@ut.ac.ir

**چکیده**

**مقدمه:** اختلال وسواس فکری - عملی یکی از اختلالات روانی مزمن و ناتوان‌کننده به شمار می‌رود که هزینه‌های فردی و اجتماعی چشمگیری به همراه دارد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی بود.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری شامل بزرگسالان بالای ۱۸ سال ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که از میان آن‌ها، ۲۵۱ نفر (۱۹۱ زن و ۶۰ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس‌های وسواس فکری - عملی (MOCI)، سبک‌های دلبستگی (AAI)، انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)، و ناگویی هیجانی (TAS-20) بودند. تحلیل‌های آماری با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۱ و AMOS نسخه ۲۲ انجام شد.

**نتایج:** اثرات غیرمستقیم از طریق ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه میان سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی معنادار بودند، اما مسیر مستقیم از سبک‌های دلبستگی به نشانه‌های وسواس فکری - عملی معنادار نبود. همچنین، مسیرهای مستقیم از ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی به نشانه‌های وسواس فکری - عملی معنادار بودند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی نقش میانجی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی ایفا می‌کنند.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۱۲/۰۷

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۶/۰۱

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

سبک‌های دلبستگی، نشانه‌های وسواس فکری - عملی، اختلال وسواس فکری - عملی، ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

mfiroozy@ut.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۱۴-۱۹۹
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 199-214

## مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی ، به عنوان یک آسیب روان‌شناختی شایع، با حضور پایدار افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته و مزاحم شناخته می‌شود. علی‌رغم بینش افراد مبتلا نسبت به غیرمنطقی بودن این تجارب ذهنی و رفتارهای متعاقب آن، ناتوانی در مهار این چرخه‌های تکرارشونده منجر به صرف زمان قابل‌توجهی می‌گردد. این روند نه تنها کارکردهای روزمره فرد را مختل می‌کند، بلکه افت جدی در تعاملات اجتماعی و عملکردهای تحصیلی و شغلی را به همراه دارد. با توجه به ماهیت مزمن این اختلال، شناسایی زیربناهای تحولی و سازوکارهای روانی مؤثر در تداوم آن ضروری است [۱].

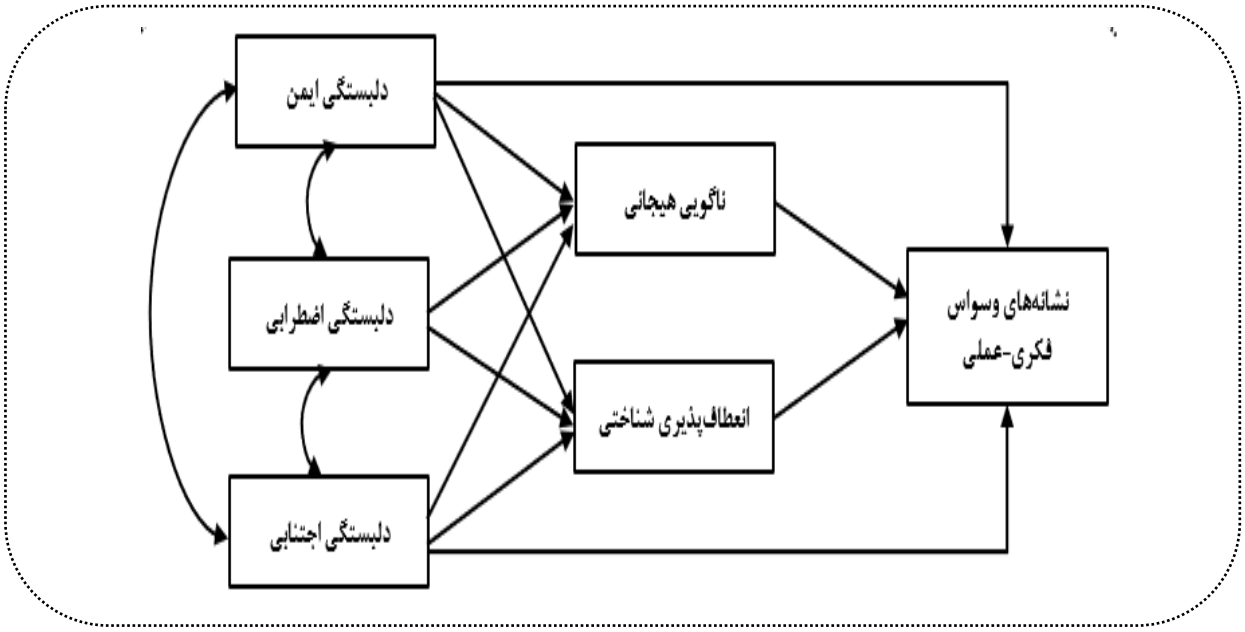
یکی از این عوامل اثرگذار در شکل‌گیری و تداوم اختلال وسواس فکری - عملی و نشانه‌های وسواس فکری-عملی، سبک‌های دلبستگی است که ریشه در روابط اولیه فرد با مراقبان اصلی خود دارد [۲]. سبک‌های دلبستگی در دو بعد ایمن و ناایمن اضطرابی و اجتنابی بررسی می‌شوند. دلبستگی اضطرابی با نگرانی مداوم در مورد در دسترس نبودن دیگران و ترس از طرد شدن مشخص می‌شود، درحالی‌که دلبستگی اجتنابی با ترس از صمیمیت و احساس ناراحتی در روابط نزدیک، به ویژه در شرایطی که فرد حس کنترل شخصی خود را از دست می‌دهد، همراه است. افرادی که در هر دو بعد اضطرابی و اجتنابی نمرات پایینی دارند، دارای دلبستگی ایمن محسوب می‌شوند و قادر هستند روابط نزدیک و سالمی را به طور مستقل برقرار کنند. بر اساس نظریه دلبستگی بالبی[1]، پیوند عاطفی اولیه که میان فرد و مراقب اصلی او شکل می‌گیرد، تأثیر به‌سزایی در نحوه تنظیم هیجان‌ها و تعاملات بین فردی در طول زندگی او دارد [۳]. سبک‌های دلبستگی می‌توانند تحت‌تأثیر میزان اطمینانی که فرد از حضور مؤثر و حمایت‌گر ابژه دلبستگی خود دریافت می‌کند، شکل بگیرند. در مواردی که فرد در کودکی احساس امنیت کافی را تجربه نکرده باشد، ممکن است الگویی از شک و تردید نسبت به قابلیت پیش‌بینی‌پذیری و ثبات وقایع شکل بگیرد. این عدم اطمینان می‌تواند زمینه‌ساز حساسیت بیشتر به عدم قطعیت شده و در نهایت در شکل‌گیری یا تشدید علائم وسواس فکری - عملی نقش داشته باشد. از آنجا که هسته اصلی وسواس، تردید و نیاز به اطمینان مداوم است، تجربه‌های دلبستگی ناایمن می‌تواند فرد را به سمت رفتارهای تکراری و اجبارگونه سوق دهد تا به نوعی کنترل و قطعیت بیشتری در دنیای درونی خود دست یابد. یافته‌های یک فراتحلیل نشان می‌دهد که بین دلبستگی ناایمن، شامل دلبستگی اضطرابی و اجتنابی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی در هر دو گروه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و افرادی که نشانه‌های این اختلال را تجربه می‌کنند ولی دارای اختلال نیستند، رابطه‌ای قوی وجود دارد [۲].

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که شکل‌گیری و تداوم اختلال وسواس فکری - عملی نتیجه تعامل پیچیده عوامل تحولی، هیجانی و شناختی است [۴، ۵]. در این میان، نظریه‌های دلبستگی چارچوبی منسجم را برای تبیین چگونگی تبدیل تجربیات اولیه‌ی رابطه‌ای به آسیب‌های بالینی فراهم می‌کنند. بر اساس این دیدگاه، سبک‌های دلبستگی به‌عنوان یک عامل زیربنایی، از طریق دو مسیر می‌توانند بر نشانه‌های وسواس فکری - عملی اثر بگذارند: مسیر هیجانی از طریق ناگویی هیجانی و مسیر شناختی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی. در مسیر هیجانی، پاسخ‌دهی ناکافی و غیرقابل‌پیش‌بینی مراقبان در دلبستگی ناایمن، فرآیند شکل‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان را مختل می‌کند [۸، ۹]. در چنین بستر تحولی، فرد هیجان‌های خود را به‌عنوان پدیده‌هایی تهدیدکننده ادراک نموده و از ظرفیت لازم برای شناسایی و پردازش آن‌ها محروم می‌گردد. این بن‌بست هیجانی خاستگاه بروز ناگویی هیجانی است؛ وضعیتی که با ناتوانی فرد در نام‌گذاری هیجان‌ها و پردازش درونی‌شده‌ی عواطف مشخص می‌شود [۶]. یافته‌ها حاکی از آن است که ناگویی هیجانی با تشدید نشانه‌های وسواس فکری - عملی رابطه مستقیم دارد [۷]؛ چرا که اضطراب مبهم ناشی از عدم توانایی در تنظیم هیجان، فرد را وادار می‌کند برای تسکین تنش درونی خود به تشریفات ذهنی و رفتاری وسواس‌گونه پناه ببرد. در مسیر شناختی، سبک‌های دلبستگی ناایمن با ایجاد مدل‌های کاری - درونی ناکارآمد و انعطاف‌ناپذیر، بر سازوکارهای اجرایی - ذهنی سایه می‌اندازند؛ به‌طوری‌که انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان یکی از کارکردهای کلیدی اجرایی، با ناتوانی فرد در جابجایی منعطف توجه، بازداری پاسخ‌های تکراری و سازگاری

1 . Bowlby's Theory of Attachment

فرایندهای فکری با تغییرات محیطی، دچار اختلال می‌گردد [۴]. بر اساس نظریه‌های شناختی - رفتاری اختلال وسواس فکری - عملی، نقص در بازداری شناختی و دشواری در پردازش اطلاعات، به‌عنوان رکن اساسی تداوم نشانه‌ها شناسایی می‌شود. زمانی که دلبستگی ناایمن منجر به کاهش انعطاف‌پذیری شناختی می‌گردد، فرد در بن‌بست افکار مزاحم گرفتار شده و از توانایی سلب توجه از محرک‌های اضطراب‌زا و انتقال آن به موضوعات سازگارانه محروم می‌شود؛ امری که منجر به تشدید و تداوم نشانه‌های وسواس فکری - عملی می‌گردد [۱۳].

در یک نگاه کلی، ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان دو سازه کلیدی در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی، پتانسیل بالایی در تبیین زیربنای نشانه‌های وسواس فکری - عملی ایفا می‌کنند. هرچند پیوند میان دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی در مطالعات گذشته مورد تأیید قرار گرفته، اما تبیین مکانیسم‌های میانجی دخیل در این فرایند، همچنان مغفول مانده است. پژوهش حاضر با هدف رفع این خلاء و با اتخاذ رویکردی پیوستاری، به دنبال آزمون مدل ساختاری است که در آن نقش میانجی ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه میان سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی بررسی می‌شود. نتایج این مدل‌سازی علاوه بر غنی‌سازی مبانی نظری، می‌تواند افق‌های تازه‌ای را در طراحی مداخلات درمانی هدفمند پیش روی متخصصان قرار دهد. بر این اساس، پرسش پژوهش حاضر این است که رابطه سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در این رابطه چگونه قابل تبیین است؟




**شکل۱. مدل مفهومی پژوهش**

## روش

پژوهش حاضر از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی و از نظر هدف، بنیادی است. جهت آزمون مدل مفروض و بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای دلبستگی، ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی بر نشانه‌های وسواس فکری - عملی، از روش روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه آماری پژوهش را افراد بالای ۱۸ سال ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند که از هر دو جنس و با سطوح تحصیلی مختلف بودند. نمونه پژوهش به روش در نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس قاعده ۵ آزمودنی برای هر پارامتر انتخاب شد. با توجه به وجود ۴۸ پارامتر در مدل، حجم نمونه مورد نیاز ۲۴۰ نفر برآورد شد و به منظور جبران ریزش احتمالی، ۲۵۱ نفر وارد پژوهش شدند. از میان شرکت‌کنندگان، ۱۹۱ نفر (۷۶/۱ درصد) زن و ۶۰ نفر (۲۳/۹ درصد) مرد بودند.

ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل سن بالای ۱۸ سال، سکونت در تهران، نداشتن بیماری جسمی و روانی حاد، عدم مصرف دارو، تمایل به مشارکت در پژوهش و برخورداری از حداقل توانایی خواندن و نوشتن و استفاده از پلتفرم‌های آنلاین بود. احراز این ملاک‌ها بر اساس خوداظهاری شرکت‌کنندگان در ابتدای فرم پژوهش و پاسخ به پرسش‌های غربالگری انجام شد؛ به این صورت که از افراد درباره سن، سوابق بیماری جسمی یا روانی و استفاده از دارو، میزان توانایی خواندن و نوشتن و استفاده از پلتفرم‌های آنلاین پرسش شد. ملاک‌های خروج شامل پاسخ‌دهی ناقص به پرسش‌نامه بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت اینترنتی در نسخه فارسی توزیع و تکمیل شدند. پرسش‌نامه‌ها از طریق لینک‌های اینترنتی در بهمن و اسفند سال ۱۴۰۱ در صفحات شخصی و عمومی شبکه‌های اجتماعی اینستاگرام، تلگرام و واتساپ منتشر شد و در دسترس شرکت‌کنندگان قرار گرفتند. پیش از اجرای پژوهش، اطلاعات لازم در خصوص هدف و شیوه اجرای پژوهش، اصل رازداری، حق انتخاب برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف در هر مرحله از فرآیند پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها، به شرکت‌کنندگان ارائه شد.

## ابزارها

### پرسش‌نامه وسواس فکری-عملی مادزلی[1]

این پرسش‌نامه، توسط هاجسون و راچمن[2] در سال ۱۹۷۷ م. طراحی شده و متشکل از ۳۰ گویه به صورت درست یا نادرست است [۱۴]. در بررسی اعتبار اولیه این ابزار در بیمارستان مادزلی، توانایی آن در تفکیک دقیق میان ۲۱ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری و ۲۱ بیمار روان‌نژند تأیید گردید. تحلیل محتوایی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار نیز منجر به استخراج چهار مؤلفه اصلی شد که بیانگر ابعاد مختلف مشکلات وسواسی در این جمعیت بالینی بودند. این مؤلفه‌ها شامل: وارسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی می‌باشند. فرایند نمره‌گذاری پرسش‌نامه به این صورت است که برای هر گویه، بر اساس مؤلفه مربوطه، در صورت انتخاب گزینه صحیح، نمره ۱ اختصاص می‌یابد. در مؤلفه وارسی، در پرسش‌های شماره ۲، ۶، ۸، ۲۰، ۲۶ و ۲۸، انتخاب گزینه درست معادل یک امتیاز در نظر گرفته می‌شود و در مورد پرسش‌های ۱۵ و ۲۲ نیز در صورت انتخاب گزینه نادرست، نمره ۱ تعلق می‌گیرد. در مؤلفه تمیزی و شستشو، در پرسش‌های ۱، ۴ و ۲۶ پاسخ درست و در پرسش‌های ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۴ و ۲۷ پاسخ نادرست نمره ۱ می‌گیرد. برای مؤلفه کندی - تکرار، در تکرار پرسش شماره ۴ اگر پاسخ درست باشد. همچنین، در پرسش‌های ۲، ۸، ۱۶، ۲۳، ۲۵ و ۲۹ در صورت انتخاب نادرست، نمره ۱ تعلق می‌گیرد. در یک مطالعه که بر روی ۲۱ بیمار انجام گرفت، نتایج نشان داد که نمره کل این پرسش‌نامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است. این ویژگی، پرسش‌نامه مادزلی را به ابزاری معتبر جهت استفاده در فرآیندهای درمانی و پژوهشی مرتبط با اختلال وسواسی جبری تبدیل کرده است [۱۵]. همچنین، این ابزار قابلیت تشخیص و پیش‌بینی طیف متنوعی از شکایت‌های وسواسی را دارا می‌باشد [۱۶]. پایایی این پرسش‌نامه از طریق روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۹ گزارش شده است [۱۶]. افزون بر این، نسخه فارسی آن نیز ترجمه و اعتبارسنجی شده و نتایج حاصل از این بررسی‌ها نشانگر پایایی و روایی مطلوب آن می‌باشد [۱۷]. به‌عنوان نمونه، در پژوهش ساناویو و پدوتو (۱۹۸۵)، همبستگی بسیار بالایی میان نمره کل آزمون مادزلی و آزمون پادوا ۰/۷۰ گزارش شده است [۱۸]. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش، برای کل مقیاس وسواس فکری - عملی ۰/۴۶ و برای زیرمقیاس‌های وارسی، شستشو، کندی و تردید به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۳۷، ۰/۴۸ و ۰/۴۵ به دست آمد.

### پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی بزرگسال[3]

این پرسش‌نامه توسط هازن و شیور[4] در سال ۱۹۸۷ م. تدوین شده است. این دو پژوهشگر با دسته‌بندی سبک‌های دلبستگی به دو طبقه کلی ایمن و ناایمن (شامل اجتنابی و اضطرابی)، سه سبک دلبستگی را تعریف کرده‌اند. ابزار مذکور یک پرسش‌نامه ۱۵ آیتمی است که برای سنجش سه سبک دلبستگی در بزرگسالان طراحی شده است. پاسخ‌ها در مقیاسی ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ با گزینه‌های خیلی

1 . Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)
2 Hodgson & Rachman
3 . Adult Attachment Inventory (AAI)
4 . Hazan & Shaver

کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌شوند [۱۹]. در مطالعه‌ای که توسط بشارت بر روی نمونه ایرانی صورت گرفته است، نمره‌گذاری این پرسش‌نامه از طریق تحلیل عامل اکتشافی بررسی شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، سه عامل مجزا شامل دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن را شناسایی کرده‌اند که ۵۶/۷۸ درصد از واریانس را تبیین کردند. همچنین، ارزیابی پایایی این ابزار با استفاده از روش بازآزمایی صورت گرفته و ضرایب همبستگی برای سه سبک دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ گزارش شده است. در همان مطالعه، ضریب اعتبار بازآزمایی مقیاس دلبستگی بزرگسالان در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۲ بوده است [۲۰]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای سبک دلبستگی ایمن، اضطرابی و اجتنابی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۷ و ۰/۷۶ به دست آمد.

**پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو[1]**

این پرسش‌نامه نخستین‌بار در سال ۱۹۸۵ م. توسط تیلور[2] تدوین و در سال ۱۹۹۴م. توسط بگبی، پارکر و تیلور[3] مورد تجدید نظر قرار گرفت [۲۲،۲۱]. نسخه ابتدایی این ابزار شامل ۲۶ گویه بود و به عنوان تنها مقیاس خودگزارشی معتبر برای سنجش سازه‌ی ناگویی هیجانی در پژوهش‌های علمی و کاربردهای بالینی مورد استفاده قرار می‌گرفت. این نسخه مبتنی بر یک ساختار چهار عاملی طراحی شده بود. با گذر زمان و در راستای ارتقاء و بهینه‌سازی این ابزار، تحلیل‌های عاملی اکتشافی نشان دادند که ساختار دو عاملی برای این مقیاس مناسب‌تر است؛ در نتیجه نسخه بازنگری شدهٔ دوم، با ۲۰ گویه توسعه یافت که در مقایسه با نسخه پیشین به عنوان پیشرفتی در ساخت و طراحی این آزمون تلقی می‌شود.

نتایج یک مطالعه حاکی از آن بود که نسخه تجدید نظر شدهٔ این مقیاس، از سه عامل ساختاری برخوردار است که با سازه ناگویی هیجانی همخوانی داشت [۲۲]. در این مقیاس، ناگویی هیجانی از طریق سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات،و تفکر با جهت‌گیری خارجی (عینی) سنجیده می‌شود. شیوه نمره‌گذاری این ابزار مبتنی بر مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از ۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) است. دامنه نمرات کلی پرسش‌نامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ متغیر است. افشاری (۱۳۸۷)، در مطالعه‌ای بر روی نمونه‌ای متشکل از ۸۰ دانشجوی ایرانی، پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی کرد. نتایج به دست آمده نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵، برای زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۲، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۲ و برای تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۵۳ بوده است. افزون بر این، افشاری روایی همزمان این مقیاس را با همبسته نمودن نمره کل سازه ناگویی خلقی با مقیاس هوش هیجانی در یک نمونه ۸۰ نفری بررسی کرد. نتایج نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در این مقیاس با هوش هیجانی ($p<$ ۰/۰۰۱، $r=$-۰/۴۷) رابطه معناداری وجود دارد [۲۳]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس ناگویی هیجانی ۰/۷۲ و برای زیرمقیاس‌های دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۳۷، ۰/۱۷ به دست آمد.

**پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی[4]**

این پرسش‌نامه توسط دنیس و واندروال[5] در سال ۲۰۱۰م. تدوین شده است. این مقیاس، ابزاری خودگزارشی و کوتاه مشتمل بر ۲۰ گویه است که به منظور سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی طراحی شده است که نقش مهمی در توانمندی فرد برای مواجهه با چالش‌ها و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر ایفا می‌کند. شیوه نمره‌گذاری آن بر پایه یک مقیاس لیکرتی ۷ درجه‌ای انجام می‌شود. نمرات پرسش‌ها به‌صورت ۱ تا ۷ است و پرسش‌های ۲،۴،۷،۹،۱۱،۱۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مجموع نمرات حاصل از پاسخ‌ها به عنوان نمره کل پرسش‌نامه در نظر گرفته می‌شود که در بازه‌ای بین ۲۰ تا ۱۴۰ قرار دارد؛ به‌طوری که نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر است [۲۴]. این ابزار از نظر ساختار عاملی، روایی هم‌گرا و روایی هم‌زمان، شواهد

1 . Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
2 . Taylor
3 . Bagby, Parker, & Taylor

4 . Cognitive Flexibility Inventory (CFI)
5 . Dennis & Vander Wal

روان‌سنجی قابل قبولی دارد [۲۵]. در ایران ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی را ۰/۷۰ گزارش کردند. یافته‌های مطالعات در ایران حاکی از آن است که هر دو نسخه اصلی و فارسی این پرسش‌نامه از قابلیت اطمینان قابل قبولی برخوردار هستند [۲۶]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی ۰/۷۰ و برای زیرمقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۰ و ۰/۵۱ به دست آمد.

## شیوه تحلیل داده‌ها

در سطح توصیفی، جهت سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادله ساختاری مبنای بررسی روابط بین متغیرها از قرار گرفت. نرم‌افزارهای تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۱ و AMOS نسخه ۲۲ بودند.

## نتایج

تعداد پاسخ‌دهندگان ۲۵۱ نفر افراد بزرگسال بالای ۱۸ سال ساکن در شهر تهران بودند. هیچ داده پرت و انتهایی شناسایی نشد. بر اساس نتایج، نمونه شامل ۱۹۱ نفر (۷۶/۱ درصد) زن و ۶۰ نفر (۲۳/۹ درصد) مرد بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۲۲۳ نفر (۸۸/۸ درصد) مجرد و ۲۸ نفر (۱۱/۲ درصد) متأهل بودند. بر اساس نتایج، میانگین سنی افراد در نمونه این پژوهش، ۲۴/۵۸ سال بود. ۲۰۵ نفر (۸۱/۷ درصد) بین ۱۸ تا ۲۸ سال، ۳۳ نفر (۱۳/۱ درصد) بین ۲۹ تا ۳۹ سال، ۹ نفر (۳/۶ درصد) بین ۴۰ تا ۵۰ سال و ۴ نفر (۱/۶ درصد) بیش از ۵۱ سال بودند. از نظر مقطع تحصیلی، ۵۳ نفر (۲۱/۱ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۱۰ نفر (۴ درصد) دارای تحصیلات کاردانی، ۱۱۶ نفر (۴۶/۲ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی، ۶۸ نفر (۲۷/۱ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۴ نفر (۱/۶ درصد) دارای تحصیلات دکتری بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر چولگی و کشیدگی استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازهٔ ۲- تا ۲+ باشد که نشان‌دهندهٔ نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد [۲۷] که در این پژوهش مقادیر چولگی و کشیدگی در بازهٔ ۲- و ۲+ قرار داشت. در جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری پژوهش آمده است.

**جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش**

| متغیر | | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|---|
| نشانه‌های وسواس فکری -عملی | وارسی | ۲/۵۲ | ۱/۴۳ | ۰/۷۱ | ۰/۱۸ |
| | شستشو | ۴/۲۲ | ۱/۷۱ | ۰/۶۰ | ۰/۰۹ |
| | کندی | ۱/۵۱ | ۱/۳۲ | ۰/۷۵ | ۰/۱۲ |
| | تردید | ۳/۶۱ | ۱/۷۰ | ۰/۱۵ | -۰/۶۵ |
| | نمره کل نشانه‌های وسواس فکری - عملی | ۱۱/۴۵ | ۴/۱۷ | ۰/۶۴ | -۰/۰۹ |
| ناگویی هیجانی | دشواری در تشخیص احساس | ۱۸/۲۲ | ۵/۳۹ | ۰/۴۰ | -۰/۳۳ |
| | دشواری در توصیف احساس | ۱۳/۹۴ | ۴/۳۶ | ۰/۲۶ | -۰/۵۳ |
| | تفکر عینی یا برون‌مدار | ۱۹/۹۶ | ۳/۳۲ | -۰/۰۵ | -۰/۱۵ |
| | نمره کل ناگویی هیجانی | ۵۲/۱۲ | ۱۰/۰۰ | ۰/۰۸ | -۰/۴۴ |
| انعطاف‌پذیری شناختی | جایگزین‌ها | ۵۲/۰۲ | ۸/۷۵ | -۰/۵۱ | ۰/۳۲ |
| | کنترل | ۳۴/۲۹ | ۹/۵۸ | -۰/۰۶ | -۰/۶۱ |
| | جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی | ۱۰/۱۱ | ۲/۳۷ | -۰/۴۴ | -۰/۰۳ |
| | نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی | ۹۶/۴۳ | ۱۶/۷۴ | -۰/۰۵ | -۰/۳۲ |
| سبک‌های دلبستگی | دلبستگی اجتنابی | ۱۳/۰۱ | ۳/۸۹ | ۰/۴۹ | ۰/۲۹ |
| | دلبستگی ایمن | ۱۶/۵۵ | ۳/۲۵ | ۰/۰۹ | ۰/۱۷ |
| | دلبستگی اضطرابی | ۱۲/۹۶ | ۴/۱۶ | ۰/۳۶ | -۰/۳۳ |

**جدول ۲. شاخص‌های برازندگی مدل اندازه گیری**

| شاخص برازش | مقدار | دامنه قابل‌پذیرش |
|---|---|---|
| خی دو ($\chi^2$) | ۴۱/۱۵۳ | - |
| نسبت خی‌دو به درجه آزادی | ۲/۰۵۸ | کمتر از ۳ |
| شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) | ۰/۹۶۹ | بزرگ‌تر از ۰/۹۰ |
| شاخص برازندگی فزاینده (IFI) | ۰/۹۷۰ | بزرگ‌تر از ۰/۹۰ |
| شاخص نیکویی برازش (GFI) | ۰/۹۶۸ | بزرگ‌تر از ۰/۹۰ |
| ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) | ۰/۰۶۵ | کمتر از ۰/۰۸ |
| ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (SRMR) | ۰/۰۶۸ | کمتر از ۰/۰۸ |

به منظور بررسی مفروضات مدل‌یابی معادله ساختاری، مراحل متعددی، شامل بررسی ماتریس همبستگی، انتخاب نشانگرهای مناسب، آزمون نرمال بودن، بررسی هم‌خطی چندگانه، شناسایی داده‌های پرت، تحلیل عاملی تأییدی و در نهایت بررسی برازش مدل ساختاری و مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم اجرا شد. در نخستین گام، ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. این ماتریس به‌منظور بررسی روابط اولیه بین متغیرها و نیز بررسی احتمال بروز هم‌خطی چندگانه انجام شد. نتایج نشان داد که هیچ‌یک از ضرایب همبستگی از مقدار بحرانی ۰/۸۵ فراتر نرفت و در نتیجه می‌توان گفت هم‌خطی چندگانه در بین متغیرها وجود ندارد.

بر اساس جدول ۲، نتایج حاصل از ارزیابی برازش مدل اندازه‌گیری برای متغیرهای ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی نشان‌دهندهٔ برازش مناسب مدل با داده‌ها است. از آن‌جا که در پژوهش حاضر سه متغیر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی به عنوان متغیر مکنون وارد مدل شده است، ابتدا مدل اندازه‌گیری این متغیرها از طریق تحلیل عاملی تأییدی مورد ارزیابی قرار گرفت تا صلاحیت نشانگرهای آن‌ها برای اندازه‌گیری متغیر مکنون زیربنایی ارزیابی شود. نسبت خی‌دو به درجه آزادی ($\chi^2/df$) برابر با ۲/۰۵۸ گزارش شده است که کمتر از مقدار مرزی ۳ بوده و بیانگر برازش قابل‌قبول مدل است. شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۶۹ و شاخص برازندگی فزاینده (IFI) نیز ۰/۹۷۰ گزارش شده‌اند. مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ برای این شاخص‌ها نشان‌دهنده برازش مناسب مدل می‌باشند. شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۵۸ بوده که نشان می‌دهد مدل به خوبی با داده‌ها منطبق است. ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۶۵ است که کمتر از مقدار قابل قبول ۰/۰۸ بود و نشان‌دهندهٔ خطای تخمین قابل‌قبول در مدل است. در نهایت، ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (SRMR) نیز ۰/۰۶۸ گزارش شده است که در محدودهٔ قابل‌قبول کمتر از ۰/۰۸ قرار دارد. به‌طور کلی، با توجه به تمامی شاخص‌های برازش، می‌توان نتیجه گرفت که مدل اندازه‌گیری پژوهش حاضر از برازش مناسبی برخوردار است.

برای ارزیابی برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش، از شاخص‌های مختلف برازندگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. مقدار آماره خی‌دو ($\chi^2$) برابر با ۱۰۴/۸۲۱ به‌دست آمد. همچنین، نسبت خی‌دو به درجه آزادی ۲/۴۳۸ بود که کمتر از مقدار قابل قبول ۳ است و نشان‌دهنده برازندگی مناسب مدل است. شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۳۵، شاخص برازندگی فزاینده (IFI) برابر با ۰/۹۳۷ و شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۴۲ به‌دست آمدند. با توجه به اینکه مقادیر این شاخص‌ها بزرگ‌تر از ۰/۹۰ هستند، می‌توان نتیجه گرفت که مدل پژوهش از برازندگی قابل قبولی برخوردار است. همچنین، مقدار شاخص ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۷۶ و مقدار شاخص ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (SRMR) برابر با ۰/۰۷۲ محاسبه شد که هر دو کمتر از حد قابل قبول ۰/۰۸ هستند. در

مدل‌یابی معادله ساختاری، ارزیابی میزان تطابق مدل فرضی پژوهش با داده‌های مشاهده شده یکی از جنبه‌های اساسی تحلیل محسوب می‌شود. بر اساس شاخص‌های نیکویی برازش ارائه شده در جدول ۳، مدل از برازش مناسبی برخوردار است. به بیان دیگر، داده‌های پژوهش مدل تدوین‌شده را تأیید می‌کنند. در جدول ۴، ضرایب استاندارد نشده، استاندارد شده و شاخص‌های معناداری مسیرهای مستقیم ارائه شده است. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تمام متغیرهایی که مسیرهای مستقیم آن‌ها به متغیر وابسته دارای مقدار t بزرگتر یا کوچکتر از ۱/۹۶± است یا سطح معناداری آن‌ها کمتر از ۰/۰۵ است، تأثیر معناداری بر متغیر وابسته دارند.

**جدول ۳. شاخص های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش**

| شاخص برازندگی | مقدار به دست آمده | مقدار قابل‌قبول |
|---|---|---|
| خی‌دو ($\chi^2$) | ۱۰۴/۸۲۱ | - |
| نسبت خی‌دو به درجه آزادی | ۲/۴۳۸ | کم‌تر از ۳ |
| شاخص برازندگی تطبیقی(CFI) | ۰/۹۳۵ | بزرگتر از ۰/۹۰ |
| شاخص برازندگی فزاینده(IFI) | ۰/۹۳۷ | بزرگتر از ۰/۹۰ |
| شاخص نیکویی برازش(GFI) | ۰/۹۴۲ | بزرگتر از ۰/۹۰ |
| ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) | ۰/۰۷۶ | کم‌تر از ۰/۰۸ |
| ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (SRMR) | ۰/۰۷۲ | کم‌تر از ۰/۰۸ |

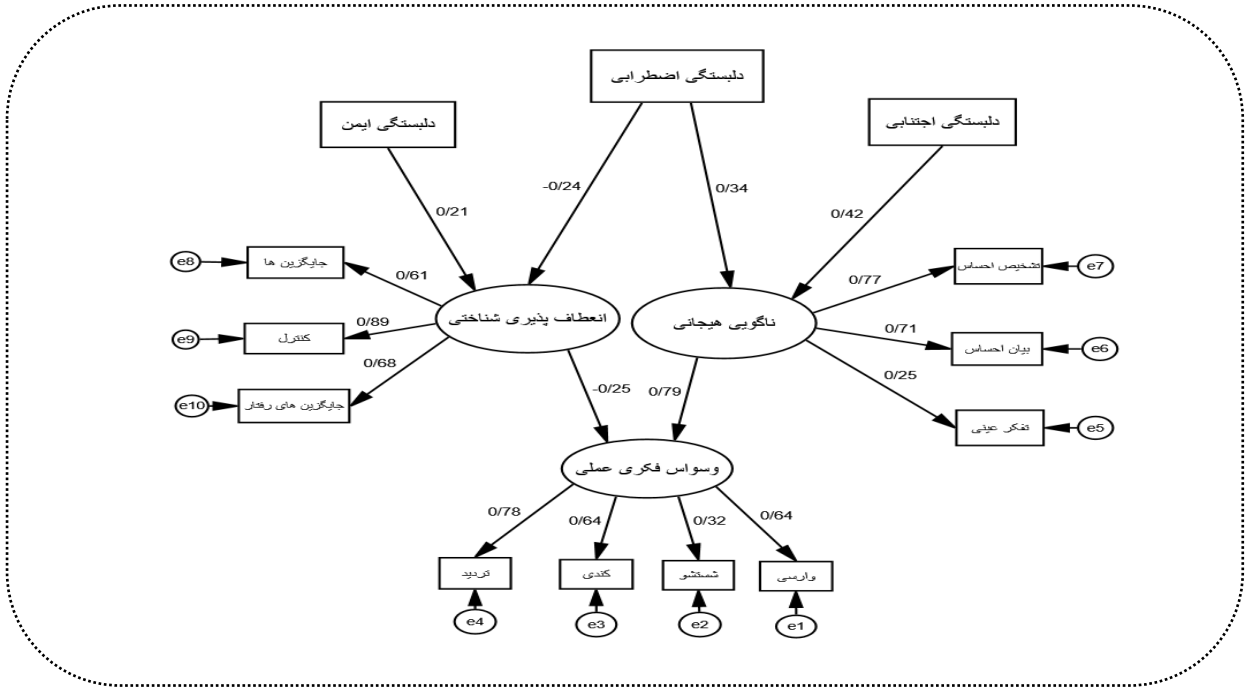
**جدول۴. ضرایب مستقیم و استاندارد مدل پیشنهادی پژوهش**

| مسیرهای مستقیم | ضریب استاندارد | ضرایب غیراستاندارد | | | | نتیجه |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ضریب بتا | ضریب b | خطای معیار | T | Sig | |
| دلبستگی ایمن ← نشانه‌های وسواس فکری-عملی | ۰/۱۰۸ | ۰/۰۳ | ۰/۰۲۲ | ۱/۳۴۵ | ۰/۱۷۹ | عدم تأیید |
| دلبستگی اضطرابی ← نشانه‌های وسواس فکری-عملی | -۰/۱ | -۰/۰۲۲ | ۰/۰۱۹ | -۱/۱۴۳ | ۰/۲۵۳ | عدم تأیید |
| دلبستگی اجتنابی ← نشانه‌های وسواس فکری-عملی | -۰/۰۹۸ | -۰/۰۲۳ | ۰/۰۲۳ | -۰/۹۸۶ | ۰/۳۲۴ | عدم تأیید |
| ناگویی هیجانی ← نشانه‌های وسواس فکری-عملی | ۰/۷۹۵ | ۰/۱۷۶ | ۰/۰۳۴ | ۵/۱۸۲ | ۰/۰۰۱ | تأیید |
| انعطاف‌پذیری شناختی ← نشانه‌های وسواس فکری-عملی | -۰/۲۴۷ | -۰/۰۴۱ | ۰/۰۱۳ | -۳/۲۵۸ | ۰/۰۰۱ | تأیید |
| دلبستگی ایمن، ناگویی هیجانی | -۰/۰۹۳ | -۰/۱۱۷ | ۰/۰۸۹ | -۱/۳۱۷ | ۰/۱۸۸ | عدم تأیید |
| دلبستگی اضطرابی ← ناگویی هیجانی | ۰/۳۴۴ | ۰/۳۳۹ | ۰/۰۶۷ | ۵/۰۸۱ | ۰/۰۰۱ | تأیید |
| دلبستگی اجتنابی ← ناگویی هیجانی | ۰/۴۱۸ | ۰/۴۴ | ۰/۰۸۱ | ۵/۴۴۸ | ۰/۰۰۱ | تأیید |
| دلبستگی ایمن، ← انعطاف‌پذیری شناختی | ۰/۲۱۴ | ۰/۳۵۷ | ۰/۱۲۳ | ۲/۸۸۸ | ۰/۰۰۴ | تأیید |
| دلبستگی اضطرابی ← انعطاف‌پذیری شناختی | -۰/۲۴۴ | -۰/۳۱۸ | ۰/۰۹۶ | -۳/۳۰۷ | ۰/۰۰۱ | تأیید |
| دلبستگی اجتنابی ← انعطاف‌پذیری شناختی | -۰/۰۵۱ | -۰/۰۷۲ | ۰/۰۹۷ | -۰/۷۳۹ | ۰/۴۶ | عدم تأیید |

در ادامه، جدول ۵ اثر میانجی متغیرهای ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی بین سبک‌های دلبستگی با نشانه‌های وسواس فکری عملی از طریق روش بوت استرپ با ۲۰۰۰ بار فرایند نمونه‌گیری و با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد را گزارش می‌کند. براساس جدول ۵، اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی ایمن به متغیر نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق ناگویی هیجانی معنادار نیست (b = -۰/۰۲۱، p>۰/۰۵). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی اضطرابی به متغیر نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق ناگویی هیجانی معنادار است (b = ۰/۰۶، p<۰/۰۵). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی اجتنابی به متغیر نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق ناگویی هیجانی معنادار است (b = ۰/۰۷۷، p<۰/۰۵). بر اساس جدول ۵، اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی ایمن به متغیر نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی معنادار است (b = -۰/۰۱۵، p<۰/۰۵). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی اضطرابی به متغیر نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی معنادار است (b = ۰/۰۱۳، p<۰/۰۵). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی اجتنابی به متغیر نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی معنادار نیست (b = ۰/۰۰۳، p>۰/۰۵).

**جدول ۵. نتایج بوت استروپ مدل پیشنهادی پژوهش**

| مسیرهای غیرمستقیم | اثر استاندارد غیر مستقیم | فاصله اطمینان | | معناداری |
|---|---|---|---|---|
| | | حد پایین | حد بالا | |
| دلبستگی ایمن ← ناگویی هیجانی ← نشانه‌های وسواس فکری - عملی | -۰/۰۲۱ | -۰/۰۶۳ | ۰/۰۱۲ | ۰/۲۱۸ |
| دلبستگی اضطرابی ← ناگویی هیجانی ← نشانه‌های وسواس فکری - عملی | ۰/۰۶ | ۰/۰۲۸ | ۰/۱۱۷ | ۰/۰۰۱ |
| دلبستگی اجتنابی ← ناگویی هیجانی ← نشانه‌های وسواس فکری - عملی | ۰/۰۷۷ | ۰/۰۴۳ | ۰/۱۳۷ | ۰/۰۰۱ |
| دلبستگی ایمن ← انعطاف‌پذیری شناختی ← نشانه‌های وسواس فکری - عملی | -۰/۰۱۵ | -۰/۰۳۸ | -۰/۰۰۳ | ۰/۰۰۹ |
| دلبستگی اضطرابی ← انعطاف‌پذیری شناختی ← نشانه‌های وسواس فکری - عملی | ۰/۰۱۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۳۳ | ۰/۰۱۱ |
| دلبستگی اجتنابی ← انعطاف‌پذیری شناختی ← نشانه‌های وسواس فکری - عملی | ۰/۰۰۳ | -۰/۰۰۵ | ۰/۰۲۱ | ۰/۴۸۸ |




**شکل ۲. مدل ساختاری نهایی پژوهش**

شکل ۲، مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه بین سبک‌های دلبستگی با نشانه‌های وسواس فکری - عملی بر اساس نقش میانجی‌گر، ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بزرگسالان شهر تهران را نشان می‌دهد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی برازش مدل ساختاری سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی با نقش میانجی دو متغیر ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی انجام شد. نتایج تحلیل آماری در بررسی مدل ساختاری سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی با نقش میانجی ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی نشان داد که داده‌های گردآوری شده با مدل، از برازش مناسبی برخوردار است. از این رو، می‌توان اظهار داشت که نشانه‌های وسواس فکری - عملی را می‌توان بر اساس سبک‌های دلبستگی و با میانجی‌گری ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی، مورد تبیین، تحلیل و برازش قرار داد. با این حال، یافته چالش‌برانگیز این پژوهش، عدم معناداری مسیر مستقیم سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی و اضطرابی) به نشانه‌های وسواس فکری - عملی بود که با نتایج برخی از مطالعات پیشین همسو نیست [۳۱-۲۸]. در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که بر اساس مبانی مدل‌سازی معادله ساختاری، عدم معناداری مسیر مستقیم در حضور مسیرهای غیرمستقیم معنادار، نشان‌دهنده میانجی‌گری کامل است. به عبارتی، سبک‌های دلبستگی به عنوان زیربناهای تحولی، به‌خودی‌خود منجر به بروز نشانه‌های وسواس فکری - عملی نمی‌شوند، بلکه اثرگذاری آن‌ها مشروط به نقص در مکانیسم‌هایی از جمله ناگویی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی است. علاوه بر این، رابطه میان سبک‌های دلبستگی و وسواس فکری - عملی ممکن است تحت‌تأثیر متغیرهای همبود قرار داشته باشد. چنان‌که روسیو و همکاران اشاره کرده‌اند، دلبستگی ناایمن بیش از آنکه مستقیماً با هسته مرکزی وسواس در ارتباط باشد، با نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبود در این افراد گره خورده است [۳۲]. همچنین، اتخاذ رویکرد پیوستاری در پژوهش حاضر (بررسی نشانه‌ها در جمعیت عمومی به جای تشخیص بالینی قطعی) و تفاوت در ابزارهای سنجش، می‌تواند توجیه‌گر تفاوت یافته‌ها با مطالعاتی باشد که بر نمونه‌های بالینی متمرکز بوده‌اند. این نتایج بر اهمیت متغیرهای شناختی - هیجانی به عنوان حلقه‌های واسطه‌ای در تبدیل آسیب‌پذیری‌های تحولی به نشانه‌های بالینی تأکید می‌کند.

نتایج این پژوهش نشان داد که در مسیر مستقیم ناگویی هیجانی به نشانه‌های وسواس فکری - عملی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین در این زمینه همسو است [۳۶،۳۵،۳۴]. در تبیین این یافته می‌توان گفت ناگویی هیجانی از طریق ایجاد نقص در پردازش و تنظیم هیجان‌ها، زیربنای شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های وسواسی را فراهم می‌کند. در واقع، افرادی که در شناسایی، توصیف و تمایز احساسات خود ناتوان هستند، سطح بالایی از تنش روانی و اضطراب را تجربه می‌کنند. از منظر نظری، نشانه‌های وسواس فکری-عملی (اعم از افکار مزاحم و اعمال اجباری) می‌توانند به عنوان سازوکارهای مقابله‌ای ناکارآمد پدیدار شوند تا فرد از طریق آن‌ها، بر پریشانی ناشی از ناتوانی در ابراز هیجان غلبه کرده یا از رویارویی با احساسات منفی آزاردهنده اجتناب کند [۳۷].

نتایج این پژوهش نشان داد که در مسیر مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی به نشانه‌های وسواس فکری - عملی، رابطه منفی وجود دارد. این نتیجه همسو با اکثر یافته‌های پیشین است [۳۸،۱۱]. افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی حساسیت بالایی نسبت به اشتباهات احتمالی و شرایط مبهم دارند که این موضوع می‌تواند در توانایی آن‌ها برای تفکر انعطاف‌پذیر، مشکل ایجاد کند[۴]. همچنین، افکار و رفتارهای تکراری مرتبط با وسواس فکری - عملی ممکن است به مرور زمان انعطاف‌پذیری شناختی را مختل کنند [۳۹].

نتایج این پژوهش نشان داد که در مسیر مستقیم دلبستگی ایمن با ناگویی هیجانی رابطه‌ای وجود ندارد. این نتیجه با اکثر یافته‌های پیشین ناهمسو است [۴۱،۴۰]. به طور کلی، به نظر می‌رسد افراد دارای سبک دلبستگی ایمن به احتمال کمتری ناگویی هیجانی را تجربه می‌کنند و این نشان می دهد که دلبستگی ایمن ممکن است در برابر رشد این ویژگی، نقش محافظتی داشته باشد. این یافته‌ها با نظریه دلبستگی مطابقت دارد. با این وجود، بر اساس

یافته‌های یک پژوهش، با در نظر گرفتن عوامل دیگری مانند افسردگی و اضطراب، رابطه بین دلبستگی ایمن و ناگویی هیجانی معنادار نبود [۶]. دلبستگی ایمن می‌تواند با سطوح پایین‌تر ناگویی هیجانی رابطه داشته باشد ولی عوامل دیگر ممکن است نقش مهم‌تری در تعیین ابراز و تنظیم هیجان ایفا کنند.

نتایج این پژوهش نشان داد که در مسیر مستقیم دلبستگی اضطرابی با ناگویی هیجانی، رابطه مثبت وجود داشت. همچنین در مسیر مستقیم دلبستگی اجتنابی با ناگویی هیجانی نیز رابطه مثبت مشاهده شد. این نتایج همسو با یافته‌های پیشین است [۴۱،۴۰]. این یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد با سبک دلبستگی اضطرابی ممکن است در شناسایی و ابراز احساسات که با ترس آن‌ها از طرد و رها شدن مرتبط است، دچار مشکل شوند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که افراد دارای سبک‌های دلبستگی اضطرابی ممکن است در تنظیم هیجان‌ها مشکل داشته باشند، که می‌تواند منجر به مشکلاتی در شناسایی و بیان هیجان‌ها شود. از سوی دیگر، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی معمولاً در ایجاد روابط نزدیک و صمیمی مشکل دارند که این ویژگی در افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی مشاهده می‌شود.

نتایج نشان داد که در مسیر مستقیم دلبستگی ایمن با انعطاف‌پذیری شناختی رابطه مثبت وجود دارد. تاکنون، پژوهش‌های محدودی رابطه مستقیم بین سبک‌های دلبستگی و انعطاف‌پذیری شناختی را بررسی کرده‌اند. با این حال، به نظر می‌رسد این نتیجه با یافته‌های پیشین همسو است [۴۲]. همچنین، در مسیر مستقیم دلبستگی اضطرابی با انعطاف‌پذیری شناختی رابطه منفی وجود دارد. این نتیجه همسو با یافته‌های پیشین است [۴۲]. نتایج این پژوهش نشان داد در مسیر مستقیم دلبستگی اجتنابی با انعطاف‌پذیری شناختی رابطه‌ای وجود ندارد. این نتیجه با بیشتر یافته‌های پیشین، ناهمسو است [۴۲]. پژوهش گاندوز[1] نشان داد سبک‌های دلبستگی بر شکل‌گیری انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر دارند. همچنین، نتایج پژوهش کوران و آندرسن[2] نشان داد که رابطه مادر-کودک در دوران اولیه رشد، بر انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر می‌گذارد [۴۳]. این یافته‌ها بیان می‌کند که سبک دلبستگی ایمن می‌تواند از طریق ایجاد فرآیندهای سازگارانه شناختی و عاطفی با انعطاف پذیری شناختی، رابطه داشته باشد. عوامل دیگری مانند تنظیم هیجان و مدیریت استرس می‌توانند بین سبک دلبستگی ایمن و انعطاف‌پذیری شناختی نقش میانجی داشته باشند. فقدان رابطه مستقیم بین سبک دلبستگی اجتنابی و انعطاف‌پذیری شناختی ممکن است ناشی از عوامل متعددی باشد. سبک دلبستگی اجتنابی ممکن است با سایر فرآیندهای شناختی و عاطفی رابطه داشته باشد که روی انعطاف پذیری شناختی تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، افراد دارای سبک های دلبستگی اجتنابی ممکن است بیشتر درگیر استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی، مانند حواس پرتی و سرکوب شوند [۴۴]. استفاده از این راهبردها ممکن است با انعطاف پذیری شناختی تداخل داشته باشد. همچنین، رابطه بین سبک دلبستگی اجتنابی و انعطاف‌پذیری شناختی ممکن است توسط عوامل دیگر مانند سایر اختلال‌های همبود، تعدیل شود. با این وجود، در این پژوهش ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی بود که می‌تواند بر نتایج به دست آمده، اثر داشته و تباین با برخی از پژوهش‌های اشاره شده را توجیه کند. همچنین، باید توجه داشت که انعطاف‌پذیری شناختی یک سازه چندوجهی است که از مولفه‌های مختلف تشکیل شده است. هر یک از این مولفه‌ها به نوعی بر رابطه کلی این سازه با متغیرهای دیگر، اثر می‌گذارند که باید مورد توجه قرار گیرند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در مسیر غیرمستقیم دلبستگی ایمن به نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق ناگویی هیجانی، رابطه‌ای وجود ندارد. با این حال، در مسیر غیرمستقیم دلبستگی اضطرابی و اجتنابی به نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق ناگویی هیجانی، رابطه وجود دارد. افراد با سبک دلبستگی اضطرابی به دلیل حساسیت مفرط نسبت به طرد و بی‌ثباتی عاطفی، همواره در سطوح بالایی از برانگیختگی هیجانی قرار دارند [۳]؛ نقص در شناسایی و پردازش کلامی هیجان‌ها که در ناگویی هیجانی دیده می‌شود، باعث می‌شود فرد این تنش‌های مبهم درونی را به‌عنوان تهدیدی غیرقابل‌کنترل تفسیر کرده و برای کاهش اضطراب ناشی از آن، به نشانه‌های وسواس فکری - عملی پناه ببرد [۴۵]. همانطور که اشاره شد، یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که در مسیر

1 . Gunduz
2 . Curran & Andersen

غیرمستقیم سبک دلبستگی اجتنابی با نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق ناگویی هیجانی، رابطه‌ای معنادار وجود دارد. این یافته با مبانی نظری سازگار است که در آن، افراد با سبک دلبستگی اجتنابی برای حفظ فاصله عاطفی و مدیریت ناامنی‌های درونی، عمدتاً از راهبردهای مقابله‌ای سرکوب‌گرانه بهره می‌برند. تداوم این فرآیند سرکوب هیجانی، به تضعیف ظرفیت‌های فرد در شناسایی، تفسیر و پردازش هیجانات می‌انجامد که در ناگویی هیجانی دیده می‌شود. از آنجا که این افراد فاقد توانایی لازم برای پردازش و ابراز هیجانات خود هستند، هیجانات سرکوب‌شده در قالب اعمال وسواسی یا رفتارهای اجباری نمود می‌یابند. به بیان دیگر، ناگویی هیجانی به‌عنوان میانجی آسیب‌شناختی، با ممانعت از تنظیم کارآمد هیجان، مسیر انتقال اثر به سمت راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد وسواسی را هموار می‌سازد [۳۵، ۴۰]. از سوی دیگر، سبک دلبستگی ایمن به عنوان یک عامل محافظت‌کننده، می‌تواند مانع از شکل‌گیری زنجیره آسیب‌شناختی منجر به نشانه‌های وسواس فکری-عملی شود. عدم مشاهده اثر غیرمستقیم دلبستگی ایمن از طریق ناگویی هیجانی، می‌تواند ناشی از ماهیت پیشگیرانهٔ دلبستگی ایمن در پیشگیری از نقص در تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی باشد. بر اساس نظریه دلبستگی، افراد با سبک ایمن دارای مدل‌های کاری درونی کارآمدی هستند که به آن‌ها امکان می‌دهد هیجانات را به طور شفاف تجربه و پردازش کنند. این توانمندی بالا در پردازش هیجانی، باعث می‌شود که چنین افرادی اساساً سطوح بالایی از ناگویی هیجانی را تجربه نکنند. به عبارت دیگر، در چارچوب دلبستگی ایمن، به دلیل کارکرد صحیح و کارآمد سیستم تنظیم هیجان، نقص پردازش هیجان‌ها که هسته اصلی ناگویی هیجانی است، رخ نمی‌دهد. بنابراین، از آنجا که متغیر میانجی ناگویی هیجانی در این افراد وجود ندارد، نمی‌تواند به‌عنوان مسیری برای سوق دادن فرد به راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد نظیر وسواس فکری - عملی عمل کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، در مسیر غیرمستقیم دلبستگی ایمن و اضطرابی به نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی رابطه معناداری وجود داشت. این نتایج حاکی از آن است که مکانیسم‌های شناختی اثرگذار بر نشانه‌های وسواس فکری- عملی در سبک‌های دلبستگی مختلف، تاثیر متفاوتی ایجاد می‌کنند. تاکنون، پژوهشی که به بررسی نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی بپردازد، انجام نشده است. با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سبک دلبستگی ایمن از طریق تأثیر بر انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند بر بروز نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی نقش محافظتی داشته باشد. دلبستگی ایمن با فراهم آوردن یک پایگاه امن برای فرد، منجر به شکل‌گیری باورهای مثبت نسبت به خود و جهان شده که این باور زیربنایی، ظرفیت بازنمایی ذهنی و انعطاف‌پذیری شناختی را ارتقا می‌دهد [۴۶، ۴۷]. این توانمندی به فرد اجازه می‌دهد تا به شکلی کارآمد از افکار مزاحم گسسته و از ورود به چرخه‌های تکرارپذیر وسواس اجتناب کند؛ بنابراین انعطاف‌پذیری شناختی در این مسیر به‌عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند. در سبک دلبستگی اضطرابی، نقص در انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان یک مکانیسم خطر عمل کرده و پیوند بین دلبستگی ناایمن اضطرابی و نشانه‌های وسواس فکری - عملی را تقویت می‌کند؛ چراکه مشغله ذهنی مداوم با روابط و احساس ناامنی ناشی از آن، منابع شناختی فرد را محدود کرده و منجر به بن‌بست‌های فکری و ناتوانی در تغییر توجه از افکار وسواسی می‌شود. عدم معناداری مسیر میانجی سبک دلبستگی اجتنابی با نشانه‌های وسواس فکری - عملی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی، می‌تواند ناشی از ماهیت متمایز راهبردهای مقابله‌ای افراد دارای این سبک دلبستگی باشد. در حالی که انعطاف‌پذیری شناختی بر توانایی جابجایی و بازسازی جریان‌های فکری موجود تأکید دارد، افراد با دلبستگی اجتنابی برای مدیریت ناامنی‌های درونی، عمدتاً از راهبردهای غیرفعال‌ساز نظیر سرکوب مستقیم و اجتناب تجربه‌ای بهره می‌برند. در این چارچوب، افراد با سبک دلبستگی اجتنابی به جای درگیری شناختی با محرک‌های اضطراب‌زا که نیازمند انعطاف‌پذیری است، تلاش می‌کنند اساساً از ورود این اطلاعات به سطح آگاهی جلوگیری نمایند. بنابراین، مشکل انعطاف‌پذیری شناختی، در تبیین آسیب‌شناسی این گروه نقش محوری ندارد، زیرا

مکانیسم غالب آن‌ها حذف و انکار کل جریان فکری است، نه سختی و انعطاف‌ناپذیری در پردازش آن؛ فرآیندی که در دامنه سنجش متغیر انعطاف‌پذیری شناختی قرار نمی‌گیرد.

## محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

پژوهش حاضر علی‌رغم یافته‌های حائز اهمیت، با محدودیت‌هایی مواجه است که تعمیم‌پذیری نتایج را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به توزیع نابرابر جنسیتی اشاره کرد که در کنار استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن جامعه آماری به ساکنان تهران، دامنه تعمیم نتایج به کل جامعه را با چالش روبرو می‌کند. علاوه بر این، از آنجا که مطالعه بر روی جمعیت عمومی و غیربالینی انجام شده است، در تعمیم یافته‌ها به بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی با تشخیص قطعی بالینی باید احتیاط لازم صورت گیرد. در نهایت، اتکای صرف به پرسش‌نامه‌های خودگزارشی می‌تواند با سوگیری‌هایی همراه باشد؛ به‌ویژه در متغیری مانند انعطاف‌پذیری شناختی که ماهیتی عملکردی دارد و سنجش آن با ابزارهای عینی‌تر، دقت نتایج را دو چندان می‌کرد.

بر اساس محدودیت‌های مذکور، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های بالینی با توازن جنسیتی و گستره جغرافیایی وسیع‌تر استفاده شود و جهت سنجش انعطاف‌پذیری شناختی، تکالیف کامپیوتری عملکردی جایگزین پرسش‌نامه‌ها گردند. از منظر بالینی نیز با توجه به نتایج به دست آمده، توصیه می‌شود درمانگران در مداخلات روان‌شناختی، به‌ویژه در رویکردهای دلبستگی‌مدار، بر اصلاح الگوهای دلبستگی ناایمن تمرکز کنند تا از این طریق، مسیر انتقال آسیب به نشانه‌های وسواس فکری - عملی مسدود شود. همچنین، با توجه به نقش کلیدی ناگویی هیجانی در تبیین نشانه‌های وسواس فکری - عملی، ادغام آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه می‌تواند در کاهش شدت نشانه‌های وسواسی و بهبود سلامت روان جامعه بسیار مؤثر واقع شود.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد. در این پژوهش، تمامی موازین اخلاقی از جمله دریافت رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، حفظ محرمانگی اطلاعات و فراهم کردن امکان ورود و خروج داوطلبانه رعایت شد. همچنین، ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول اخلاق در پژوهش مورد توجه قرار گرفت.


## حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی از سوی نهادهای دولتی، عمومی، تجاری یا سازمان‌های غیرانتفاعی انجام شده است.


## تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.


## سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت کرده و با همکاری خود زمینه اجرای آن را فراهم ساختند، صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.


## منابع


1- Association AP. Publication Manual of the American Psychological Association, (2020). *American Psychological Association*. 2019;428. https://doi.org/10.1037/0000165-000

2- Van Leeuwen W, Van Wingen G, Luyten P, Denys D, Van Marle H. Attachment in OCD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020;70:102187. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102187

3- Henschel S, Nandrino J-L, Doba K. Emotion regulation and empathic abilities in young adults: The role of attachment styles. *Personality and Individual Differences*. 2020;156:109763. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109763

4- Abramovitch A, McCormack B, Brunner D, Johnson M, Wofford N. The impact of symptom severity on cognitive function in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2019;67:36-44. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.09.003

5- See CC, Tan JM, Tan VS, Sündermann O. A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*. 2022;154:341-53. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.023

6- Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. *Alexithymia: advances in research, theory, and clinical practice*. 2018. https://doi.org/10.1017/9781108241595

7- Khosravani V, Ardestani MS, Bastan FS, Kamali Z. The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017;14:127-33. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.04.001

8- Hershenberg R, Davila J, Yoneda A, Starr LR, Miller MR, Stroud CB, et al. What I like about you: The association between adolescent attachment security and emotional behavior in a relationship promoting context. *Journal of adolescence*. 2011;34(5):1017-24. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.11.006

9- Arab Ali Dosti F, Dehghani M, Roshan M, Robat Mili S. The relationship between attachment styles and difficulty in emotion regulation: Examining the moderating role of reflective functioning. *Clinical Psychology and Personality*. 2024;22(2):157-68. https://doi.org/10.22070/cpap.2024.18550.1466 **[In Persian]**

10- Braem S, Egner T. Getting a grip on cognitive flexibility. *Current directions in psychological science*. 2018;27(6):470-6. https://doi.org/10.1177/0963721418787475

11- Gruner P, Pittenger C. Cognitive inflexibility in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience*. 2017;345:243-55. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.07.030

12- Şahin H, Köşger F, EşSizoğlu A, Aksaray G. The relationship between obsessive belief level and cognitive flexibility in patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of Neuropsychiatry*. 2018;55(4):376. https://doi.org/10.5152/npa.2017.21648

13- Fathi-Ashtiani M, Sheikholeslami R. Relationship between attachment style and psychological well-being: The mediating role of cognitive flexibility. *Journal of Psychology*. 2019;23(2):134-47. https://www.sid.ir/paper/54364/fa **[In Persian]**

14- Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy*. 1977;15(5):389-95. https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0

15- Emmelkamp PMG, Kraaijkamp HJM, Van Den Hout MA. Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Modification*. 1999;23(2):269-79. https://doi.org/10.1177/0145445599232005

16- Ahmadi M, Khanzadeh M, Sajjadian p. Early Maladaptive Schemas and Dimensions of Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescents: The Moderating Role of Gender. Clinical *Psychology and Personality*. 2024;22(1):151-66. https://doi.org/10.22070/cpap.2024.17871.1380 **[In Persian]**

17- Ghassemzadeh H, Khamseh A, Ebrahimkhani N. *Demographic variables and clinical features of obsessivecompulsive disorder in Iranian patients. Obsessive-Compulsive Disorder Research*. New York: Nova Science Publishers, Inc; 2005. https://www.researchgate.net/publication/288520519_Demographic_variables_and_clinical_features_of_obsessive-compulsive_disorder_in_Iran_A_second_report

18- Sanavio E, Vidotto G. The components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1985;23 6:659-62. https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90061-0

19- HAZAN C. Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987;52:511-24. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.52.3.511

20- Besharat MA. Development and validation of adult attachment inventory. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:475-9. http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.093

21- Taylor GJ, Ryan D, Bagby M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1985;44(4):191-9. https://doi.org/10.1159/000287912

22- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38(1):33-40. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X

23- Zare Derakhshan A, Roshan Chesli R. The relationship between sexual satisfaction, sexual self-efficacy, and happiness on marital satisfaction: The mediating role of emotional alexithymia. *Clinical Psychology and Personality*. 2020;18(1):1-16. https://sid.ir/paper/1028275/en **[In Persian]**

24- Roshan Chesley R, Farahani HA, Morvaridi M. Fitting a structural model of the relationship between attachment styles and emotional schemas with regard to the mediating variables of emotional regulation and cognitive flexibility with the desire to marry. *Clinical Psychology and Personality*. 2023;21(1):57-72. https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16191.1227 **[In Persian]**

25- Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010;34(3):241-53. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4

26- Shareh H, Farmani A, Soltani E. *Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students*. 2014. http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-163-en.html

27- Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications*; 2023. https://www.researchgate.net/publication/269336906_The_structural_equation_modeling_research_report

28- Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M, Mikulincer M. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009;28(8):1022-49. https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.8.1022

29- Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El D. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*. 2012;85(2):163-78. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02028.x

30- Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(6):447-56. https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00271.x

31- Boysan M, Çam Z. An investigation into the role of attachment insecurities in obsessive-compulsive symptoms. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2018;46(5):566-81. https://doi.org/10.1080/03069885.2016.1262533

32- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 2010;15(1):53-63. https://doi.org/10.1038/mp.2008.94

33- Abramowitz JS, McKay D, Taylor S. Obsessive-compulsive disorder: *Subtypes and spectrum conditions:* Elsevier; 2011. http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-044701-8.X5000-1

34- De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A, et al. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive–compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2005;255:350-8. https://doi.org/10.1007/s00406-005-0573-y

35- Roh D, Kim W-J, Kim C-H. Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and symptom dimensions. *The Journal of nervous and mental disease*. 2011;199(9):690-5. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318229d209

36- Rufer M, Ziegler A, Alsleben H, Fricke S, Ortmann J, Brückner E, et al. A prospective long-term follow-up study of alexithymia in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2006;47(5):394-8. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2005.12.004

37- Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Müller A, Buhtz F, Hochrein A, et al. Alexithymia in obsessive-compulsive disorder–results from a family study. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2006;75(5):312-8. https://doi.org/10.1159/000093954

38- Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(7):1282-4. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1282

39- Chamberlain SR, Fineberg NA, Menzies LA, Blackwell AD, Bullmore ET, Robbins TW, et al. Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(2):335-8. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.2.335

40- Montebarocci O, Codispoti M, Baldaro B, Rossi N. Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual differences*. 2004;36(3):499-507. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00110-7

41- Oskis A, Clow A, Hucklebridge F, Bifulco A, Jacobs C, Loveday C. Understanding alexithymia in female adolescents: The role of attachment style. *Personality and Individual Differences*. 2013;54(1):97-102. https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.023

42- Gunduz B. The Contributions of Attachment Styles, Irrational Beliefs and Psychological Symptoms to the Prediction of Cognitive Flexibility. Educational Sciences: *Theory and Practice*. 2013;13(4):2079-85. https://doi.org/10.12738/estp.2013.4.1702

43- Curran T, Andersen KK. Intergenerational patterns of cognitive flexibility through expressions of maternal care. *Personality and Individual Differences*. 2017;108:32-4. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.12.001

44- Kotler T, Buzwell S, Romeo Y, Bowland J. Avoidant attachment as a risk factor for health. British *Journal of Medical Psychology*. 1994;67(3):237-45. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1994.tb01793.x

45- Pandey R, Saxena P, Dubey A. Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. Europe's *Journal of Psychology*. 2011;7(4):604-23. https://doi.org/10.5964/ejop.v7i4.155

46- Wearden A, Peters I, Berry K, Barrowclough C, Liversidge T. Adult attachment, parenting experiences, and core beliefs about self and others. *Personality and individual differences*. 2008;44(5):1246-57. https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.019

47- Oguz G, Celikbas Z, Batmaz S, Cagli S, Sungur MZ. Comparison between obsessive compulsive disorder and panic disorder on metacognitive beliefs, emotional schemas, and cognitive flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019;12(3):15778. https://doi.org/10.1007/s41811-019-00047-5

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۲۶-۲۱۵**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20635.1731

**مقاله پژوهشی**

# اثربخشی مداخله یکپارچه‌نگر جسم – ذهن – معنویت (IBMS) بر کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

**نویسندگان**

**آرزو قاسم خانلو [۱]، علی عیسی‌زادگان [۲*]، اسماعیل سلیمانی [۳]**

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
psy.arezoo@gmail.com

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم‌انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
soleymani.psy@gmail.com

**چکیده**

**مقدمه:** بین سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و مؤلفه‌های روان‌شناختی یک رابطه دوطرفه وجود دارد که منجر به تشدید علایم روان‌شناختی، جسمی و معنویتی می‌شود. باتوجه‌به اینکه سندرم تخمدان پلی‌کیستیک دارای علائم جسمی، روانی، اجتماعی و معنویتی است، درمان یکپارچه‌نگر ذهن – جسم – معنویت، با درگیرکردن سه بعد سلامت، می‌تواند در کاهش علایم روان‌شناختی در این بیماران مفید باشد؛ لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله یکپارچه‌نگر جسم – ذهن – معنویت بر کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و عدم تحمل بلاتکلیفی در زنان مبتلا به PCOS است.

**روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی با دو گروه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه هدف، بیماران مبتلا به سندرم پلی‌کیستیک که ۴۰ نفر به شکل هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌گذاری شدند. سپس، پس از تکمیل پیش‌آزمون، برای گروه مداخله، ۸ جلسه درمان یکپارچه‌نگر جسم – ذهن – معنویت به صورت انفرادی و به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد. سپس، پس‌آزمون و پس از یک‌ماه، دوره پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی، پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی و پرسش‌نامه عدم تحمل بلاتکلیفی گردآوری و در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ وارد شدند و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** نتایج تحلیل واریانس بین‌گروهی نشان داد که کیفیت زندگی ($F_{1,38}$=۳۱۷.۷۵؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۹۲ درصد)، عدم تحمل بلاتکلیفی ($F_{1,38}$=۴۵.۷۷؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۷۷)، اضطراب ($F_{1,38}$=۳۴.۷۳؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۵۵ درصد)، افسردگی ($F_{1,38}$=۶۲.۱۱؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۶۸ درصد) و استرس ($F_{1,38}$=۶۳.۲۴؛p<۰.۰۰۱)، با ضریب ایتای ۶۹ درصد) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است که نشان‌دهنده اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** سندرم تخمدان پلی‌کیستیک یک بیماری چند علیتی است. پژوهش حاضر نشان داد که می‌توان مسائل روان‌شناختی را با استفاده رویکردهای روان‌درمانی تا حد زیادی کاهش داد. این یافته‌ها اهمیت ادغام چنین مداخلاتی را در پروتکل‌های استاندارد درمان PCOS به‌عنوان مکملی برای درمان‌های پزشکی مرسوم، برجسته می‌سازد.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۴/۰۹

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۴/۱۰/۱۵

**کلیدواژه‌ها**

کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی، تحمل ابهام، ذهن‌آگاهی، روان‌درمانی، PCOS

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

a.essazade@gmail.com

این مقاله از رساله دکترای روان‌شناسی دانشگاه ارومیه نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۲۶-۲۱۵
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226

**مقدمه**

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS)، اختلالی غدد درون‌ریز و شایع محسوب می‌شود که ۵ تا ۲۰ درصد از جمعیت زنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد[۱]. PCOS علت اصلی ناباروری زنان به دلیل عدم تخمک‌گذاری بر اساس معیارهای روتردام است[۲]؛ برای تشخیص PCOS، زنان باید دو علامت از سه علامت شامل اختلال تخمک‌گذاری، سطح تستسترون بالا و شکل تخمدان در سونوگرافی را داشته باشند [۳]. نقش تأثیرات روانی اجتماعی در PCOS توسط متخصصانی که با درمان این بیماران سروکار دارند، به‌خوبی شناخته نشده است. ارتباط بین مسائل روان‌شناختی و PCOS یک مسیر دوطرفه هست، ازیک‌طرف PCOS در افراد باسابقه کیفیت زندگی پایین، افسرده، تنش‌دار و مضطرب بیشتر است و از طرف دیگر PCOS با تغییرات هورمونی می‌تواند منجر به مشکلات روان‌شناختی شود [۴].

یکی از اختلالات اضطرابی همبود با PCOS، اختلال اضطراب فراگیر است که با نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی مشخص می‌شود[۵]. نگرانی به‌عنوان فرایندی شناختی، پیش‌بینی خطر و تهدید است [۶]. باتوجه‌به شرایط مزمن این بیماری، حالت بلاتکلیفی برای فرد ایجاد می‌شود که به نوبه خود منجر به افزایش نگرانی و پریشانی روان‌شناختی می‌گردد. عدم تحمل بلاتکلیفی به‌عنوان واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینان تعریف شده است که به‌موجب آن، سوگیری در پردازش اطلاعات، افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش توانایی کنارآمدن رخ می‌دهد [۷]. باتوجه‌به شرایط بیماری PCOS که علت‌شناسی و درمان دقیقی برای آن وجود ندارد، و بیماران مبتلا به PCOS در جهت اقدام به بارداری با این بلاتکلیفی و شک‌وتردید مداوم درگیر هستند. این بلاتکلیفی می‌تواند استرس افراد را افزایش دهد. تداوم استرس می‌تواند عدم تعادل هورمونی را تشدید کند. درنتیجه، علائمی مانند هیرسوتیسم (پرمویی)، آکنه و افزایش وزن تشدید می‌شوند[۸] این حالت، چرخه معیوبی را ایجاد می‌کند که در آن استرس و علائم PCOS به طور متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند و مدیریت این بیماری را پیچیده کرده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را با افت مواجه می‌کند[۹].

این حالت، چرخه معیوبی را ایجاد می‌کند که در آن استرس و علائم PCOS به طور متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند و مدیریت این بیماری را پیچیده کرده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را با افت مواجه می‌کند[۹].

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQoL)، یک مفهوم چندبعدی است که برای توصیف جنبه‌های فیزیکی، هیجانی و اجتماعی بیماری‌های خاص یا درمان آن‌ها استفاده می‌شود[۱۰]. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی شاخصی مفید برای سلامت کلی افراد است؛ چون اطلاعاتی ارزشمندی درباره شرایط جسمانی و روانی افراد و تأثیر این شرایط سلامتی بر کیفیت زندگی است [۱۱] طیف وسیعی از تظاهرات بالینی PCOS، از جمله بی‌نظمی قاعدگی، ناباروری، پرمویی، آکنه و چاقی، همگی منابع مهمی از پریشانی روانی اجتماعی هستند و منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شوند[۱۲]. بر اساس مطالعه‌ای که در ایران انجام شده است، ناباروری یکی از ناراحت‌کننده‌ترین علائم سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در حوزه کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است[۱۳].

هر چند به نظر می‌رسد که نقش عوامل بیوشیمیایی، هورمونی و متابولیکی در افت کیفیت زندگی و سایر مشکلات این بیماران مؤثر است، اما مسائل دیگری مثل تظاهرات روان‌شناختی این بیماری مثل اضطراب، افسردگی، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند منجر به کاهش معنادار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شده که در سلامت جسمانی و روان‌شناختی این افراد تأثیر می‌گذارد[۱۴].

در حال حاضر، درمان‌های پزشکی فقط تا حدی مؤثر هستند. اگرچه، مدیریت PCOS در درجه نخست بر بهبود مدیریت وزن و پایش منظم، ازجمله مداخلات مرتبط با سبک زندگی، مداخلات دارویی و مداخلات جراحی تمرکز دارد[۱۵-۱۷]. بااین‌حال، راهبردهای درمانی موجود محدودیت‌های خاصی دارند. پس یافتن درمان‌های مکمل و جایگزین ضروری است. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که مداخله یکپارچه جسم - ذهن - معنویت (IBMS) که یک رویکرد مداخله‌ای غیردارویی است می‌تواند در بهبود سلامت جسمی و روانی - اجتماعی افراد برای مراجعین مختلف، ازجمله افرادی مبتلا به پسوریازیس، مؤثر باشد[۱۸]. تعداد فزاینده‌ای از مطالعات تجربی، اثرات مثبت مداخلات ذهن - جسم - معنویت را بر مشکلات مختلف ذهنی و جسمی مانند افسردگی[۱۹، ۲۰]، اضطراب [۲۱]، سردرد تنشی[۲۲]، فشارخون بالا[۱۴]، بیماری قلبی[۲۳] و دیابت نوع ۲ [۲۴] را گزارش کرده‌اند.

درمان IBMS به مراجعان کمک می‌کند تا از طریق رنج رشد کنند و تغییر کنند و نقاط قوت و انعطاف‌پذیری خود را در مقابله با استرس افزایش دهند. این درمان بر مفهوم کل‌نگر سلامت تأکید دارد. تحت چارچوب IBMS، اعتقاد بر این است که بهزیستی فیزیکی، روانی - اجتماعی و معنوی به هم مرتبط هستند و نقش مهمی در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی دارند[۲۵] باتوجه‌به مشکلات مختلف بیماران pcos در تمام این حوزه‌ها، یک رویکرد درمانی کل‌نگر قادر به پاسخگویی به این زمینه‌ها است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان یکپارچه جسم - ذهن - معنویت در کاهش علائم در بیماران مبتلا به PCOS است.

## روش بررسی

پژوهش حاضر باتوجه به هدف، کاربردی و شیوه اجرا، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان دارای سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خوی در نیمه نخست سال ۱۴۰۴ تشکیل می‌دهند. تشخیص PCOS با توجه به نتایج سونوگرافی و ارزیابی بالینی متخصص زنان بر اساس معیارهای روتردام صورت‌گرفته بود که از بین مراجع‌کنندگان، ۴۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از تهیه فهرست بیماران بر اساس معیارهای ورود و خروج، حدود ۴۰ نفر از زنان در دو گروه آزمایش،۲۰ زن و در گروه کنترل، ۲۰ زن، (مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) با دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، واجد شرایط ورود به پژوهش و ارزیابی تشخیص داده شدند. پس از کسب کد اخلاق برای اجرای پژوهش، با همکاری متخصصان زنان و مرکز ناباروری دانشکده علوم پزشکی خوی، برنامه‌درمانی برای زنان واجد شرایط بیماری توضیح داده شد و افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، بر اساس معیارهای ورود و خروج ارزیابی شدند. معیارهای ورود شامل: ۱. تشخیص قطعی PCOS؛ ۲. تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ۳. عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته بود. معیارهای خروج نیز شامل: ۱. غیبت در جلسات به مدت بیش از ۲ جلسه؛ ۲. عدم تمایل به همکاری و ادامه مداخلات و ۳. مصرف قرص‌های روان‌پزشکی و روان‌گردان.

پس از ارزیابی اولیه و کسب رضایت آگاهانه، اعضای نمونه با استفاده از روش تصادفی‌سازی و قرعه‌کشی در دو گروه ۲۰ نفری شامل گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. سپس پیش‌آزمون‌ها برای هر دو گروه اجرا شد. پس از تعیین نهایی اعضای گروه‌ها، مداخله یکپارچه‌نگر جسم ـ ذهن ـ معنویت برای گروه آزمایش به‌صورت هفتگی، در جلسات درمانی هفتگی به مدت ۴۵ دقیقه و به شکل انفرادی در مرکز مشاوره اجرا شد. جلسات توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی و با ۱۰ سال سابقه ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی در مراکز بهداشتی برای گروه آزمایش اجرا گردید همچنین، گروه کنترل در طول این مدت در فهرست انتظار دریافت مداخلات قرار گرفت.

پس از اتمام جلسات درمانی، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و یک پیگیری ۱ماهه اعمال شد و پس از پیگیری یک‌ماهه گروه کنترل نیز وارد درمان شد. در ادامه، بعد از جمع‌آوری داده‌ها و بررسی ریزش نمونه، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS شدند و تحلیل‌های لازم مثل میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش بسته درمانی مداخله یکپارچه‌نگر جسم – ذهن - معنویت، مقیاس پریشانی روان‌شناختی، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی و

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۲۶-۲۱۵
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226

مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است.

**ابزارها**

**مداخله یکپارچه‌نگر جسم – ذهن - معنویت**

این درمان توسط چان و همکاران در سال ۲۰۰۶ م. مطرح شد و یک رویکرد درمانی یکپارچه و کل‌نگر است که ابعاد جسمی، روانی و معنویتی را موردتوجه قرار می‌دهد که شرح جلسات درمانی در جدول زیر آمده است.

**جدول ۱. محتوای جلسات برنامه درمانی یکپارچه‌نگر ذهن - جسم – معنویت**

| جلسه | شرح جلسات | اهداف | تمرین‌ها |
|---|---|---|---|
| اول | در این جلسه، پس از معرفی برنامه و زمان جلسات برگزاری در باره ارتباط جسم - ذهن - معنویت بحث و تبادل نظر خواهد شد و تأثیر مسائل روان‌شناختی و هیجانی بر PCOS توضیح داده می‌شود | آشنایی با روند جلسات، برنامه‌ها و درمان جسم - ذهن - معنویت و آگاهی از ارتباط بدن و ذهن | |
| دوم | در این جلسه، پس از بررسی وضعیت خلقی هفته گذشته و بررسی تکالیف خانگی از تمرین‌های آرام‌سازی برای کاهش استرس مثل تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی عضلانی استفاده می‌شود. | هدف کاهش استرس با استفاده از تکنیک‌های رفتاری در کوتاه‌مدت | تنفس دیافراگمی آرام‌سازی عضلانی |
| سوم | در این جلسه، پس از بررسی وضعیت خلقی هفته گذشته و بررسی تکالیف خانگی بر نقش‌پذیرش و قدرت پرورش آن، در غلبه بر مشکلات تأکید می‌شود. در این جلسه افکار، هیجانات منفی به روشن و واضح در ذهن نگهداری می‌شود. پرورش پذیر و بخشش در طول تجربه بیماری می‌تواند به فرد کمک‌کننده باشد. | هدف پرورش پذیرش و حذف انتقاد از خود است | تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای پذیرش موقعیت‌های مختلف در زندگی |
| چهارم | در این جلسه، پس از بررسی وضعیت خلقی هفته گذشته و بررسی تکالیف خانگی نمونه‌های مختلفی و تمرین‌های مختلفی از معنویت مثل مراقبه، معنایابی و هدف‌گذاری و تأثیر آن‌ها بر سلامت جسمی و نقش هیجانات بعد از آن تأکید می‌شود و همچنین بر تغییر معنای بیماری از قربانی به بازمانده تلاش می‌گردد. | هدف آشنایی با مؤلفه معنویت در این رویکرد درمانی و تأثیر معنویت بر سلامت جسمی | انجام تمرین مراقبه به شکل روزانه، ارزش‌ها معنایابی |
| پنجم | در این جلسه، پس از بررسی وضعیت روان‌شناختی هفته گذشته و تکالیف هفتگی بر نقش هیجانات در سلامت جسمانی و روان‌شناختی پرداخته شده است. | تنظیم هیجانات<br>درک احساسات منفی و تأثیرات آن بر خود و دیگران<br>آگاهی از شرایط وابستگی متقابل عاطفی<br>برای یادگیری ابزارهای مختلف ابراز احساسات | شناسایی و برچسب‌زنی هیجان |
| ششم | در این جلسه، پس از بررسی وضعیت روان‌شناختی و مرور تکالیف هفته گذشته به نقش شفقت به خود و ابعاد آن در مراقبت جسمی و روان‌شناختی پرداخته خواهد شد و نقش گفتگوی دلسوزانه با خود در احساس آرامش استفاده خواهد شد. | هدف آگاهی از نقش شفقت به خود در افزایش سلامت روان‌شناختی | تمرین نامه دلسوزانه به خویشتن |
| هفتم | در این جلسه، پس از بررسی وضعیت روان‌شناختی و مرور تکالیف هفته گذشته به ادامه نقش شفقت به خود و چطور شفقت به خود می‌تواند در این مسیر درمان به او کمک کند بحث و گفتگو می‌شود و ابعاد آن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. | هدف این جلسه بهشیاری با استفاده از شفقت به خود است و انتقادات از خود کمتر شود. این بهشیاری می‌تواند فرد را برای چالش‌های این مسیر کمک کند. | استفاده از دفتر خاطرات شفقت به خود و استفاده از استراحت مشفقانه |
| هشتم | در این جلسه، پس از بررسی وضعیت روان‌شناختی و مرور تکالیف هفته گذشته به مؤلفه قدردانی از خود و دیگران پرداخته می‌شود و نقاط قوت و ضعف شخصی و خانوادگی فرد شناسایی و بر تمرکز بر نقاط قوت تأکید می‌شود | هدف شناسایی نقاط قوت و ضعف و خودآگاهی به آن‌ها است تا در پذیرش شرایط کمک‌کننده باشد. | تمرین شناسایی نقاط قوت و ضعف |

**مقیاس پریشانی روان‌شناختی**

پرسش‌نامه استرس - اضطراب - افسردگی (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵م.) جهت سنجش استرس - اضطراب - افسردگی ساخته شده و دارای ۲۱ پرسش است. پرسش‌نامه DASS-21 شامل ۳ مؤلفه است که هر یک از خرده‌های مقیاس‌های آن شامل ۷ پرسش است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات پرسش‌های مربوط به آن به دست می‌آید. شیوه نمره‌گذاری آن به این صورت است که برای هر پرسش از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) در نظر گرفته می‌شود. سپس، مجموع نمره هر یک از خرده مقیاس بین صفر تا ۲۱ در نظر گرفته می‌شود. روایی این پرسش‌نامه ۰/۷۷ و پایایی آن برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۸۹، اضطراب، ۰/۸۴، استرس ۰/۸۲ و برای نمره کلی ۰/۸۳ به دست آمده است. به طور کلی نمرات افراد در افسردگی، استرس و اضطراب در ۵ دامنه عادی، خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید قرار دارد برای افسردگی در دامنه عادی ۰-۹؛ خفیف ۱۰-۱۳؛ متوسط ۱۴-۲۰؛ شدید ۲۱-۲۷ و بسیار شدید ۲۸ است؛ برای اضطراب در دامنه عادی ۰-۷؛ خفیف ۸-۹؛ متوسط ۱۴-۱۰؛ شدید ۱۵-۱۹ و بسیار شدید ۲۰ است، و برای استرس در دامنه عادی ۰-۱۴؛ خفیف ۱۵-۱۸؛ متوسط ۱۹-۲۵؛ شدید ۲۶-۳۲۰ و بسیار شدید ۳۳ است[۲۶].

**مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی**

پرسش‌نامه عدم تحمل بلاتکلیفی توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴م.) طراحی شده است تا میزان تحمل افراد در موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی را ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه دارای داری ۲۷ گویه است که براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت، از ۱ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا، نشان‌دهنده عدم تحمل بلاتکلیفی بیشتر است. جملات این پرسش‌نامه، نوع واکنش افراد در برابر بلاتکلیفی‌های زندگی را توضیح می‌دهد. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه نگرانی ۰/۶۰ و با افسردگی ۰/۵۹ است. ضریب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای این مقیاس ۰/۹۴ گزارش‌شده است. در نسخه فارسی پایایی بازآزمایی ۰/۷۶ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ به دست آمده است[۷۲].

**مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت**

پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ (ویر و شربون، ۱۹۹۲) از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس شامل ۲ تا ۱۰ گویه است. هشت زیرمقیاس این پرسش‌نامه شامل عملکرد جسمی، ۱۰ گویه (PF)، اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی، ۴ گویه (RP)، اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی، ۳ گویه (RE)، انرژی/خستگی، ۴ گویه (EF)، بهزیستی هیجانی، ۵ گویه(EW)، کارکرد اجتماعی، ۲ گویه (SF)، درد، ۲ گویه (P) و سلامت عمومی، ۵ گویه (GH) است. از ادغام این زیر مقیاس‌ها، دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید.

به‌طورکلی، این پرسش‌نامه دارای ۱۱ ماده است که برخی ماده‌ها، مانند ماده ۳ دارای ۱۰ گویه، ماده ۴ دارای ۴ گویه، ماده ۵ دارای ۳ گویه، ماده ۹ دارای گویه و ماده ۱۱ دارای ۴ گویه است و سایر ماده‌ها صرفاً یک گویه دارند در نمره‌گذاری، ماده‌های ۱، ۲، ۶، ۸، ۱۰ و۱۱ دارای نمره‌گذاری ۵ لیکرتی هستند، ماده‌های ۷ و ۹ دارای نمره‌گذاری ۶ لیکرتی، ماده‌های ۴ و ۵ دوگزینه‌ای و ماده ۳ به شکل ۳ لیکرتی نمره‌گذاری می‌شوند. در این پرسش‌نامه، نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر و برعکس است. نمره‌گذاری این مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ است. پایایی این پرسش‌نامه در نسخه فارسی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ قرار دارد و روایی همگرا بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ به‌دست‌آمده است[۲۸].

## نتایج

این پژوهش در دو گروه مستقل به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و با یک دوره پیگیری یک ماهه انجام شد. نتایج جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی گروه آزمایش ۴/۴۲ ± ۲۷/۱۵ و میانگین سنی گروه کنترل ۳/۱۳ ± ۲۵/۶۰ است که از نظر سنی تفاوت معناداری وبین دو گروه جود نداشت. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سنی، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه درمانی، سابقه روان‌درمانی و وضعیت چاقی تفاوت معناداری وجود نداشت.

**جدول شماره ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (n=۴۰)**

| گروه | زیر گروه | آزمایش | کنترل | $X^2$ | P |
|---|---|---|---|---|---|
| سن | | ۲۷/۱۵ ± ۴/۴۲ | ۲۵/۶۰ ± ۳/۱۳ | | |
| تحصیلات | دیپلم | ۷ | ۵ | ۲/۳۷ | ۰/۳۱ |
| | کارشناسی | ۱۱ | ۱۲ | | |
| | بالاتر از کارشناسی | ۲ | ۳ | | |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۵ | ۶ | ۱/۲۴ | ۰/۲۹ |
| | متأهل | ۱۵ | ۱۴ | | |
| سابقه درمان | دارم | ۱۵ | ۱۶ | ۱/۴۲ | ۰/۳۱ |
| | ندارم | ۵ | ۴ | | |
| سابقه روان‌درمانی | دارم | ۴ | ۶ | ۱/۷۸ | ۰/۲۱ |
| | ندارم | ۱۶ | ۱۴ | | |
| وضعیتی چاقی (BMI>25) | دارم | ۹ | ۷ | ۰/۳۷ | ۰/۵۴ |

**جدول ۳. مقایسه شاخص‌های افسردگی، اضطراب، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و سری‌های زمانی**

| متغیرها | مرحله | کنترل<br>میانگین± انحراف معیار | آزمایش<br>میانگین± انحراف معیار | آماره T | مقدار p |
|---|---|---|---|---|---|
| افسردگی | قبل از مداخله | ۱۷/۴۵ ± ۲/۶۵ | ۱۶/۲۰ ± ۱/۸۲ | -۱/۷۴ | ۰/۰۹ |
| | بعد از مداخله | ۱۷ ± ۲/۵۳ | ۹/۳۵ ± ۱/۱۸ | -۱۲/۲۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۱۷/۴۰ ± ۲/۷۲ | ۱۰/۱۵ ± ۲/۱۳ | -۹/۳۷ | ۰/۰۰۱ |
| اضطراب | قبل از مداخله | ۱۶/۰۵ ± ۲/۵۲ | ۱۵/۱۵ ± ۲/۰۳ | -۱/۲۴ | ۰/۲۲ |
| | بعد از مداخله | ۱۴/۹۵ ± ۲/۲۸ | ۱۰/۲۰ ± ۱/۰۱ | -۸/۵۲ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۱۵/۶۵ ± ۲/۳۰ | ۹/۸۰ ± ۱/۷۹ | -۸/۹۷ | ۰/۰۰۱ |
| استرس | قبل از مداخله | ۱۶/۰۱ ± ۱/۶۵ | ۱۴/۳۰ ± ۴/۹۸ | -۱/۴۵ | ۰/۱۷ |
| | بعد از مداخله | ۱۵/۰۱ ± ۱/۷۷ | ۱۰/۱۰ ± ۱/۴۵ | -۹/۷۶ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۱۶/۰۱ ± ۱/۶۵ | ۱۰/۲۵ ± ۱/۱۶ | -۱۲/۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| عدم تحمل بلاتکلیفی | قبل از مداخله | ۷۵/۵۵ ± ۶/۴۶ | ۷۴/۴۰ ± ۸/۵۲ | -۰/۴۸ | ۰/۶۳ |
| | بعد از مداخله | ۷۲/۰۵ ± ۷/۰۱ | ۴۹/۱۵ ± ۵/۵۴ | -۱۱/۴۸ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۷۴/۲۵ ± ۶/۷۲ | ۵۲/۲۵ ± ۵/۳۶ | -۱۱/۴۵ | ۰/۰۰۱ |
| کیفیت زندگی | قبل از مداخله | ۱۱۰/۴۰ ± ۳/۵۴ | ۱۰۸/۸۰ ± ۳/۷۶ | -۱/۳۸ | ۰/۱۷ |
| | بعد از مداخله | ۱۰۴/۸۵ ± ۶/۹۰ | ۸۲/۳۰ ± ۴/۸۹ | -۱۱/۹۲ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۱۰۳/۱۰ ± ۶/۱۶ | ۶۷/۳۵ ± ۵/۲۱ | -۱۹/۸۰ | ۰/۰۰۱ |

مقایسه شاخص‌های پریشانی روان‌شناختی (اضطراب، استرس و افسردگی)، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی به تفکیک گروهی در جدول ۳ گزارش شده است. بر اساس نتایج، تفاوت معناداری بین دو گروه قبل از مداخله از نظر افسردگی، استرس، اضطراب، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی مشاهده نشده است. ولی پس از مداخله و در پیگیری متغیرهای مورد اشاره تفاوت معناداری مشاهد شد. ($p<۰/۰۵$).

داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر دو طرفه (Two-way Repeated Measures ANOVA) با یک عامل بین‌گروهی (گروه: آزمایش و کنترل) و یک عامل درون‌گروهی (زمان: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای ۵ متغیر وابسته شامل افسردگی، اضطراب، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی تحلیل شدند. نتایج آزمون M باکس نشان داد که مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس - کوواریانس برای اکثر متغیرها برقرار بود. همچنین، مفروضه کرویت با آزمون ماخلی بررسی شد و نتایج آزمون MBOX و آزمون Mauchlys w در جدول ۳ گزارش شده است.

نتایج تحلیل واریانس درون‌گروهی - بین‌گروهی مختلط متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی در جدول ۵ نشان داده شده است. نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که با گذشت زمان در وضعیت اضطراب، افسردگی، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی اثر معناداری مشاهده شده است که نشان‌دهنده روند کاهشی نمرات در متغیرهای مربوطه بوده است. اثر تعاملی زمان - گروه نیز معنادار است و نشان می‌دهد که بین دو گروه به لحاظ متغیرهای مورد مطالعه تفاوت وجود دارد و مداخله یکپارچه‌نگر ذهن - جسم - معنویت توانسته است، تفاوت با گروه کنترل و نیز سه رشته زمانی قبل از مداخله، پس از مداخله و پیگیری ایجاد نماید که مبین اثربخشی این رویکرد درمانی است.

**جدول ۴. نتایج آزمون $M_{BOX}$ و Mauchlys w**

| نام متغیر | $Mbox_{1,38}$ | P | Mauchlys w | P |
|---|---|---|---|---|
| افسردگی | ۹۰/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳ | ۰/۱۲ |
| اضطراب | ۳۷/۵۴ | ۰/۰۱ | ۰/۹۹ | ۰/۸۱ |
| استرس | ۲۵/۵۷ | ۰/۰۱ | ۰/۶۶ | ۰/۰۰۰ |
| عدم تحمل بلاتکلیفی | ۴۱/۸۱ | ۰/۰۸ | ۰/۶۲ | ۰/۰۶ |
| کیفیت زندگی | ۱۳/۱۷ | ۰/۴۳ | ۰/۸۸ | ۰/۰۲۵ |

**جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس، عدم تحمل بلاتکلیفی و کیفیت زندگی**

| متغیر | تأثیرات درون گروهی | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | مقدار P | ضریب اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| افسردگی | زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) | ۴۲۹/۴۱ | ۱ | ۴۲۹/۴۱ | ۳۱۰/۵۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۴ |
| | اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش | ۲۱۲/۲۷ | ۲ | ۱۰۶/۱۳ | ۷۶/۷۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۳ |
| | خطا (زمان) | ۷۸/۸۲ | ۳۸ | ۲/۰۸ | | | |
| | اثر گروه | ۱۰۶۴/۴۸ | ۲ | ۵۳۲/۲۴ | ۶۲/۱۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۸ |
| اضطراب | زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) | ۴۰۴/۴۱ | ۱ | ۴۰۴/۴۱ | ۱۴۰/۵۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۱ |
| | اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش | ۱۶۵/۰۲ | ۲ | ۸۲/۵۱ | ۲۷/۹۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۷ |
| | خطا (زمان) | ۱۶۸/۰۷ | ۳۸ | ۴/۴۲ | | | |
| | اثر گروه | ۴۷۶/۹۳ | ۲ | ۲۳۸/۴۷ | ۳۴/۷۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۵ |
| استرس | زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) | ۲۲۴/۱۳ | ۱ | ۲۲۴/۱۳ | | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۴ |
| | اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش | ۱۱۲/۱۲ | ۲ | ۵۶/۰۶ | ۴۵/۳۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۹ |
| | خطا (زمان) | ۲۸۱/۷۵ | ۳۸ | ۷/۴۱ | ۱۱/۳۴ | | |
| | اثر گروه | ۶۹۱/۶۸ | ۲ | ۳۴۵/۸۴ | ۶۳/۲۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۹ |
| عدم تحمل بلاتکلیفی | زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) | ۵۵۰۸/۰۷ | ۱ | ۵۵۰۸/۰۷ | ۴۶۴/۴۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۹ |
| | اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش | ۲۳۷۳/۴۵ | ۲ | ۱۱۸۶/۸۲ | ۱۰۰/۰۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۸ |
| | خطا (زمان) | ۶۷۵/۹۷ | ۳۸ | ۱۷/۷۹ | | | |
| | اثر گروه | ۱۰۴۱/۴۸ | ۲ | ۵۲۰/۷۴ | ۴۵/۷۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۷ |
| کیفیت زندگی | زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) | ۲۶۸۵۰/۲۱ | ۱ | ۲۶۸۵۰/۲۱ | ۱۴۱۳/۷۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۶ |
| | اثر تعاملی زمان و گروه (کنترل و آزمایش | ۷۶۷۳/۷۲ | ۲ | ۳۸۳۶/۸۶ | ۲۰۲/۰۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۷ |
| | خطا (زمان) | ۱۰۸۲/۵۷ | ۳۸ | ۲۸/۴۹ | | | |
| | اثر گروه | ۱۶۳۰۰/۳۱ | ۲ | ۸۱۵۰/۱۶ | ۳۱۷/۷۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۲ |

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۲۶-۲۱۵
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی اثربخشی درمان یکپارچه‌نگری جسم - ذهن - معنویت (IBMS) بر کاهش علائم پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس)، عدم تحمل بلاتکلیفی و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) پرداخته است. یافته‌ها نشان داد که این مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، بهبودی معناداری در تمامی متغیرهای مورد بررسی ایجاد کرده است. مطالعات همسوی مستقیمی در زمینه تأثیر درمان یکپارچه‌نگر بر مؤلفه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک وجود ندارد؛ با این حال، برخی مطالعات همسو در این زمینه صورت گرفته است. مطالعه حاضر با یافته‌های تحقیقاتی که بر تأثیر مثبت درمان‌های یکپارچه‌نگر بر سلامت روان تأکید داشته‌اند، همخوانی دارد. به‌عنوان‌مثال، هافمن[1] و همکاران[۲۹] در فراتحلیلی نشان دادند که مداخلات ذهن‌آگاهی‌محور به طور معناداری علائم افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهند. همچنین، مجیدزاده و همکاران[۳۰]، در مطالعه‌ای روی زنان مبتلا به PCOS دریافتند که ترکیب درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT) و تمرین‌های تنفسی به کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود. همچنین، این نتایج با پژوهش‌های پیشین که بر تأثیر مثبت درمان‌های یکپارچه‌نگر بر سلامت روان و کیفیت زندگی تأکید داشته‌اند، همسو است[۳۱]. این یافته‌ها از این ایده حمایت می‌کنند که رویکردهای چندبعدی (مانند IBMS) می‌توانند مؤثرتر از مداخلات تک‌بعدی عمل کنند.

تأثیرگذاری این رویکرد بر پریشانی روان‌شناختی را می‌توان با استفاده از سه مؤلفه ذهن‌آگاهی، پذیرش و معنویت تبیین کرد، تمرین‌های ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از قضاوت و واکنش‌های خودکار به علائم جسمانی و افکار منفی فاصله بگیرند. این امر منجر به کاهش نشخوار فکری و نگرانی می‌شود که از عوامل کلیدی در تداوم افسردگی و اضطراب هستند. هایز و همکاران (۲۰۱۱م.) در چارچوب نظریه چارچوب‌های منطقی نشان دادند که ذهن‌آگاهی با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پاسخ به استرس را بهبود می‌بخشد[۳۲] ازسوی‌دیگر، پذیرش به شرکت‌کنندگان یاد می‌دهد تا به‌جای جنگ با شرایط غیر قابل تغییرPCOS ، آن را بپذیرند و انرژی خود را بر مدیریت اثربخش آن متمرکز کنند. این رویکرد به طور مستقیم با مدل‌های پذیرش و تعهد (ACT) همسو است که کاهش اجتناب تجربه‌ای را عامل اصلی بهبود سلامت روان می‌دانند[۳۳]. همچنین، مؤلفه معنویت با تقویت حس معنا و هدفمندی در زندگی، که اغلب تحت‌تأثیر چالش‌های ناباروری و تغییر تصویر بدن در PCOS قرار می‌گیرد، می‌تواند به‌عنوان منبعی قدرتمند برای مقابله عمل کند. مطالعات نشان داده‌اند که معنویت‌ورزی با سطوح پایین‌تر کورتیزول (هورمون استرس) و افزایش احساس امیدواری مرتبط است[۳۴].

در زمینه عدم تحمل بلاتکلیفی، نتایج این مطالعه با کارهای کارلتون[2] و همکاران[۳۵] همسو است؛ آنان نشان دادند آموزش پذیرش و ذهن‌آگاهی می‌تواند تحمل ابهام را افزایش دهد. ازسوی‌دیگر، مک ایووی و همکاران[3] [۳۶]، در پژوهش خود دریافتند که عدم تحمل بلاتکلیفی عاملی کلیدی در تشدید اضطراب و افسردگی در بیماران با شرایط مزمن (مانند PCOS) است؛ بنابراین کاهش این متغیر در مطالعه حاضر می‌تواند یکی از سازوکارهای اصلی تأثیر IBMS بر بهبود سلامت روان باشد. یکی از نمودهای اصلی در عدم تحمل بلاتکلیفی افزایش نگرانی درباره سلامتی و حتی باروری در افراد دارای سندرم تخمدان پلی‌کیستیک است. سلاجقه و همکاران[۳۷] نشان دادند که درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند نگرانی زنان مبتلا به pcos را کاهش دهند که نتایج پژوهش حاضر نیز با آن همسو است.

همچنین، لارا[4] و همکاران[۳۸] نشان دادند که برنامه‌های تمرین مقاومتی بدنی به طور قابل‌توجهی نمرات درد و افسردگی و اضطراب کلی را در زنان PCOS کاهش می‌دهد. استرس و اضطراب معمولاً در زنان مبتلا به PCOS دیده می‌شود. با توجه به نتایج، IBMS می‌تواند این مشکلات ذهنی و روان‌شناختی را در بیماران کاهش دهد که با نتایج استفاناکی[5] و همکاران [۳۹] همسو است؛ آنان

1 . Hofmann

2 . Carleton
3 . McEvoy & Mahoney
4 . Lara
5 . Stefanaki

در برنامه مدیریت استرس ذهن‌آگاهی ۸ هفته‌ای خود دریافتند که از نظر آماری، کاهش معناداری در علائم استرس، افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به PCOS پس از مداخله وجود دارد. این نتیجه با مطالعه مهرآبادی و همکاران (۱۳۹۹) که رابطه مثبت معناداری بین IU و شدت علائم افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به PCOS گزارش کردند، همسو و در واقع مکمل آن است [۴۰] . مداخله حاضر نشان می‌دهد که هدف قراردادن IU می‌تواند یک راهکار مؤثر برای شکستن چرخه معیوب بلاتکلیفی - پریشانی روانی باشد.

مداخله IBMS به طور مستقیم به تمرکز بر لحظه حال می‌پردازد و با قوی‌تر کردن تمرکز بر «اینجا و اکنون» از طریق ذهن‌آگاهی، به زنان کمک می‌کند تا از پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز درباره آینده نامعلوم فاصله بگیرند. این امر به طور مستقیم تمایل شناختی به تفسیر منفی از بلاتکلیفی را کاهش می‌دهد. همچنین، رویکرد IBMS به شرکت‌کنندگان می‌آموزد که حتی در مواجهه با عدم اطمینان، می‌توانند ارزش‌های خود را دنبال کنند و زندگی پرباری داشته باشند. این انعطاف‌پذیری، نیاز به قطعیت را کاهش می‌دهد. این تبیین با کارهای بوهر و همکاران (۲۰۱۷م) همخوانی دارد، آن‌ها نشان دادند، درمان‌های نسل سوم به طور مؤثری بر عدم تحمل بلاتکلیفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر گذار است[۴۱].

اگرچه اکثر مطالعات از اثربخشی درمان‌های یکپارچه‌نگر حمایت می‌کنند، اما برخی تحقیقات نتایج متفاوتی گزارش داده‌اند. برای مثال، لیندن[1] [۴۲] در مطالعه‌ای روی بیماران با اختلالات اضطرابی دریافت که مداخلات مبتنی بر معنویت تأثیر محدودی بر کاهش علائم روان‌شناختی داشته است. این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت در نمونه‌گیری (بیماران با تشخیص‌های مختلف) یا تفاوت در پروتکل‌های درمانی باشد؛ زیرا در پژوهش حاضر، علاوه بر معنویت، تکنیک‌های روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی هم بر پروتکل گنجانده شده است. همچنین، یادن[2] [۴۳] در مرور نظام‌مند خود اشاره دارد که برخی از مداخلات یکپارچه‌نگر، به‌ویژه آن‌هایی که مؤلفه‌های معنوی قوی دارند، ممکن است برای همه افراد قابل کاربرد نباشند و اثربخشی آن‌ها به باورها و ترجیحات فردی بستگی دارد. این یافته، لزوم شخصی‌سازی درمان‌های یکپارچه‌نگر را برجسته می‌سازد.

به نظر می‌رسد که IBMS از طریق چند مسیر مختلف بر بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به PCOS تأثیر گذاشته باشد: اولاً I-BMS باکاهش پاسخ‌های استرسی فیزیولوژیک از طریق تمرین‌های تنفسی و آرام‌سازی عضلانی، ممکن است فعالیت‌محور HPA (هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال) را تعدیل کند. همچنین، I-BMS از طریق خودتنظیمی هیجانی و تقویت مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش، به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا پاسخ‌های هیجانی خود را بهتر مدیریت کنند [۴۴]. همان‌طور که در برنامه درمانی مطرح شده یکی از مؤلفه‌های درمان تقویت، معنویت است که با تقویت حس معنا و امیدواری همراه است گنجاندن مؤلفه‌های معنوی، مانند مراقبه‌های معنوی و تمرین‌های شفقت محور است که ممکن است حس هدفمندی و تاب‌آوری را در مواجهه با چالش‌های PCOS افزایش دهند [۴۵].

این مطالعه با برخی محدودیت‌ها نیز همراه بود. نخست، در این پژوهش از گروه‌های مقایسه فعال (مانند گروه دریافت‌کننده دارو درمانی یا CBT استاندارد) استفاده نشد و دوره پیگیری کوتاه‌مدت (یک ماه) نیز امکان بررسی پایداری اثرات مداخله را محدود کرد. همچنین، نمونه‌گیری متمرکز بر جمعیت خاصی از زنان بود که با مراجعه به متخصص زنان،تمایل به شرکت در طرح داشتند؛ بنابراین احتمال سوگیری در نتایج را محتمل می‌سازد و تعمیم‌پذیری نتایج را نیز کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، به مقایسه IBMS با سایر مداخلات روان‌درمانی و پزشکی پرداخته شود؛ از روش‌های عینی‌تر (مانند اندازه‌گیری نشانگرهای التهابی یا هورمونی)، برای ارزیابی تأثیرات فیزیولوژیک استفاده شود و در نهایت، تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان (مانند نقش باورهای معنوی یا ویژگی‌های شخصیتی) مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

باوجود محدودیت‌ها، یافته‌های این مطالعه از کارایی درمان IBMS به‌عنوان یک رویکرد جامع در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به PCOS حمایت می‌کنند. این مداخله با تلفیق مؤلفه‌های جسمانی، روان‌شناختی و معنوی، نه‌تنها به کاهش علائم روان‌شناختی کمک می‌کند، بلکه به نظر می‌رسد ظرفیت سازگاری و تاب‌آوری افراد را در

1 . Linden
2 . Yaden

مواجهه با چالش‌های مزمن نیز افزایش می‌دهد. این نتایج می‌توانند مبنایی برای طراحی پروتکل‌های درمانی چندرشته‌ای در جمعیت‌های بالینی مشابه فراهم کند.

## تقدیر و تشکر

از اعضای هیئت‌علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه ارومیه، متخصصین زنان شهرستان خوی و تمام بیمارانی که در این پژوهشی با سعه صدر ما را همراهی کردند، بی‌نهایت سپاسگزاریم.

## حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

## تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

## ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکترای نویسنده در رشته روان‌شناسی است که تأییدیه‌های اخلاقی از کمیته اخلاق زیستی دانشگاه ارومیه به شماره IR.URMIA.REC.1404.001 اخذ گردیده است.

## منابع

1- Lizneva D, Suturina L, Walker W, Brakta S, Gavrilova-Jordan L, Azziz R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. Fertility and sterility. 2016; 106(1): 6-15. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27233760/

2- Monzo AM, Prapas N, Karkanaki A. PCOS. Ultrasound Imaging in Reproductive Medicine: Advances in Infertility Work-up, Treatment and ART. 2019: 91-109. https://dokumen.pub/qdownload/ultrasound-imaging-in-reproductive-medicine-advances-in-infertility-work-up-treatment-and-art-2nd-ed-978-3-030-16698-4978-3-030-16699-1.html

3- Perng W, Fitz VW, Salmon K, Hivert M-F, Kazemi M, Rifas-Shiman SL, et al. Prevalence and correlates of diagnosed and probable polycystic ovary syndrome (PCOS) in a cohort of parous women. American Journal of Epidemiology. 2025; 194(1): 114-121. doi:10.1093/aje/kwae179

4- Sun Y, Dong Y, Wang K, Bai J, Chen M, Zheng D, et al. Health related quality of life and psychological parameters in Chinese women first diagnosed with polycystic ovary syndrome: a cross-sectional study. 2023. doi:10.21203/rs.3.rs-2680001/v1

5- Hussain A, Chandel RK, Ganie MA, Dar MA, Rather YH, Wani ZA, et al. Prevalence of psychiatric disorders in patients with a diagnosis of polycystic ovary syndrome in Kashmir. Indian journal of psychological medicine. 2015; 37(1): 66-70. doi:10.4103/0253-7176.150822

6- Baussay A, Di Lodovico L, Poupon D, Doublet M, Ramoz N, Duriez P, et al. The capacity of cognitive tests to detect generalized anxiety disorder (GAD): A pilot study. Journal of psychiatric research. 2024; 174: 94-100. doi:10.1016/j.jpsychires.2024.04.006

7- Gibson B, Rosser BA, Schneider J, Forshaw MJ. The role of uncertainty intolerance in adjusting to long-term physical health conditions: A systematic review. PLoS One. 2023; 18(6): e0286198. doi:10.1371/journal.pone.0286198

8- Rasgon NL, Rao RC, Hwang S, Altshuler LL, Elman S, Zuckerbrow-Miller J, et al. Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. Journal of affective disorders. 2003; 74(3): 299-304. doi:10.1016/s0165-0327(02)00117-9

9- Dokras A, Sarwer DB, Allison KC, Milman L, Kris-Etherton PM, Kunselman AR, et al. Weight loss and lowering androgens predict improvements in health-related quality of life in women with PCOS. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2016; 101(8):2966-2974. doi:10.1210/jc.2016-1896

10- Chung KC, Muthutantri A, Goldsmith GG, Watts MR, Brown AE, Patrick DL. Symptom impact and health-related quality of life (HRQoL) assessment by cancer stage: a narrative literature review. BMC cancer. 2024; 24(1): 884. doi:10.1186/s12885-024-12612-z

11- Revicki DA, Kleinman L, Cella D. A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry. Dialogues in clinical neuroscience. 2014; 16(2): 127-135. doi:10.31887/dcns.2014.16.2/drevicki

12- AlAhmari L, Alzahrani H, Alzahrani N, AlDhafyan S, Al-Qahtani R, Al-Zaid J, et al. Measures of health-related quality of life in PCOS women: a cross sectional study from Saudi Arabia. European Review for Medical & Pharmacological Sciences. 2024; 28(5): 1913 – 1919. doi:10.26355/eurrev_202403_35605

13- Bazarganipour F, Ziaei S, Montazeri A, Foroozanfard F, Faghihzadeh S. Health-related quality of life and its relationship with clinical symptoms among Iranian patients with polycystic ovarian syndrome. Iranian journal of reproductive medicine. 2013; 11(5): 371. http://ijrm.ir/article-1-426-fa.html. **[In Persian]**

14- Benson H, Rosner BA, Marzetta BR, Klemchuk HM. Decreased blood-pressure in pharmacologically treated hypertensive patients who regularly elicited the relaxation response. Meditation: Routledge; 2017. p. 123-129. doi:10.1016/s0140-6736(74)92596-3

15- Abbasi S, Mashatan N, Farmani E, Khodashenas M, Musazadeh V, Ahrabi SS, et al. The effects of purslane (Portulaca oleracea) on glycemic indices: A GRADE-assessed systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Phytotherapy Research. 2023; 37(1): 5529-5540. doi:10.1002/ptr.7997 .

16- Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Human reproduction. 2018; 33(9): 1602-1618. doi:10.1093/humrep/dey256

17- Musazadeh V, Mohammadi Anilou M, Vajdi M, Karimi A, Sedgh Ahrabi S, Dehghan P. Effects of synbiotics supplementation on anthropometric and lipid profile parameters: Finding from an umbrella meta-analysis. Frontiers in Nutrition. 2023; 10: 1121541. doi:10.3389/fnut.2023.112154 **[In Persian]**

18- Chan CHY, Chan THY, Chan CLW. Translating Daoist concepts into integrative social work practice: an empowerment program for persons with depressive symptoms. Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought. 2014; 33(1): 61-72. doi:10.1080/15426432.2014.873662

19- Chou K-L, Lee PW, Yu E, Macfarlane D, Cheng Y-H, Chan SS, et al. Effect of Tai Chi on depressive symptoms amongst Chinese older patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. International journal of geriatric psychiatry. 2004; 19(11). doi:10.1002/gps.1178

20- Tsai YF, Wong TK, Tsai HH, Ku YC. Self-worth therapy for depressive symptoms in older nursing home residents. Journal of Advanced Nursing. 2008;64(5):488-94. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04804. x.

21- Deckro GR, Ballinger KM, Hoyt M, Wilcher M, Dusek J, Myers P, et al. The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. Journal of American College Health. 2002; 50(6): 281-287. doi:10.1080/07448480209603446

22- Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Coon JT, Kuyken W, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Journal of psychosomatic research. 2014; 76(5): 341-51. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.02.012

23- Nasr DA, Abdelhamid HM. The efficacy of caudal dexmedetomidine on stress response and postoperative pain in pediatric cardiac surgery. Ann Card Anaesth. 2013;16(2):109-14. doi:10.4103/0971-9784.109744

24- Innes KE, Vincent HK. The influence of yoga-based programs on risk profiles in adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2007; 4(4): 469-86. doi:10.1093/ecam/nel103

25- Fung Y, Lau BHP, Tam MYJ, Xie Q, Chan CL, Chan CH. Protocol for psychosocial interventions based on Integrative Body-Mind-Spirit (IBMS) model for children with eczema and their parent caregivers. Journal of Evidence-Based Social Work. 2019; 16(1): 36-53. doi:10.1080/23761407.2018.1545618

26- Sahebi A, Asghari, Mohammad Javad, and Salari, Razieh Sadat. Validation of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) for the Iranian population. Developmental Psychology (Iranian Psychologists 2005; 14. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population (iau.ir) **[In Persian]**

27- Taske M, Dazav Emami, Mohammad Hassan, Bakhtiari, Maryam, Jafari, Mehdi. Comparison of intolerance of uncertainty and difficulty in regulating emotions in individuals with body dysmorphic disorder and social anxiety. Health Psychology. 2018; 7(27): 113-20. https://doi.org/10.30473/hpj.2018.36452.3759 **[In Persian]**

28- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of life research. 2005; 14: 875-882. doi:10.1007/s11136-004-1014-5

29- Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. Journal of consulting andclinical psychology. 2014; 82(3): 375. doi:10.1037/a0035491

30- Majidzadeh S, Mirghafourvand M, Farvareshi M, Yavarikia P. The effect of cognitive behavioral therapy on depression and anxiety of women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. BMC psychiatry. 2023; 23(1): 332. doi:10.1186/s12888-023-04814-9

31- Arentz S, Abbott JA, Smith CA, Bensoussan A. Herbal medicine for the management of polycystic ovary syndrome (PCOS) and associated oligo/amenorrhoea and hyperandrogenism; a review of the laboratory evidence for effects with corroborative clinical findings. BMC Complement Altern Med. 2014; 14: 511. doi:10.1186/1472-6882-14-511 .

32- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013 Jun; 44(2):180-198. https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002.

33- Ruiz, F. J. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. International Journal of Psychology & Psychological Therapy. 2010; 10(1): 125–162. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. (apa.org)

34- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012 Dec 16; 2012: 278730. https://doi.org/10.5402/2012/278730

35- Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJ. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. J Anxiety Disord. 2012; 26 (3): 468-479. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.011

36- McEvoy PM, Hyett MP, Shihata S, Price JE, Strachan L. The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2019; 73: 101778. doi:10.1016/j.cpr.2019.101778

37- Salajegheh Z, Ahmadi A, Shahrahmani H, Jahani Y, Alidousti K, Nasiri Amiri F, et al. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) effects on the worries of women with poly cystic ovary syndrome (PCOS). BMC Psychiatry. 2023; 23(1): 185. doi:10.1186/s12888-023-04671-6 **[In Persian].**

38- Lara LA, Ramos FK, Kogure GS, Costa RS, Silva de Sá MF, Ferriani RA, et al. Impact of Physical Resistance Training on the Sexual Function of Women with Polycystic Ovary Syndrome. J Sex Med. 2015;12(7):1584-1590. doi:10.1111/jsm.12909

39- Stefanaki C, Bacopoulou F, Livadas S, Kandaraki A, Karachalios A, Chrousos GP, et al. Impact of a mindfulness stress management program on stress, anxiety, depression and quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. Stress. 2015; 18(1): 57-66. doi:10.3109/10253890.2014.974030 **[In Persian]**

40- Mehrabadi S, Jahanian Sadatmahalleh S, Kazemnejad A. Association of Depression and Anxiety with Cognitive Function in Patients with Polycystic Ovary Syndrome . J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (147): 159-170. https://www.researchgate.net/publication/324770094_Association_of_depression_and_anxiety_with_cognitive_function_in_patients_with_polycystic_ovary_syndrome **[In Persian].**

41- Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. Behav Res Ther. 2002 Aug;40(8):931-945. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00092-4

42- Linden AVDS-eMtRbSTaDaAiDW. elf-esteem Mediates the Relationship between Sexual Trauma and Depression and Anxiety in Dutch Women 2022. Self-esteem Mediates the Relationship between Sexual Trauma and Depression and Anxiety in Dutch Women (uu.nl)

43- Yaden DB, Batz-Barbarich, C. L., Ng, V., Vaziri, H., Gladstone, J. N., Pawelski, J. O., & Tay, L. . A meta-analysis of religion/spirituality and life satisfaction. Journal of Happiness Studies. 2022; 23(8): 4147-4163. doi:10.1007/s10902-022-00558-7.

44- Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. Clin Psychol Rev. 2009; 29(6): 560-572. doi:10.1016/j.cpr.2009.06.005

45- Wilt JA, Exline, J. J., Grubbs, J. B., Park, C. L., Pargament, K. I., Wilt, J. A., ... & Pargament, K. I. Psychology of Religion and Spirituality. journal of Religion and Spirituality. 2021; 2(14): 231-242. doi:10.1016/j.jrp.2021.104104

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲٤، شماره ۲، پیاپی ٤۷، پاییز و زمستان ۱٤۰۵، صص ۲۵۰-۲۲۷**
DOI: 10.22070/cpap.2026.21018.1810

**مقاله پژوهشی**

# از مدل‌یابی عاملی تأییدی تا یادگیری ماشین: بررسی چند رویکردی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس PSS-10

**نویسندگان**

**نورالله یوسفی [۱*]، علیرضا پیرخائفی [۲]، مرضیه یوسفی [۳]، احسان احمدی خاوه [٤]**

۱. دکتری روان‌شناسی تربیتی، پژوهشگر مستقل، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. apirkhaefi@iau.ac.ir
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. marzieh1984y@gmail.com
٤. دانش‌آموخته دکتری فلسفه تعلیم و تربیت، پیام نور، تهران جنوب، ایران. kelkesheida@yahoo.com

**چکیده**

**مقدمه:** مقیاس استرس ادراک‌شده (PSS-10)، ابزاری پرکاربرد برای سنجش استرس است. این مطالعه با هدف ارزیابی جامع‌تر ویژگی‌های روان‌سنجی PSS-10 با به‌کارگیری ترکیبی از پنج رویکرد پیشرفته شامل مدل‌سازی معادله ساختاری، نظریه پاسخ پرسش، تحلیل گراف اکتشافی، تحلیل شبکه و یادگیری ماشین انجام شد.

**روش:** در این مطالعه روان‌سنجی، ۱۲۷۸ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مدل‌های تحلیل عاملی (CFA، ESEM، ESEM-within-CFA)، مدل‌های نظریه پاسخ پرسش (GRM، GPCM و MPGCM)، تحلیل گراف اکتشافی (EGA)، تحلیل شبکه (با محاسبه شاخص‌های کانونی) و الگوریتم جنگل تصادفی تحلیل شدند. سپس شاخص‌های کلیدی هر رویکرد یکپارچه شده و هر گویه بر اساس عملکردش رتبه‌بندی شد تا گویه‌های هسته‌ای، مکمل و نیازمند بازنگری شناسایی شوند.

**نتایج:** مدل ESEM-within-CFA با برازش عالی (RMSEA=۰/۰۰۰؛ CFA=۱/۰۰) به‌عنوان مدل نهایی انتخاب شد. تحلیل‌های مستقل دیگر، از جمله نظریه پاسخ پرسش (مدل MGPCM)، تحلیل گراف اکتشافی و تحلیل شبکه، ساختار دوعاملی مقیاس (ناتوانی ادراک‌شده و خودکارآمدی ادراک‌شده) را تأیید کردند. بر اساس رتبه‌بندی نهایی، گویه‌های ۲ و ۱۰ به‌عنوان گویه‌های هسته‌ای، گویه‌های ۱، ۳، ۸ و ۹ به‌عنوان گویه‌های مکمل و گویه‌های ۴، ۶، ۷ و به‌ویژه گویه ۵ به‌عنوان گویه‌های نیازمند بازنگری شناسایی شدند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نه‌تنها از اعتبار سازه‌ای قوی PSS-10 حمایت کردند، بلکه نشان دادند که روش چند رویکردی به کار گرفته شده در این پژوهش، ابزار قدرتمندی را برای شناسایی دقیق گویه‌های کلیدی و بهینه‌سازی ابزارهای سنجش فراهم می‌کند.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۹/۰۷

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۳/۱۹

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

مقیاس استرس ادراک‌شده، ساختار عاملی، نظریه پاسخ پرسش، تحلیل شبکه روان‌شناختی، یادگیری ماشین

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

n.y3562@gmail.com

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۵۰-۲۲۷
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 227-250

## مقدمه

استرس[1]، به‌عنوان یکی از مفاهیم محوری در روان‌شناسی سلامت، نه‌تنها پیامدهای گسترده‌ای برای سلامت روانی و جسمانی دارد، بلکه به دلیل ماهیت چند بُعدی و وابستگی شدید به زمینه‌های فردی و محیطی، یکی از چالش برانگیزترین سازه‌ها در حوزه سنجش روان‌شناختی به شمار می‌رود. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که سطوح بالای استرس با افزایش خطر ابتلا به اختلالاتی نظیر اضطراب، افسردگی، فرسودگی شغلی و مشکلات جسمانی مرتبط است [۱]؛ بااین‌حال، تعریف و عملیاتی‌سازی این سازه همواره محل بحث بوده است. این ابهام مفهومی تا حد زیادی ناشی از تنوع رویکردهای نظری در تبیین استرس است.

در ادبیات روان‌شناسی بالینی و سلامت، سه رویکرد اصلی برای تبیین استرس مطرح شده است: ۱. مدل تبادلی که استرس را حاصل تعامل پویای فرد و محیط می‌داند و نقش ارزیابی‌های شناختی فرد از موقعیت‌های تنیدگی‌زا را برجسته می‌کند [۲]؛ ۲. رویکرد زیستی که بر پاسخ‌های فیزیولوژیکی و سازوکارهای عصبی - هورمونی مرتبط با استرس تمرکز دارد [۳]؛ و ۳. رویکرد محیطی که فشارهای ناشی از رویدادهای زندگی و شرایط بیرونی را منبع اصلی استرس تلقی می‌کند [۴]. در میان این رویکردها، مدل تبادلی جایگاه ویژه‌ای در پژوهش‌های روان‌شناختی دارد، زیرا استرس را نه صرفاً به‌عنوان یک محرک بیرونی یا پاسخ زیستی، بلکه به عنوان فرایندی شناختی - هیجانی در نظر می‌گیرد که به ارزیابی اولیه فرد از موقعیت (تهدید، چالش یا زیان) و ارزیابی ثانویه منابع مقابله‌ای وابسته است. براین‌اساس، راهبردهای مقابله‌ای فرد به دو دسته کلی مقابله مشکل‌محور و هیجان‌محور تقسیم می‌شوند که نقش تعیین‌کننده‌ای در تجربه و پیامدهای استرس دارند [۲].

در چنین چارچوبی، سنجش استرس نیازمند ابزارهایی است که بتواند ادراک ذهنی فرد از موقعیت‌های زندگی را، فراتر از شمارش رویدادهای تنیدگی‌زا یا اندازه‌گیری پاسخ‌های فیزیولوژیکی، به طور مستقیم ارزیابی کنند. مقیاس استرس ادراک شده (PSS)[2] با این هدف طراحی شد، تا میزان ادراک فرد از غیرقابل‌پیش‌بینی بودن، کنترل‌ناپذیری و بار روانی شرایط زندگی اخیر را بسنجد [۵]. نسخه ۱۰ گویه‌ای این مقیاس (PSS-10)، به دلیل اختصار، سهولت اجرا و ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب، به‌ویژه روایی[3] و پایایی[4] مناسب، به یکی از پرکاربردترین ابزارهای خود گزارشی در پژوهش‌های روان‌شناسی، علوم رفتاری و سلامت تبدیل شده است [۶، ۷]. پژوهش‌های انجام‌شده در بافت‌های فرهنگی مختلف، به طور عمده از ساختار دو عاملی PSS-10 شامل «ناتوانی ادراک‌شده[5]» و «خودکارآمدی ادراک‌شده[6]» حمایت کرده‌اند. این ساختار در مطالعات متعددی در چین [۸، ۹، ۱۰]، یونان [۱۱]، اندونزی [۱۲،۱۳]، آلمان [۱۴،۱۵]، ایالات متحده [۱۶]، برزیل [۱۷]، ترکیه [۷] و دانمارک [۱۸] گزارش شده و اغلب برازش بهتری نسبت به مدل‌های تک عاملی یا بایفکتر[7] نشان داده است [۱۹]. بااین‌حال، اگرچه این یافته‌ها از ثبات کلی ساختار دو عاملی حکایت دارند، تفاوت در روش‌های تحلیلی به‌کار رفته و تمرکز غالب بر رویکردهای سنتی، پرسش‌هایی را دربارZ کفایت این شواهد برای توصیف کامل ساختار روان‌سنجی PSS-10 مطرح می‌کند.

با وجود این شواهد، مرور نظام‌مند پیشینه نشان می‌دهد که ارزیابی روان‌سنجی PSS-10، عمدتاً به روش‌های سنتی نظیر تحلیل عاملی تأییدی (CFA)[8] یا نسخه‌های پایه‌ای نظریه پاسخ پرسش (IRT)[9] محدود مانده است. درحالی‌که رویکردهای پیشرفته‌تری مانند مدل‌یابی معادلات ساختاری اکتشافی (ESEM)[10] و چارچوب‌های ترکیبی آن مانند مدل ESEM در چارچوب CFA[11] که امکان مدل‌سازی بارگذاری‌های متقاطع[12] و ساختارهای پیچیده‌تر را فراهم می‌کنند [۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳]، به ندرت در مطالعات مرتبط با PSS-10 مورد استفاده قرار گرفته‌اند. به طور مشابه،

1 . Stress
2 . Perceived Stress Scale (Pss)

3 . Validity
4 . Reliability
5 . Perceived Helplessness
6 . Perceived Self-Efficacy
7 . Bifactor
8 . Confirmatory Factor Analysis (Cfa)
9 . Item Response Theory (Irt)
10 . Exploratory Structural Equation Modeling (Esem)
11 . ESEM-Within-CFA
12 . Cross-Loading

تحلیل گراف اکتشافی (EGA)[1]، به‌عنوان رویکردی نوین مبتنی بر شبکه[2] برای شناسایی بُعد پذیری[3] سازه‌ها [۲۲] و تحلیل شبکه‌ای گویه‌ها با استفاده از شاخص‌هایی مانند نیرومندی[4]، نزدیکی[5] و بینابینی[6] [۲۵، ۲۶، ۲۷]، در بررسی ساختار این مقیاس کمتر به کار رفته است. از سوی دیگر، علی‌رغم گسترش کاربرد یادگیری ماشین (ML)[7] در علوم رفتاری، استفاده از این رویکردها در روان‌سنجی-PSS 10بسیار محدود بوده است. الگوریتم‌هایی نظیر جنگل تصادفی (RF)[8] می‌توانند شواهد مکملی دربارهٔ اهمیت نسبی گویه‌ها و توان پیش‌بینی آن‌ها در تمایز سطوح استرس ارائه دهند [۲۸]؛ شواهدی که می‌تواند در کنار یافته‌های کلاسیک روان‌سنجی، به درک جامع‌تری از عملکرد گویه‌ها منجر شود.

براین‌اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر آن است که آیا اتکا به یک رویکرد منفرد برای ارزیابی روان‌سنجی PSS-10 ، تصویری کامل و باثبات از ساختار عاملی، ویژگی‌های گویه‌ای و اهمیت نسبی آن‌ها ارائه می‌دهد. در پاسخ به این خلأ، مطالعه حاضر با اتخاذ رویکردی جامع و چند روشی، به ارزیابی هم‌زمان مقیاس PSS-10 با استفاده از: ۱. مدل‌سازی ساختاری (شامل CFA، ESEM، ESEM-within-CFA)؛ ۲. نظریه پاسخ پرسش (IRT)؛ برای بررسی ویژگی‌های گویه‌ها، شامل مدل پاسخ مدرج (GRM)[9] مدل امتیاز سهمی تعمیم‌یافته (GPCM)[10] و مدل چند بعدی امتیاز سهمی تعمیم‌یافته (MGPCM)[11]؛ ۳. تحلیل گراف اکتشافی (EGA) برای شناسایی ساختار عاملی؛ ۴. تحلیل شبکه برای بررسی ساختار روابط میان گویه‌ها و ۵. یادگیری ماشین برای تحلیل اهمیت گویه‌ها. این چارچوب رویکرد چندروشی امکان شناسایی گویه‌های هسته‌ای[12] و مکمل[13] مقیاس را با استفاده از منابع تحلیلی متفاوت فراهم می‌کند. شناسایی گویه‌های هسته‌ای و مکمل به پژوهشگران این امکان را می‌دهد، مهم‌ترین گویه‌های PSS-10 را برای ارزیابی دقیق استرس ادراک‌شده متمایز کنند و کارایی مقیاس را افزایش دهند و همچنین بررسی هم‌زمان شاخص‌های مختلف روان‌سنجی را فراهم می‌کند. نوآوری این پژوهش در تلفیق پنج رویکرد مکمل برای ارزیابی هم‌زمان ساختار عاملی، ویژگی‌های گویه‌ای و قابلیت پیش‌بینی PSS-10 است که تاکنون احتمالاً در مطالعات مشابه انجام نشده است. این رویکرد جامع، نه تنها اعتبار مقیاس PSS-10 را ارتقا می‌دهد، بلکه می‌تواند راهنمایی برای استفاده کاربردی از مقیاس در ارزیابی و مدیریت استرس در جمعیت‌های مختلف فراهم کند. پرسش اصلی پژوهش این است که آیا ترکیب این بررسی چند رویکردی می‌تواند ارزیابی جامع، دقیق و باثباتی از ساختار عاملی، ویژگی‌های گویه‌ای و قابلیت پیش‌بینی مقیاس PSS-10 ارائه دهد و کدام گویه‌ها در این ویژگی‌ها عملکرد بهتری دارند؟

## روش

### نوع پژوهش

این پژوهش با رویکرد روان‌سنجی چند رویکردی بود و با هدف بررسی جامع ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس استرس ادراک‌شده (PSS-10) انجام شد. روش چند رویکردی در این مطالعه شامل ترکیبی از مدل‌های تحلیل عاملی (CFA، ESEM، ESEM-within-CFA)، مدل‌های مختلف IRT، EGA، تحلیل شبکه‌ای، و الگوریتم یادگیری ماشین (جنگل تصادفی) بود. این ترکیب روش‌ها امکان ارزیابی هم‌زمان ساختار عاملی، عملکرد و کیفیت گویه‌ها (شناسایی گویه‌های هسته‌ای، گویه‌های مکمل و گویه‌های نیازمند به بازنگری)، و قابلیت پیش‌بینی استرس را با رویکردی جامع و دقیق فراهم ساخت.

### آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گرمسار در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. در مجموع ۱۲۷۸ نفر از دانشجویان در مطالعه شرکت کردند و به گویه‌های مقیاس PSS-10 پاسخ

1 . Exploratory Graph Analysis (EGA)
2 . Network
3 . Dimensionality
4 . Closeness
5 . Betweenness
6 . Strenght
7 . Machine Learning (ML)
8 . Random Forest (RF)
9 . Graded Response Model (GRM)
10 . Generalized Partial Credit Model (GPCM)
11 . Multidimensional Generalized Parametric Score Model (MGPCM)
12 . Core Items Of The Scale
13 . Complementary Items of the Scale

دادند. معیارهای ورود، شامل دانشجوی دانشگاه آزاد سلامی گرمسار بودن و تکمیل رضایت آگاهانه برای مشارکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل پاسخ‌های ناقص یا الگوهای پاسخ‌دهی غیرمنطقی (مانند انتخاب یکسان همه گزینه‌ها) بود.

## ابزار پژوهش

### مقیاس استرس ادراک شده (PSS-10)

این مقیاس توسط کوهن، کامارک و مرملستین[1] طراحی شده است و یکی از پرکاربردترین ابزارهای خود - گزارش‌دهی برای اندازه‌گیری استرس ادراک شده در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی به شمار می‌رود. این مقیاس با هدف ارزیابی ادراک فرد از میزان غیر قابل پیش‌بینی بودن، غیرقابل‌کنترل بودن و فشارزایی موقعیت‌های زندگی در یک ماه گذشته تدوین شده است [۵]. این ابزار شامل ۱۰ گویه است که بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا نشان‌دهنده سطح بالاتری از استرس ادراک شده است. در نسخه ۱۰ گویه‌ای، چهار گویه با محتوای مثبت (گویه‌های ۴، ۵، ۷ و ۸) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و مربوط به عامل خودکارآمدی ادراک شده هستند، درحالی‌که شش گویه دیگر (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۶، ۹ و ۱۰) بعد ناتوانی ادراک شده را بازنمایی می‌کنند [۵]. از منظر روان‌سنجی، مطالعات متعدد بین فرهنگی ساختار دو عاملی شامل خودکارآمدی ادراک شده و ناتوانی ادراک شده را تأیید کرده‌اند [۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱] و نشان داده‌اند که مدل دو عاملی نسبت به مدل تک عاملی برازش بهتری با داده‌ها دارد [۷، ۱۸، ۱۹]. همچنین، پایایی مقیاس در مطالعات مختلف با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ گزارش شده است که بیانگر ثبات درونی مقیاس است [۵، ۷، ۱۸]. افزون بر این، شواهد روایی همگرا و واگرا نشان داده‌اند که نمرات مقیاس PSS-10 با سازه‌هایی مانند افسردگی و فرسودگی روانی همبستگی مثبت و معنادار دارد و از روایی سازه‌ای قابل‌قبولی برخوردار است [۵، ۶]. در مطالعه حاضر، پایایی مقیاس با دو روش آلفای کرونباخ و ضریب مک‌دونالد بررسی شد. مقادیر ضرایب آلفای کرونباخ و ضریب مک‌دونالد برای عامل ناتوانی ادراک شده به ترتیب ۰/۸۰۳ و ۰/۸۰۴ و برای عامل خودکارآمدی ادراک شده به ترتیب ۰/۸۳۳ و ۰/۸۳۳ به دست آمد. باتوجه‌به پشتیبانی نظری نیرومند و کاربرد گسترده بین‌المللی و شواهد روان‌سنجی مطلوب در فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف، مقیاس PSS-10 ابزاری مناسب برای بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های اندازه‌گیری استرس ادراک‌شده در پژوهش حاضر محسوب می‌شود.

## شیوه اجرا

داده‌ها از طریق توزیع پرسش‌نامه جمع‌آوری شدند. پیش از تکمیل پرسش‌نامه، توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش و محرمانگی داده‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه شد و رضایت آگاهانه اخذ گردید. مدت زمان تکمیل پرسش‌نامه حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه بود. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار R، نسخه ۴/۵/۱ تحلیل شدند.

## تحلیل داده‌ها

تحلیل نهایی داده‌ها در مطالعه حاضر در هفت گام و با استفاده از پنج رویکرد مکمل انجام شد. در گام نخستین، در بخش مربوط به آمار توصیفی از میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی استفاده شد. در گام دوم، از ساختار عاملی مقیاس بررسی شد. برای این منظور از مدل‌های CFA تک عاملی (CFA-1F)؛ CFA دو عاملی (CFA-2F)؛ ESEM و ESEM-within-CFA استفاده شد. CFA سنتی بر اساس فرضیات نظری عمل می‌کند و هر گویه صرفاً به عامل مشخص بارگذاری می‌شود؛ بنابراین بارگذاری‌های متقاطع بین عوامل مجاز نیستند. این محدودیت موجب کاهش انعطاف‌پذیری CFA در بازنمایی ساختار واقعی داده‌ها می‌شود، به‌ویژه زمانی که گویه‌ها ممکن است با چند عامل مرتبط باشند [۲۹]. مدلی بین تحلیل عاملی اکتشافی (EFA)[2] و CFA است که بارگذاری‌های متقاطع را آزادانه برآورد می‌کند و شاخص‌های برازش مدل را ارائه می‌کند؛ بنابراین امکان بازنمایی دقیق‌تر ساختار واقعی داده‌ها فراهم می‌شود [۲۳، ۲۴]. این رویکرد ترکیبی از مزایای EFA و CFAرا در اختیار پژوهشگر قرار می‌دهد. ESEM-within-CFA نسخه‌ای ترکیبی است که بارهای متقاطع مشابه ESEM را شامل می‌شود، اما تحت چارچوب CFA کنترل می‌شوند؛ به‌عبارت‌دیگر، بارهای اصلی با فرضیات CFA

1 . Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R

2 . Exploratory Factor Analysis (EFA)

همخوانی دارند و بارهای متقاطع محدود به مقادیر کوچک یا معنادار هستند. این روش انعطاف ESEM در بازنمایی، داده‌ها را حفظ کرده و هم‌زمان قابلیت تبیینی و پیش‌بینی CFA را ارتقا می‌دهد [۳۰]. استفاده از این سه رویکرد به‌ویژه در پژوهش‌های روان‌سنجی با مقیاس‌های چندبعدی و گویه‌های لیکرت ۵ یا ۷ درجه‌ای توصیه می‌شود، زیرا بارهای متقاطع غیرقابل‌اجتناب بوده و می‌توانند کیفیت برازش و پیش‌بینی مدل را بهبود بخشند [۲۳، ۲۴، ۳۰]. باتوجه‌به ماهیت گویه‌های مقیاس PSS-10 (لیکرت ۵ درجه‌ای)، از برآوردگر حداقل مربعات وزنی با اصلاح میانگین و واریانس (WLSMV)[1] استفاده شد. شاخص‌های برازش، شامل شاخص‌های برازش تطبیقی (CFI)[2]، شاخص تاکر - لوئیس (TLI)[3]، ریشه میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)[4] و ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد شده (SRMR)[5] محاسبه شدند. مقادیر CFI و TLI بالاتر از ۰/۹۰ و ترجیحاً بیشتر از ۰/۹۵ (CFI >۰/۹۵؛ TLI >۰/۹۵) و RMSEA و SRMR کمتر از ۰/۰۸۰ و ترجیحاً کمتر از ۰/۰۶۰ (RMSEA <۰/۰۶۰؛ SRMR <۰/۰۶۰) بیانگر برازش مطلوب مدل هستند [۲۹، ۳۱]. در این مطالعه، مدل‌هایی را که CFI و TLI بالاتر از ۰/۹۶ و RMSEA و SRMR کمتر ۰/۰۶۰ را داشتند، به‌عنوان مدل دارای برازش مطلوب در نظر گرفته شد. همچنین، تغییرات شاخص‌های برازش (ΔCFI و ΔRMSEA) برای مقایسه مدل‌ها با مدل پایه یعنی مدل CFA تک‌بعدی و سایر مدل‌ها محاسبه شدند. مقدار ΔCFIبیشتر از ۰/۰۱ [۳۲] و ΔRMSEA بیشتر از ۰/۰۱۵ می‌تواند حاکی از تفاوت معنادار برازش بین مدل‌ها باشد [۳۳].

در گام سوم، نظریه پاسخ پرسش (IRT) استفاده شد. سه مدل IRT شامل مدل پاسخ مدرج (GRM) [۳۴]، مدل امتیاز سهمی تعمیم‌یافته (GPCM) [۳۳] و مدل امتیاز سهمی تعمیم‌یافته چند بُعدی (MGPCM) [۳۵] با بسته mirt در نرم‌افزار R بررسی شد. مدل GRM که برای گویه‌های لیکرت ترتیبی مناسب است و توانایی گویه در تمایز افراد با سطوح مختلف صفت پنهان را مشخص می‌کند؛ GPCM که مشابه GRMولی با انعطاف بیشتر در برآورد عامل‌های تشخیص و آستانه است؛ و مدل MGPCM که امکان مدل‌سازی چندبعدی و ارزیابی گویه‌ها در بیش از یک بعد را فراهم می‌آورد. برازش مدل‌ها با آزمون درست‌نمایی لگاریتمی[6]، M2، RMSEA، SRMR، CFI و TLI مقایسه شد. پارامتر تشخیص (a)[7] و آستانه‌های پاسخ[8] (b1 تا b4) برای مدل نهایی گزارش شدند. منحنی‌های مشخصه گویه (ICC)[9] و تابع اطلاعات آزمون (TIF) و پراکندگی نمرات افراد (SPS)[10] نیز ترسیم شدند.

در گام چهارم از تحلیل گراف اکتشافی (EGA) برای بررسی ساختار داخلی گویه‌ها و روابط بین آن‌ها استفاده شد. برای این هدف از الگوریتم GLASSO و معیار EBIC استفاده شد. همچنین، تحلیل شبکه با الگوریتم والکتراپ[11] انجام شد. شاخص‌های مهم مانند تعداد گره‌ها، تعداد یال‌ها، چگالی شبکه، شاخص برازش آنتروپی کل (TEFI)[12] (شاخصی برای ارزیابی برازش شبکه است. مقادیر پایین‌تر TEFIنشان‌دهنده برازش بهتر شبکه و کاهش عدم قطعیت ساختار ابعاد هستند) و مدولاریتی[13] (شاخص اندازه‌گیری کیفیت تقسیم‌بندی شبکه به اجتماع‌ها یا زیرشبکه‌ها است) گزارش شد [۳۶].

در گام پنجم، از تحلیل شبکه‌ای استفاده شد. ساختار شبکه روان‌سنجی PSS-10 با استفاده از الگوریتم GLASSO و بسته bootnet در R بررسی شد. شاخص‌های کانونی (نیرومندی، نزدیکی، بینابینی و تأثیر موردانتظار) برای شناسایی گویه‌های کلیدی محاسبه شدند [۲۷، ۳۷]. باید بر این نکته تأکید داشت که تفاوت اصلی EGA با تحلیل شبکه در هدف آن‌ها است. هدف رویکرد EGA بر کشف ساختار خوشه‌ای و ابعاد پنهان است، درحالی‌که تحلیل شبکه بر شناسایی نقش و اهمیت نسبی گویه‌ها در شبکه و اثرات متقابل آن‌ها متمرکز است [۲۷، ۳۶].

در گام ششم، یادگیری ماشین (ML) به کار گرفته شد.

1 . Weighted Least Squares Mean and Variance adjusted (WLSMV)
2 . Comparative Fit Index (CFI)
3 . Tucker–Lewis Index (TLI)
4 . Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
5 . Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)
6 . Logarithmic Likelihood Test
7 . Discrimination Parameter (a)
8 . Response Threshold
9 . Item Characteristic Curve (ICC)
10 . Score Dispersion of Participants (SPS)
11 . Walktrap
12 . Total Entropy Fit Index
13 . Modularity

الگوریتم جنگل تصادفی (با بسته آماری randomForest در نرم‌افزار R)، جهت شناسایی گویه‌های کلیدی استفاده شد. نمره عوامل ناتوانی ادراک شده و خودکارآمدی ادراک شده به عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شد و اهمیت گویه‌ها

**جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مقیاس PSS-10**

| گویه | میانگین | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی | گویه | میانگین | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | ۲/۹۹ | ۱/۲۶ | -۰/۹۳ | -۰/۹۳ | ۶ | ۲/۹۲ | ۱/۲۷ | ۰/۰۵ | -۰/۹۹ |
| ۲ | ۳/۱۴ | ۱/۲۰ | -۰/۱۳ | -۰/۸۹ | ۷ | ۳/۱۵ | ۱/۲۲ | -۰/۱۳ | -۰/۸۶ |
| ۳ | ۳/۰۷ | ۱/۲۰ | -۰/۰۲ | -۰/۸۲ | ۸ | ۲/۹۷ | ۱/۱۸ | ۰/۰۱ | -۰/۷۷ |
| ۴ | ۲/۸۲ | ۱/۱۸ | ۰/۱۱ | -۰/۸۰ | ۹ | ۲/۹۲ | ۱/۲۳ | ۰/۰۸ | -۰/۸۶ |
| ۵ | ۳/۰۴ | ۱/۱۷ | -۰/۰۳ | -۰/۷۸ | ۱۰ | ۳/۰۶ | ۱/۲۴ | -۰/۰۳ | -۰/۹۴ |

با شاخص افزایش میانگین مربعات خطا (MSE)[1] در جنگل تصادفی ارزیابی شد. شاخص MSE نشان می‌دهد که حذف هر گویه چه میزان دقت پیش‌بینی مقیاس را کاهش می‌دهد. با استفاده از تحلیل بوت استراپ با تکرار ۲۵۰۰ نمونه‌گیری، پایداری گویه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت [۳۸].

در گام نهایی، برای تعیین اهمیت نسبی گویه‌ها در مقیاس PSS-10، یک رویکرد چند روشی به کار گرفته شد که بارهای عاملی مدل ESEM-within-CFA، ضرایب تشخیص IRT، شاخص نیرومندی تحلیل شبکه، اهمیت و ثبات گویه در جنگل تصادفی را یکپارچه می‌کرد. هر گویه در هر شاخص رتبه‌بندی شد و رتبه نهایی از جمع رتبه‌ها محاسبه گردید؛ گویه‌ای با جمع رتبه کمتر، اهمیت بالاتری داشت. این روش ساده و شفاف، مشابه مطالعات پیشین [۲۷، ۳۰]، حاصل از مدل‌های عاملی، IRT و یادگیری ماشین را تلفیق کرده و اثرات متقابل گویه‌ها را تا حدی در نظر می‌گیرد.

لازم به ذکر است، در پژوهش حاضر، درصد داده‌های مفقودی بین ۳ تا ۷ درصد در هر گویه متغیر بود که بر اساس استانداردهای رایج، میزان نسبتاً پایین و قابل‌قبول تلقی می‌شود [۳۹]. در چنین شرایطی، استفاده از روش‌های پیشرفته مدیریت داده‌های مفقودی توصیه می‌شود تا از بروز تورش و کاهش توان آزمون جلوگیری گردد. بدین‌منظور، در مدل‌های تحلیل عاملی (CFA، ESEM و ESEM-within-CFA)، با توجه به ماهیت داده‌های ترتیبی و استفاده از برآوردگر WLSMV، از روش حذف زوجی[2] پیش‌فرض بسته lavaan استفاده شد که امکان بهره‌برداری حداکثری از داده‌های موجود را فراهم می‌آورد و برای داده‌های ترتیبی مناسب است [۴۰]. در تحلیل‌های IRT، EGA و شبکه‌ای، به دلیل آنکه روش حذف زوجی در این رویکردها پشتیبانی نمی‌شود، از برآورد چند تکمیلی (MI)[3] به عنوان راهکار استاندارد استفاده شد [۴۱]. در تحلیل‌های مبتنی بر الگوریتم جنگل تصادفی از روش حداکثر درست‌نمایی با اطلاعات کامل (FIML)[4] استفاده شد، زیرا داده‌های مفقودی را مستقیماً در فرایند برآورد لحاظ می‌کند و نسبت به روش‌های حذف داده دقت بالاتری دارد [۴۲].

## یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان مطالعه، شامل ۱۲۷۸ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گرمسار بودند، با میانگین سنی ۲۵/۵۴ (۶/۷۷=انحراف معیار سن) که از این تعداد ۶۷۶ نفر (۵۲/۹۰ درصد) زن و ۶۰۲ نفر (۴۷/۱۰ درصد) مرد بودند. از این تعداد ۶۴۲ نفر (۵۰/۲۰ درصد) در مقطع کارشناسی، ۶۱۰ نفر (۴۷/۷۰ درصد) در مقطع کارشناسی‌ارشد و ۲۶ نفر (۲ درصد) در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. در جدول ۱، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی آن‌ها ارائه شد.

1 . Mean Squared Error (MSE)

2 . Pairwise Deletion
3 . Multiple Imputation (MI)
4 . Full Information Maximum Likelihood (FIML)

در جدول ۱، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی گویه‌های مقیاس استرس ادراک شده (PSS-10) ارائه شد. با توجه به مقادیر چولگی و کشیدگی گویه‌های مقیاس PSS-10 که به ترتیب بین ۰/۰۲- تا ۰/۱۱ بود، می‌توان اظهار داشت این مقادیر کمتر از |۲| است و این نتایج نشان داد دامنه توزیع نمرات تقریباً نرمال هستند [۴۳، ۴۴]

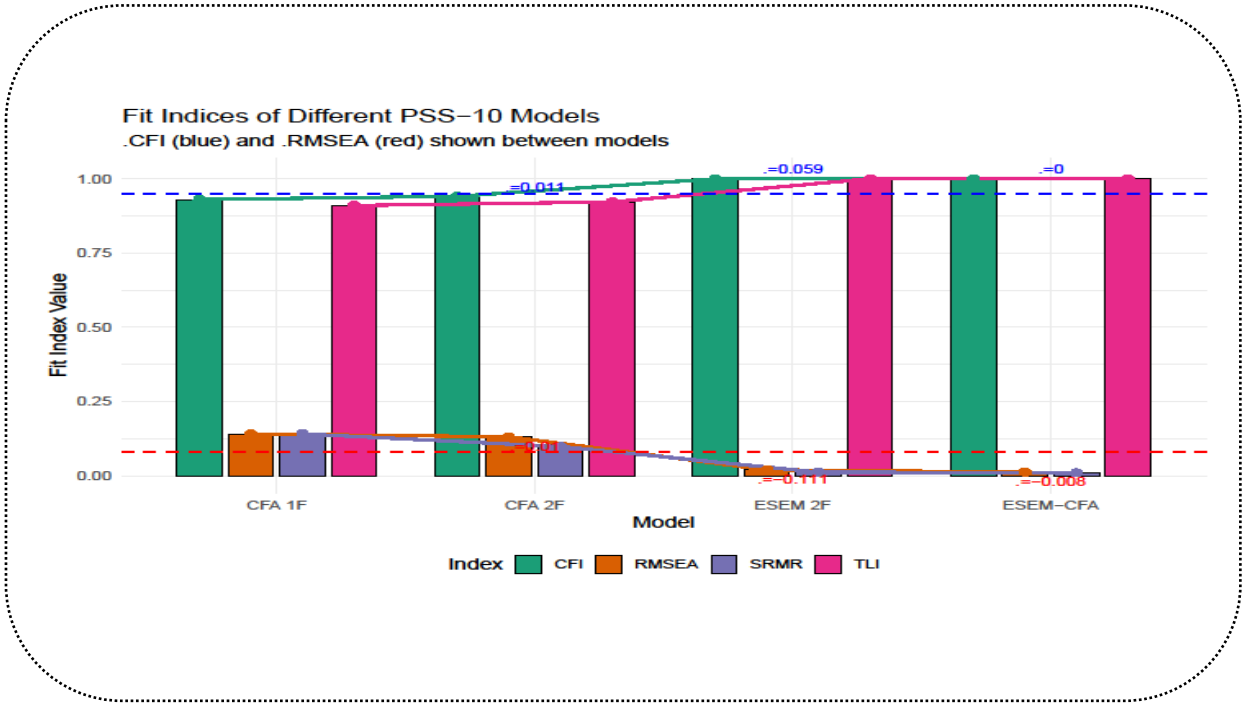
### الف. مدل‌های مختلف ساختار عاملی PSS-10

برای بررسی ساختار عاملی مقیاس PSS-10 از مدل‌های مختلف CFA (CFA-1F، CFA-2F)، ESEM و ESEM within CFA استفاده شد. شاخص‌های نکویی برازش مدل‌های بررسی شده در جدول ۲، ارائه شد.

**جدول ۲. شاخص‌های نکویی برازش مدل‌های مختلف ساختار PSS-10**

| مدل | X2 (df) | CFI | TLI | RMSEA [90% CI] | SRMR | ΔCFI | ΔRMSEA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CFA-1F | ۹۱۹/۳۱۵ (۳۵) | ۰/۹۳۰ | ۰/۹۱۰ | ۰/۱۴۱ [۰/۱۳۳-۰/۱۴۹] | ۰/۱۴۱ | - | - |
| CFA-2F | ۷۸۴/۴۰۰ (۳۴) | ۰/۹۴۱ | ۰/۹۲۲ | ۰/۱۳۱ [۰/۱۲۴-۰/۱۴۴] | ۰/۰۹۸ | ۰/۰۱۱ | -۰/۰۱۰ |
| ESEM | ۱۱/۰۴۷ (۲۸) | ۱ | ۱ | ۰/۰۰۰ [۰/۰۰۰-۰/۰۲۰] | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۵۹ | -۰/۱۳۱ |
| EWC | ۶/۹۳۰ (۲۶) | ۱ | ۱ | ۰/۰۰۰ [۰/۰۰۰-۰/۰۱۲] | ۰/۰۱۰ | ۰/۰۰۰ | -۰/۰۰۸ |

نکته: EWC: ESEM within CFA




**نمودار ۱. شاخص‌های نکویی برازش و مقایسه تغییرات دو شاخص CFI و RMSEA در مدل‌های مختلف PSS-10**

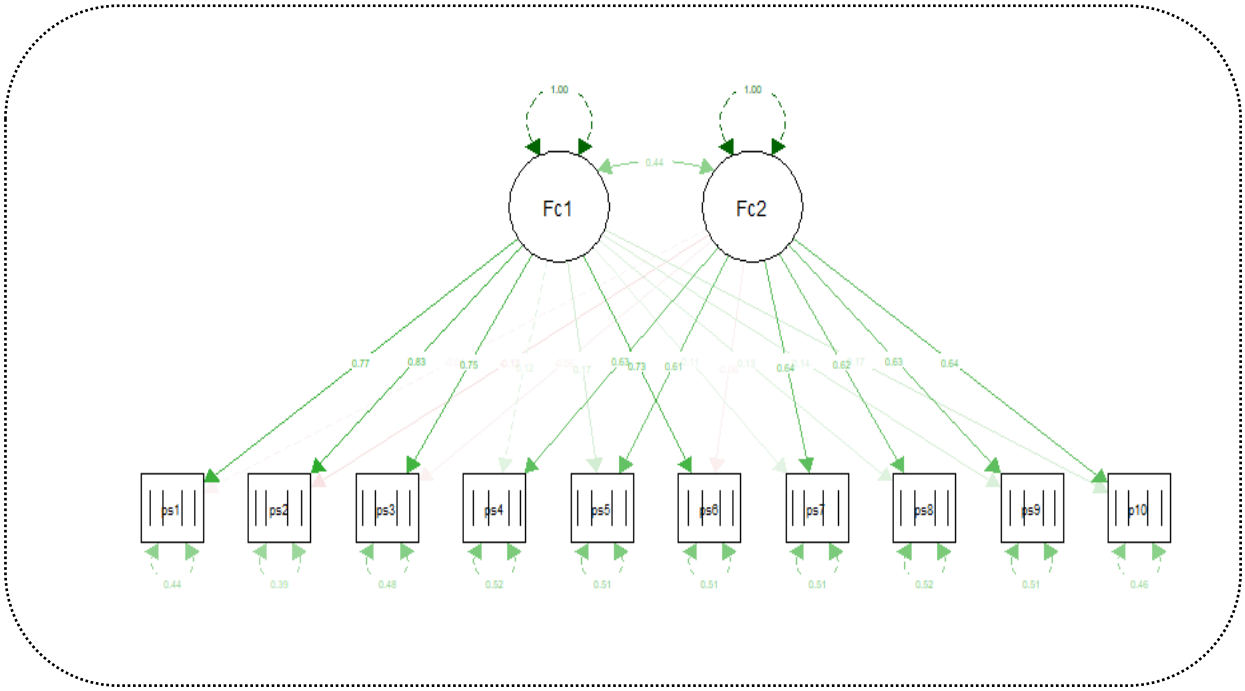
از آنجایی که مدل‌های بررسی شده در مطالعه حاضر، مدل‌های درون هم نهفته[1] بودند، می‌توان با مقایسه شاخص های نکویی برازش، مدل نهایی را انتخاب کرد. با توجه به جدول ۲ و نمودار ۱، مقایسه تغییرات دو شاخص CFA و RMSEA، نشان داد که مدل CFA دو عاملی (CFA-2F) نسبت به مدل CFA تک عاملی (CFA-1F) بهبود برازش معناداری دارد، به‌طوری که ΔCFI=۰/۰۱۱ افزایش و

1 . Nested Models

ΔRMSEA=-۰/۰۱۰ کاهش یافته است که این تغییرات بیانگر سازگاری بهتر مدل CFA-2F با داده‌های پژوهش است [۳۲، ۳۳]. هنگامی که از رویکرد ESEM برای بررسی ساختار عاملی مقیاس PSS-10 استفاده شد، شاخص‌های نکویی برازش بهبود چشمگیری یافتند، به طوری که مقادیر CFI=۱، TLI=۱، RMSEA=۰/۰۰۰ و SRMR =۰/۰۱۲ همگی در محدوده مناسب و عالی قرار گرفتند. مقایسه تغییرات دو شاخص CFI و RMSEA نشان داد مدل ESEM نسبت به مدل CFA-2F بهبود برازش معناداری دارد به‌گونه‌ای که ΔCFI=۰/۰۵۹ افزایش و ΔRMSEA =-۰/۱۳۱ کاهش‌یافته است. این تغییرات معنادار است [۳۲، ۳۳] و نشان می‌دهد بازش بهتر به دلیل امکان بارگذاری متقاطع در مدل‌های ESEM است [۲۳، ۳۰]. به‌کارگیری مدل ESEM-within-CFA که در آن علاوه بر حفظ بارگذاری متقاطع که در مدل‌های ESEM است، نوعی تثبیت و محدودیت در بارگذاری عامل‌ها که در مدل‌های CFA مرسوم است، نشان داد این مدل بهترین برازش را دارد، به‌طوری که شاخص‌های برازش CFI=۱، TLI=۱، RMSEA=۰/۰۰۰ و SRMR=۰/۰۱۰ همه در محدوده مناسب و عالی هستند روند تغییرات دو شاخص CFI و RMSEA، نشان داد که هر چند روند این تغییرات اندک است، اما بیانگر بهبود اندک برازش مدل ESEM-within-CFA نسبت به مدل ESEM بود (۰/۰۰۰= ΔCFI و ΔRMSEA=-۰/۰۰۸)؛ بنابراین مدل نهایی انتخاب شده برای مقیاس PSS-10 مدل ESEM-within-CFA بود. در مجموع نتایج مطالعه نشان داد مدل‌های نوین‌تر و منعطف‌تر در مانند ESEM و به خصوص ESEM-within-CFA ساختار عاملی مقیاس PSS-10 را به شکل دقیق‌تری تبیین می‌کنند. در ادامه بار عاملی مدل‌های مورد بررسی قرار گرفته در مطالعه و شکل گرافیکی مدل نهایی ارائه شد.

**جدول ۳. بارهای عاملی انواع مدل‌های مورد بررسی قرار گرفته در مطالعه حاضر برای مقیاس PSS-10**

| گویه/عامل | 1-CFA | 2-CFA | | ESEM | | ESEM within CFA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (PSS)λ | (PH)λ | (PSE)λ | (PH)λ | (PSE)λ | (PH)λ | (PSE)λ |
| pss1 | ۰/۶۳۹ | ۰/۶۶۵ | - | ۰/۷۸۵ | -۰/۰۹۷ | ۰/۷۶۸ | -۰/۰۴۵ |
| pss2 | ۰/۶۳۵ | ۰/۶۶۲ | - | ۰/۷۸۷ | -۰/۰۹۶ | ۰/۸۲۶ | -۰/۱۱۶ |
| pss3 | ۰/۶۲۶ | ۰/۶۵۱ | - | ۰/۷۶۲ | -۰/۰۶۴ | ۰/۷۴۶ | -۰/۰۵۵ |
| pss6 | ۰/۶۰۰ | ۰/۶۲۴ | - | ۰/۷۴۳ | -۰/۱۱۸ | ۰/۷۲۹ | -۰/۱۱۸ |
| pss9 | ۰/۶۵۸ | ۰/۶۷۷ | - | ۰/۱۴۰ | ۰/۶۳۰ | ۰/۱۴۳ | ۰/۶۲۸ |
| pss10 | ۰/۶۹۲ | ۰/۷۱۴ | - | ۰/۱۶۷ | ۰/۶۱۸ | ۰/۱۶۶ | ۰/۶۴۳ |
| pss4 | ۰/۶۳۹ | - | ۰/۶۹۱ | ۰/۱۷۶ | ۰/۶۳۳ | ۰/۱۱۷ | ۰/۶۳۱ |
| pss5 | ۰/۶۶۳ | - | ۰/۷۱۵ | ۰/۱۳۶ | ۰/۶۱۰ | ۰/۱۷۲ | ۰/۶۰۹ |
| pss7 | ۰/۶۴۳ | - | ۰/۶۹۲ | ۰/۱۰۲ | ۰/۶۴۵ | ۰/۱۰۶ | ۰/۶۴۳ |
| pss8 | ۰/۶۴۲ | - | ۰/۶۹۴ | ۰/۱۲۸ | ۰/۶۲۶ | ۰/۱۲۸ | ۰/۶۲۴ |




**شکل ۱. مدل ESEM-within-CFA در حالت استاندارد**

نکته: Fc1: ناتوانی ادراک شده/عامل منفی؛ Fc2: خودکارآمدی ادراک شده/عامل مثبت

**جدول ۴. شاخص‌های نکویی برازش مدل‌های مختلف نظریه پرسش پاسخ**

| مدل | LogLik | M2 | Df | p-value (M2) | RMSEA | SRMR | CFI | TLI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GRM | -۱۸۰۷۶/۶۲ | ۶/۰۴۰ | ۵ | ۰/۳۰۳ | ۰/۰۱۳ | ۰/۱۰۸ | ۰/۹۹۹ | ۰/۹۹۶ |
| GPCM | -۱۸۰۵۶/۸۴ | ۱۲/۶۶۷ | ۵ | ۰/۰۲۷ | ۰/۰۳۵ | ۰/۱۰۸ | ۰/۹۸۹ | ۰/۹۷۰ |
| MGPCM | -۱۷۶۲۵/۹۸۰ | ۸/۵۸۹ | ۴ | ۰/۰۷۲ | ۰/۰۳۰ | ۰/۰۱۷ | ۰/۹۹۴ | ۰/۹۷۷ |

در جدول ۳، بارهای عاملی مدل‌های مختلف مقیاس PSS-10 ارائه شده است. نکته مهم، مربوط به گویه‌های ۹ و ۱۰ است که مربوط به بعد ناتوانی ادراک شده هستند [۵] و در مدل CFA-2F نیز این دو گویه بار عاملی بالایی دارند (به ترتیب ۰/۶۷۷ و ۰/۷۱۴)، با این‌حال، در مطالعه حاضر وقتی رویکردهای نوین مثل ESEM و ESEM-within-CFA را بارگذاری متقاطع به کار گرفته شد، این دو گویه بر روی عامل اصلی خود بار عاملی بسیار اندک و بر روی عامل خودکارآمدی ادراک شده بار عاملی بالا گرفتند.

**ب. مدل‌های مختلف نظریه پرسش پاسخ مقیاس PSS-10**

در این قسمت سه مدل نظریه پاسخ پرسش بررسی شد. مدل پاسخ مدرج (GRM)، مدل امتیاز سهمی تعمیم‌یافته (GPCM) و مدل امتیاز سهمی تعمیم‌یافته چندبعدی (MGPCM). در جدول ۴، شاخص‌های نکویی برازش هر یک از این مدل‌ها ارائه شد.

با توجه به شاخص‌های نکویی برازش مدل‌های مختلف در جدول (۴)، اگرچه مدل GRM در شاخص‌هایی مانند CFI و TLI عملکرد بسیار مناسبی داشت، اما در شاخص SRMRضعیف عمل کرد (SRMR=۰/۱۰۸). مدل GPCM نیز در شاخص SRMR ضعیف عمل کرد (SRMR=۰/۱۰۸). در مقابل، مدل MGPCM به طور هم‌زمان در تمامی شاخص‌های نکویی برازش عملکرد مناسبی نشان داد

(RMSEA=۰/۰۳؛ SRMR=۰/۰۱۷؛ CFI=۰/۹۹۴؛ TLI=۰/۹۷۷) و نتایج آزمون M2 نیز نشان داد این مدل با داده‌های مطالعه سازگار است (P=۰/۰۷۲)؛ بنابراین در ارزیابی مدل‌های IRT و نیاز به انتخاب مدلی که در تمام شاخص‌ها برازش مناسبی داشته باشد، مدل MGPCM به‌عنوان مدل نهایی انتخاب شد [۴۵]. همچنین، انتخاب MGPCM با ساختار دو عاملی مقیاس در مدلESEM-within-CFA همسو بود و تأیید ساختار دو عاملی مقیاس PSS-10 را پشتیبانی کرد. در ادامه ضرایب تشخیص (a)، آستانه‌های پاسخ (b1 تا b4) و برازش گویه‌ای ارائه شده است (جدول ۵).

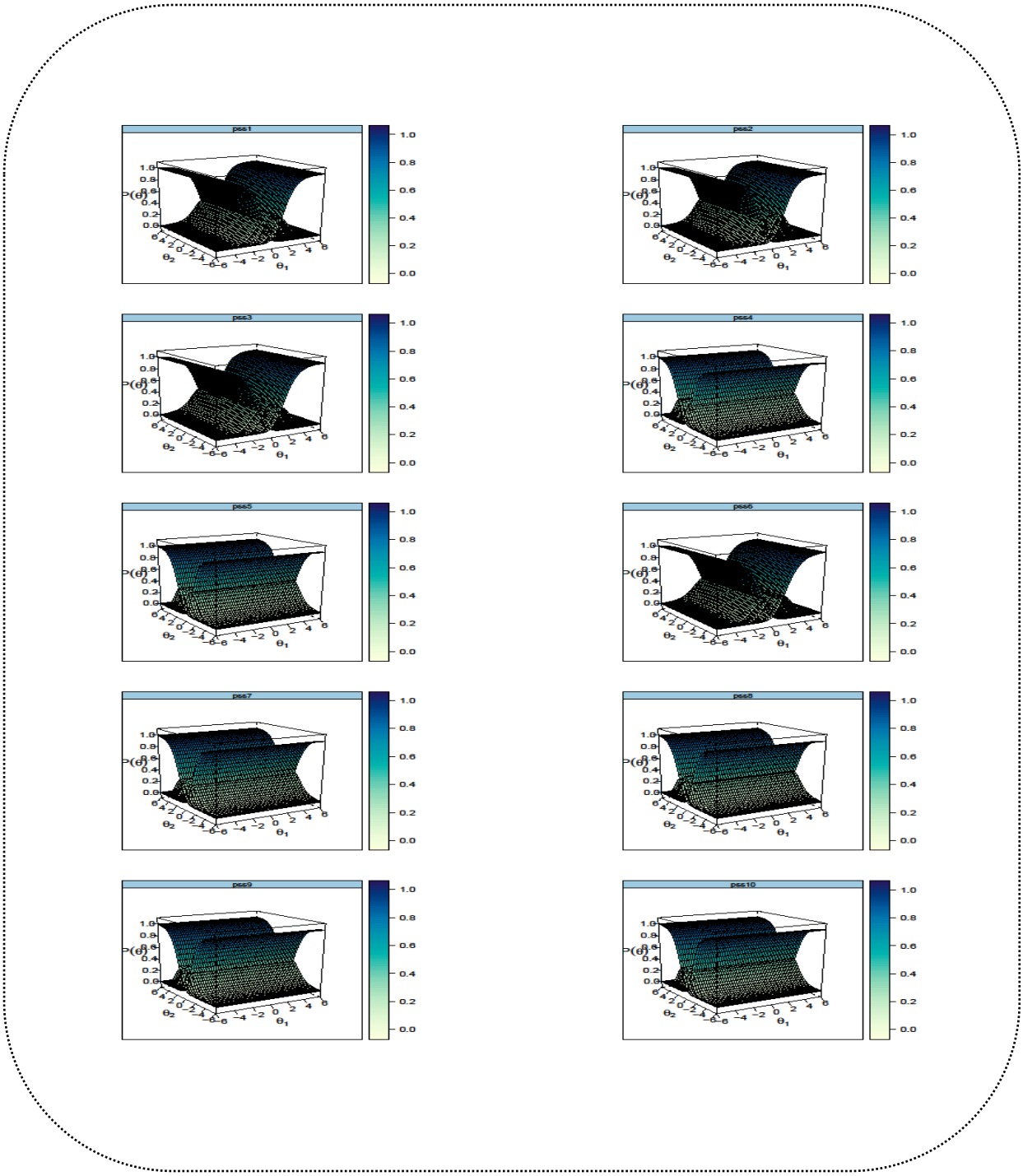
**جدول ۵. ضرایب تشخیص، آستانه پاسخ و برازش گویه‌ای مقیاس PSS-10**

| گویه | ضرایب تشخیص | | آستانه پاسخ | | | | برازش گویه‌ای | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | a1 | a2 | b1 | b2 | b3 | b4 | S-X2 | df | RMSEA | p-value |
| pss1 | ۱/۲۴۷ | ۰/۰۰۰ | -۱/۰۶۶ | -۰/۶۳۹ | ۰/۶۶۸ | ۱/۰۸۱ | ۸۵/۰۲۱ | ۹۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۲۹ |
| pss2 | ۱/۳۶۱ | ۰/۰۰۰ | -۱/۳۴۹ | -۰/۸۳۳ | ۰/۴۵۳ | ۱/۱۴۱ | ۸۴/۸۹۸ | ۹۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۶۰ |
| pss3 | ۱/۱۳۳ | ۰/۰۰۰ | -۱/۳۹ | -۰/۷۷۲ | ۰/۶۶۵ | ۱/۱۱۰ | ۱۲۹/۳۹۰ | ۹۳ | ۰/۰۱۸ | ۰/۰۰۸ |
| pss4 | ۰/۰۰۰ | ۱/۰۳۰ | -۱/۱۱۳ | -۰/۴۶۵ | ۰/۸۷۵ | ۱/۶۶۱ | ۹۷/۸۹۵ | ۸۷ | ۰/۰۱۰ | ۰/۱۹۹ |
| pss5 | ۰/۰۰۰ | ۱/۰۶۹ | -۱/۵۰۳ | -۰/۶۸۶ | ۰/۵۹۸ | ۱/۴۱۲ | ۷۵/۵۷۶ | ۸۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۰۴ |
| pss6 | ۱/۰۱۸ | ۰/۰۰۰ | -۱/۰۱۵ | -۰/۵۰۴ | ۰/۶۵۷ | ۱/۲۳۱ | ۹۳/۲۳۰ | ۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷۴ |
| pss7 | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۹۶ | -۱/۳۹۳ | -۰/۸۷۷ | ۰/۴۶۲ | ۱/۱۰۶ | ۷۹/۳۵۱ | ۸۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۵۸ |
| pss8 | ۰/۰۰۰ | ۱/۰۰۸ | -۱/۲۸۶ | -۰/۷۳۱ | ۰/۷۸۵ | ۱/۴۱۲ | ۸۸/۱۸۴ | ۸۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷۴ |
| pss9 | ۰/۰۰۰ | ۱/۰۳۸ | -۱/۱۵۷ | -۰/۵۷۸ | ۰/۸۴۶ | ۱/۲۰۸ | ۷۳/۹۱۴ | ۸۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۵۸ |
| pss10 | ۰/۰۰۰ | ۱/۱۶۹ | -۱/۲۵۵ | -۰/۶۳۳ | ۰/۵۴۴ | ۱/۰۷۱ | ۱۰۹/۴۰۴ | ۸۵ | ۰/۰۱۵ | ۰/۰۳۹ |

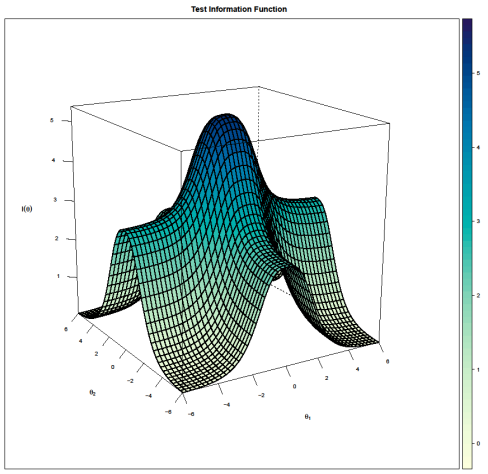
باتوجه‌به نتایج جدول (۵)، ضرایب تشخیص همه گویه‌ها (a1 و a2) بین ۰/۹۹۶ تا ۱/۳۶۱ قرار داشت. این نتایج بیانگر توان مناسب تشخیص گویه‌ها در ارزیابی و تشخیص افراد با سطوح مختلف در ناتوانی ادراک شده و خودکارآمدی ادراک شده به عنوان دو صفت پنهان مقیاس PSS-10 است. بررسی آستانه پاسخ گویه‌ها (b1 تا b4) برای هر ده گویه مقیاس PSS-10 یک سیر منطقی و سعودی داشت. این افزایش تدریجی سطح دشواری گویه‌ها، نشان داد که گویه‌ها پوشش مناسبی از سطوح مختلف ناتوانی ادراک شده و خودکارآمدی ادراک شده به‌عنوان دو صفت پنهان مقیاس PSS-10 دارند. شاخص‌های برازش گویه‌ای (S-X2، RMSEA، p-value) نشان داد که بیشتر گویه‌ها به‌خوبی با مدل سازگار هستند، هر چند که دو گویه pss3 و pss10 دارای برازش ضعیفی هستند [۳۴]. در ادامه نمودار منحنی مشخصه گویه (ICC) مقیاس PSS-10 ارائه شد.

با توجه به نمودار ۲، منحنی‌های ICC احتمال پاسخ افراد را به طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱۰ گویه مقیاس PSS-10 را در مدل دو بُعدی MGPCM را نشان می‌دهند. دو بُعد

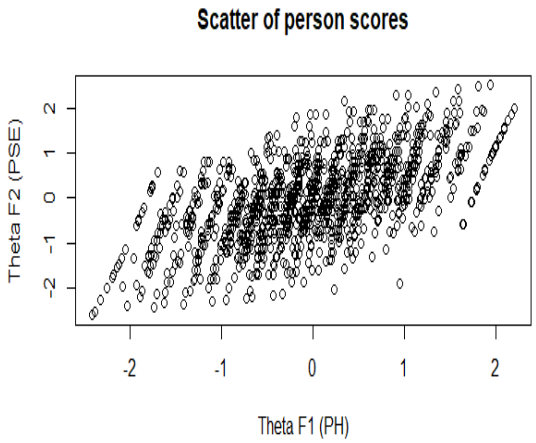
$\theta_1$ و $\theta_2$ به ترتیب بیانگر ناتوانی ادراک شده و خودکارآمدی ادراک شده هستند. باتوجه‌به منحنی ICC ها، می‌توان گفت گویه‌های مربوط به استرس ادراک شده قدرت تشخیص و تمایز مناسبی دارند و می‌توانند افراد را در طول طیف این صفت از یکدیگر تفکیک کنند. همچنین، گویه‌های مربوط به خودکارآمدی ادراک شده از جمله دو گویه ۹ و ۱۰ نیز عملکرد مناسبی در اندازه‌گیری این بعد و تفکیک افراد در طول این صفت دارند. در ادامه منحنی اطلاعات آزمون (TIF) (نمودار ۳) مقیاس PSS-10 و منحنی پراکندگی نمرات افراد (SPS) (نمودار ۴) ارائه شد.




**نمودار ۲. منحنی ویژه همه گویه‌های مقیاس PSS-10**




نمودار ۳. منحنی اطلاعات آزمون PSS-10 (TIF)




نمودار ۴. پراکندگی نمرات افراد (SPS)

جدول ۶. خلاصه شاخص‌های EGA مقیاس PSS-10

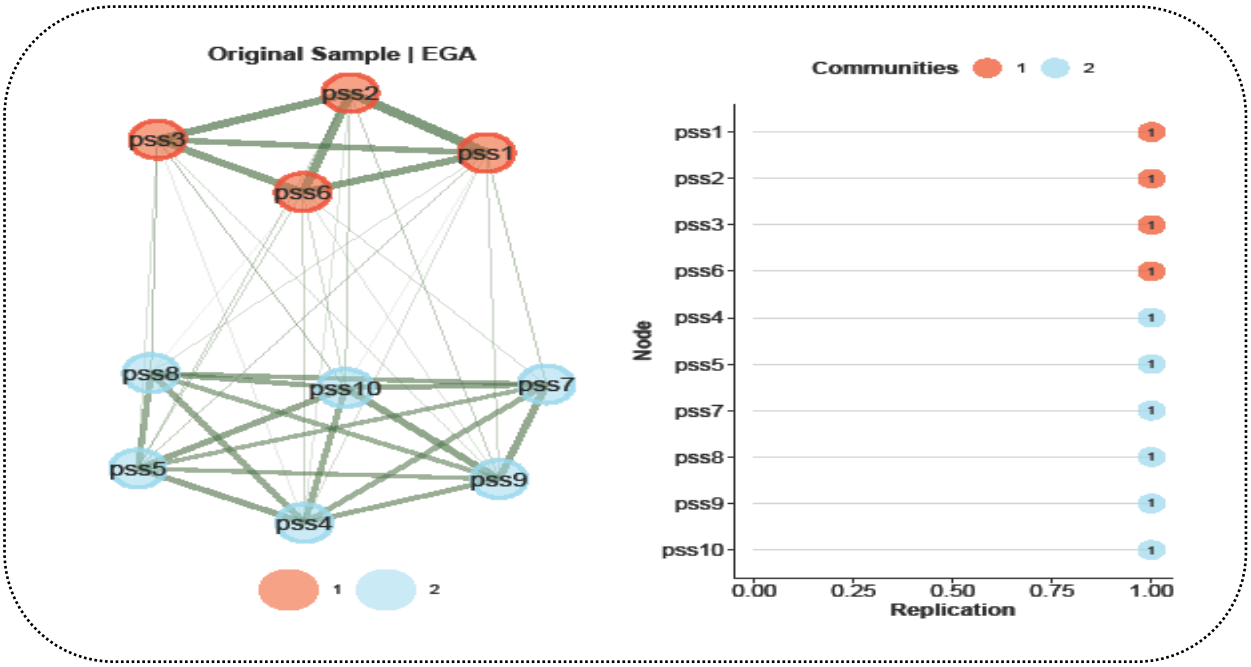
| شاخص | مقدار | توضیح مختصر شاخص |
|---|---|---|
| گره | ۱۰ | تعداد گویه‌های مقیاس |
| یال | ۴۲ | تعداد ارتباطات بین گویه‌ها |
| چگالی شبکه | ۰/۹۳۳ | همبستگی کلی بالا |
| وزن یال‌ها (کمینه - بیشینه) | ۰/۲۹۷-۰/۰۰۲ | شدت ارتباط بین گویه‌ها |
| میانگین (انحراف معیار ) وزن یال‌ها | ۰/۰۹۳ (۰/۰۸۳) | همبستگی متوسط |
| تعداد خوشه‌ها | ۲ | استرس ادراک‌شده / خودکارآمدی ادراک‌شده |
| الگوریتم اجتماع | والکتراپ | الگوریتم مورد استفاده |
| TEFI | -۵/۹۴۴ | شاخص برازش کلی شبکه |
| مدولاریتی | -۰/۰۲۳ | اتصال بین خوشه‌ها |

با توجه به نمودار اطلاعات آزمون (TIF)، نمودار ۳ که میزان دقت اندازه‌گیری آزمون را در طول دو صفت پنهان استرس ادراک شده و خودکارآمدی ادراک شده نشان می‌دهد، مشخص شد که هر دو بُعد دارای بیشترین اطلاعات در محدوده توانایی متوسط را ارائه می‌دهند. نمودار ۴، نمودار پراکندگی نمرات افراد شرکت‌کننده در مطالعه است که بیانگر توزیع نمرات افراد در دو بُعد ناتوانی ادراک شده (PH) و خودکارآمدی ادراک شده (PSE) است. با توجه به ضریب همبستگی متوسط بین این دو عامل می‌توان گفت، افرادی که ناتوانی ادراک شده (PH) بالایی را تجربه می‌کنند، احتمالاً خودکارآمدی ادراک شده (PSE) بالایی را نیز تجربه می‌کنند. همچنین، پراکندگی یکنواخت نمرات در طول محورهای صفات پنهان مقیاس نشان می‌دهد که PSS-10 توانایی تفکیک افراد در سطوح مختلف ناتوانی ادراک شده (PH) و خودکارآمدی ادراک شده (PSE) را به شکل مناسبی دارد.

### ج. تحلیل گراف اکتشافی (EGA) مقیاس PSS-10

از تحلیل گراف اکتشافی (EGA)، برای بررسی ساختار درونی مقیاس PSS-10 استفاده شد. برای این منظور از الگوریتم GLASSO و معیار EBIC استفاده شد. نتایج شاخص‌های مهم به طور خلاصه در جدول ۶ ارائه شد.

با توجه به جدول (۶)، شبکه حاصل شامل ۱۰ گره (برابر با تعداد ۱۰ گویه مقیاس)، ۴۲ یال (تعداد ارتباط معنادار بین گره‌ها) بود. مقدار ۰/۹۳۳ به معنای چگالی نسبتاً بالا و یکپارچگی نیرومند بین گره‌ها بود. وزن یال‌های شبکه بین ۰/۰۰۲ تا ۰/۲۹۷ و با میانگین ۰/۰۹۳ و انحراف معیار ۰/۰۸۳ بود که مقادیر این شاخص‌ها بیانگر متوسط شدت ارتباط بین یال‌ها در شبکه بود. الگوریتم اجتماع‌یابی در نهایت دو شبکه را شناسایی کرد. شاخص TEFI برابر ۵/۹۹۴- به دست آمد که نشان‌دهنده برازش کلی ساختار شبکه با داده‌های مطالعه است؛ مقادیر پایین‌تر TEFI بیانگر برازش بهتر شبکه و کاهش عدم قطعیت ساختار ابعاد هستند. مقدار مدولاریتی شبکه ۰/۰۲۳- به دست آمد که بیانگر شدت ارتباط نسبتاً نیرومند بین خوشه‌ها بود [۳۶]. در ادامه نمودار شبکه و نمودار بررسی ثبات هر گویه با روش استراپ با تکرار ۲۵۰۰ گویه ارائه شد (نمودار ۵).

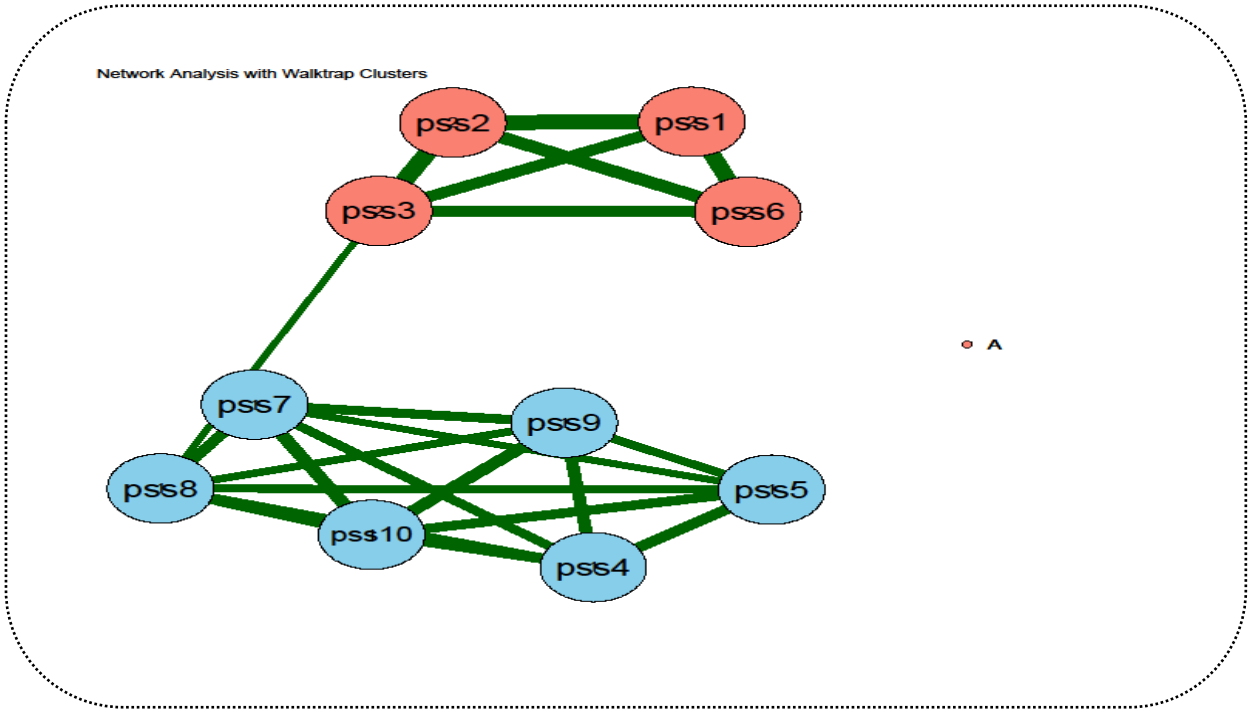



**نمودار ۵. نمودار شبکه و ثبات گویه مقیاس PSS-10**

با توجه به نمودار (۵)، مقیاس PSS-10 از دو خوشه تشکیل شده است. خوشه نخست، شامل گویه‌های pss1، pss2، pss3 و pss6 بود که بیانگر عامل ناتوانی ادراک شده (PH) بود. خوشه دوم، شامل گویه‌های pss4، pss5، pss7، pss8، pss9 و pss10 بود. این خوشه، اشاره به عامل خودکارآمدی ادراک شده (PSE) دارد. قرارگرفتن گویه ۹ و ۱۰ در خوشه خودکارآمدی ادراک شده در تحلیل گراف اکتشافی، ناشی از مبانی این روش است. تحلیل گراف اکتشافی بر اساس همبستگی‌های سهمی بین گویه‌ها عمل می‌کند و الگوریتم خوشه‌بندی، گویه‌ها را بر اساس الگوی اتصالات معنادار گروه‌بندی می‌کند. در نمونه پژوهش حاضر، این دو گویه همبستگی سهمی نیرومندی با گویه‌های خوشه خودکارآمدی (۴، ۵، ۷، ۸) نسبت به گویه‌های خوشه ناتوانی (۱، ۲، ۳، ۶) نشان دادند. افزون بر این، تحلیل بوت‌استرپ EGA با ۲۵۰۰ تکرار نشان داد که انتساب گویه‌های ۹ و ۱۰ به خوشه خودکارآمدی کاملاً پایدار بوده است (به طور ۱۰۰ درصد). این یافته با بارهای متقاطع بالای این گویه‌ها بر عامل خودکارآمدی در مدل ESEM-within-CFA همخوانی دارد و نشان‌دهنده پایایی این الگو در نمونه ایرانی است.

### د. تحلیل شبکه قیاس PSS-10

برای بررسی روابط دقیق بین گویه‌ها و شناسایی گویه‌های محوری در مقیاس PSS-10 از روش تحلیل شبکه با روش GLASSO و معیار EBIC و به‌کارگیری الگوریتم Walktrap جهت شناسایی خوشه‌های متمایز استفاده شد (نمودار ۶).

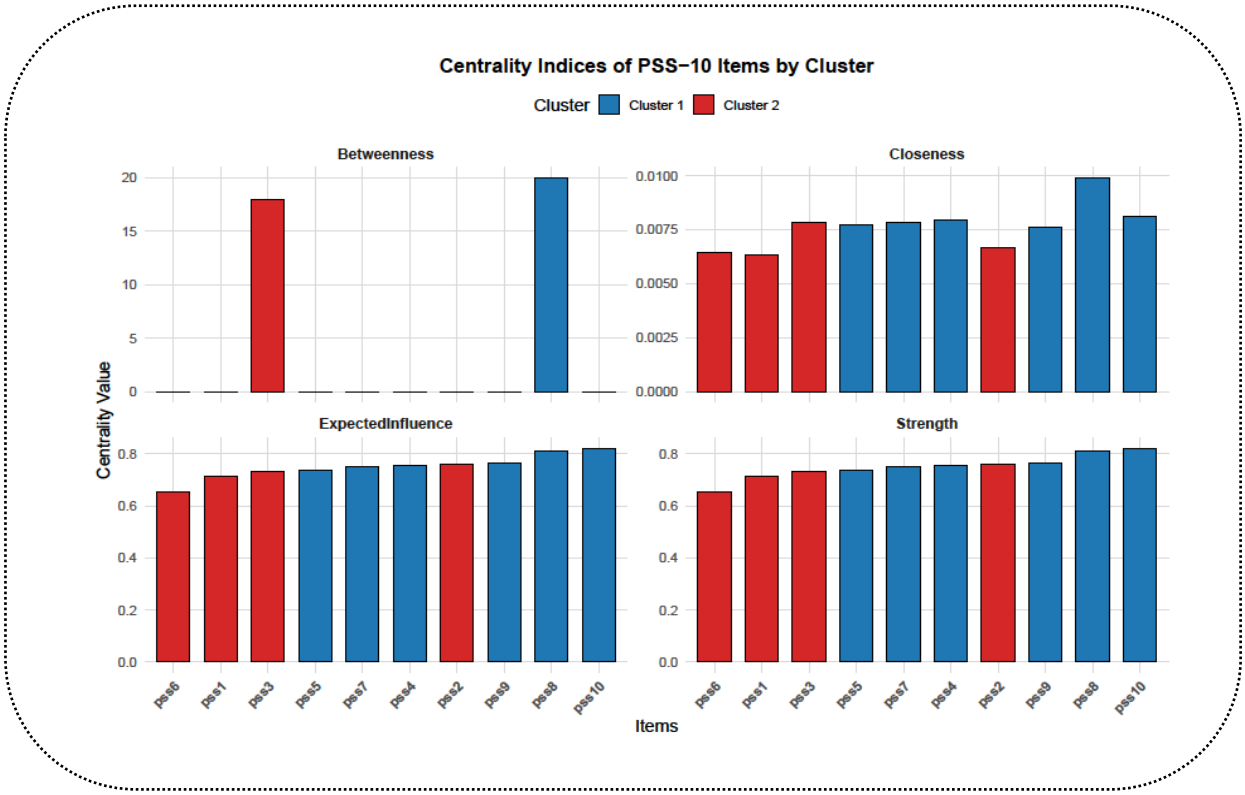



**نمودار ۶. شبکه مقیاس PSS-10 با روش GLASSO**

**جدول ۷. شاخص‌های کانونی مقیاس PSS-10**

| گویه/شاخص | بینابینی | نزدیکی | نیرومندی | تأثیر مورد انتظار | خوشه |
|---|---|---|---|---|---|
| pss1 | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۷ | ۰/۷۱۲ | ۰/۷۱۲ | ۲ |
| pss2 | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۷ | ۰/۷۶۰ | ۰/۷۶۰ | ۲ |
| pss3 | ۱۸/۰۰۰ | ۰/۰۰۸ | ۰/۷۳۱ | ۰/۷۳۱ | ۲ |
| pss4 | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۸ | ۰/۷۵۴ | ۰/۷۵۴ | ۱ |
| pss5 | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۸ | ۰/۷۳۹ | ۰/۷۳۹ | ۱ |
| pss6 | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۶ | ۰/۶۵۴ | ۰/۶۵۴ | ۲ |
| pss7 | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۸ | ۰/۷۴۹ | ۰/۷۴۹ | ۱ |
| pss8 | ۲۰/۰۰۰ | ۰/۰۱۰ | ۰/۸۱۱ | ۰/۸۱۱ | ۱ |
| pss9 | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۸ | ۰/۷۶۵ | ۰/۷۶۵ | ۱ |
| pss10 | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۸ | ۰/۸۲۱ | ۰/۸۲۱ | ۱ |

باتوجه‌به نمودار ۶ که مبتنی بر الگوریتم و الکراپ برای خوشه‌بندی گویه‌ها است، دو خوشه تفکیک شد. خوشه نخست، (گویه‌های pss1، pss2، pss3 و pss6) به ناتوانی ادراک شده (PH) و خوشه دوم (pss4، pss5، pss7، pss8، pss9 و pss10)، به خودکارآمدی ادراک شده (PSE) اشاره دارد. در ادامه شاخص‌های کانونی (جدول ۷) و نمودار شاخص‌های کانونی آورده شد (نمودار ۷).




**نمودار ۷. شاخص‌های کانونی تحلیل شبکه مقیاس PSS-10**

با توجه به جدول (۷) و نمودار (۷)، گویه‌های ۳ و ۸ بالاترین میزان شاخص بینابینی را نشان دادند. این دو گویه به عنوان میانجی بین دو خوشه کلی مقیاس PSS-10 عمل می‌کنند. این به معنای اهمیت ویژه این دو گویه در ادراک سازه استرس ادراک شده در افراد است. دو گویه ۸ و ۱۰ بالاترین میزان نیرومندی و تأثیر مورد انتظار را نشان دادند؛ بنابراین این دو گویه بیشترین نقش را در تجربه استرس ادراک شده در افراد بازی می‌کنند و بیشترین ارتباط را با سایر گویه‌های مقیاس PSS-10 بازی می‌کنند.

### ه. ماشین یادگیری مقیاس PSS-10

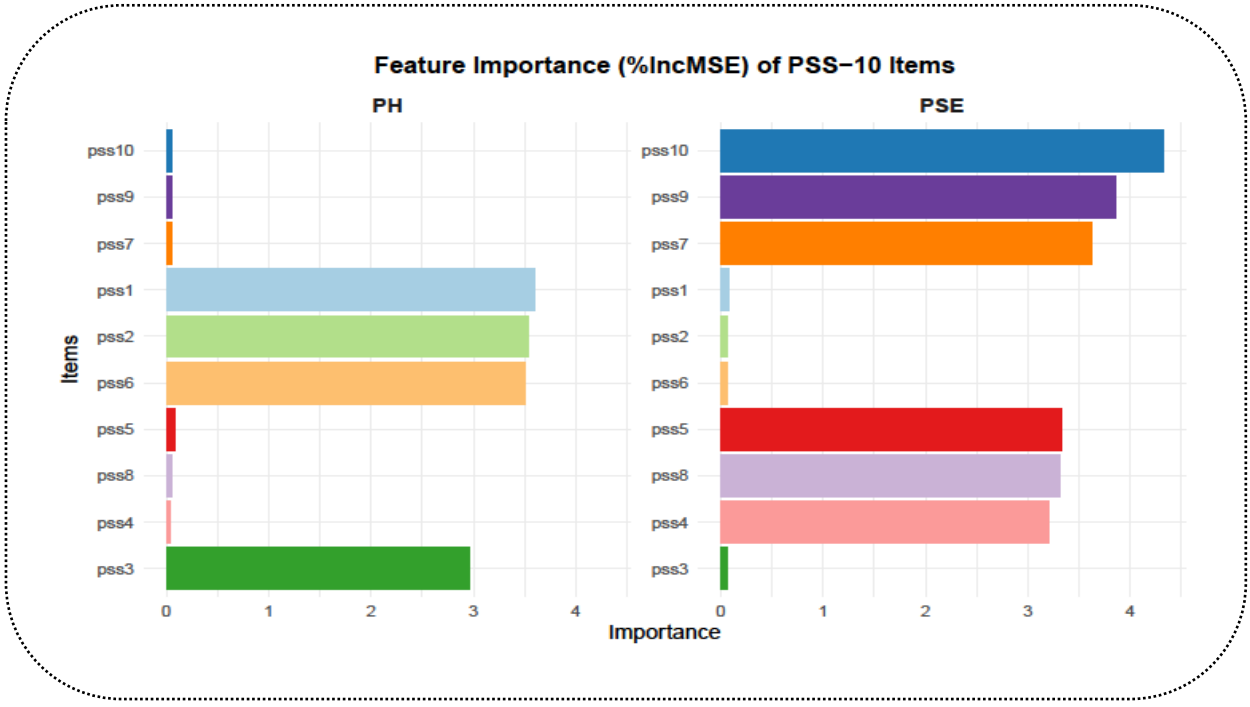
از رویکرد ماشین یادگیری و الگوریتم جنگل تصادفی برای شناسایی گویه‌های محوری و تعیین هر عامل مقیاس PSS-10 استفاده شد. مقادیر بالاتر شاخص اهمیت گویه، بیانگر پراهمیت‌تر بودن آن گویه بود. با استفاده از تحلیل بوت استراپ با تکرار ۲۵۰۰ نمونه‌گیری، پایداری گویه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. این تحلیل در قالب دو عامل اصلی مقیاس یعنی ناتوانی ادراک شده (PH) و خودکارآمدی ادراک شده (PSE) انجام شد (جدول ۸) و نمودار ( ۸ و ۹).

**جدول ۸. شاخص‌های الگوریتم جنگل تصادفی بر روی گویه‌های ابعاد مقیاس PSS-10**

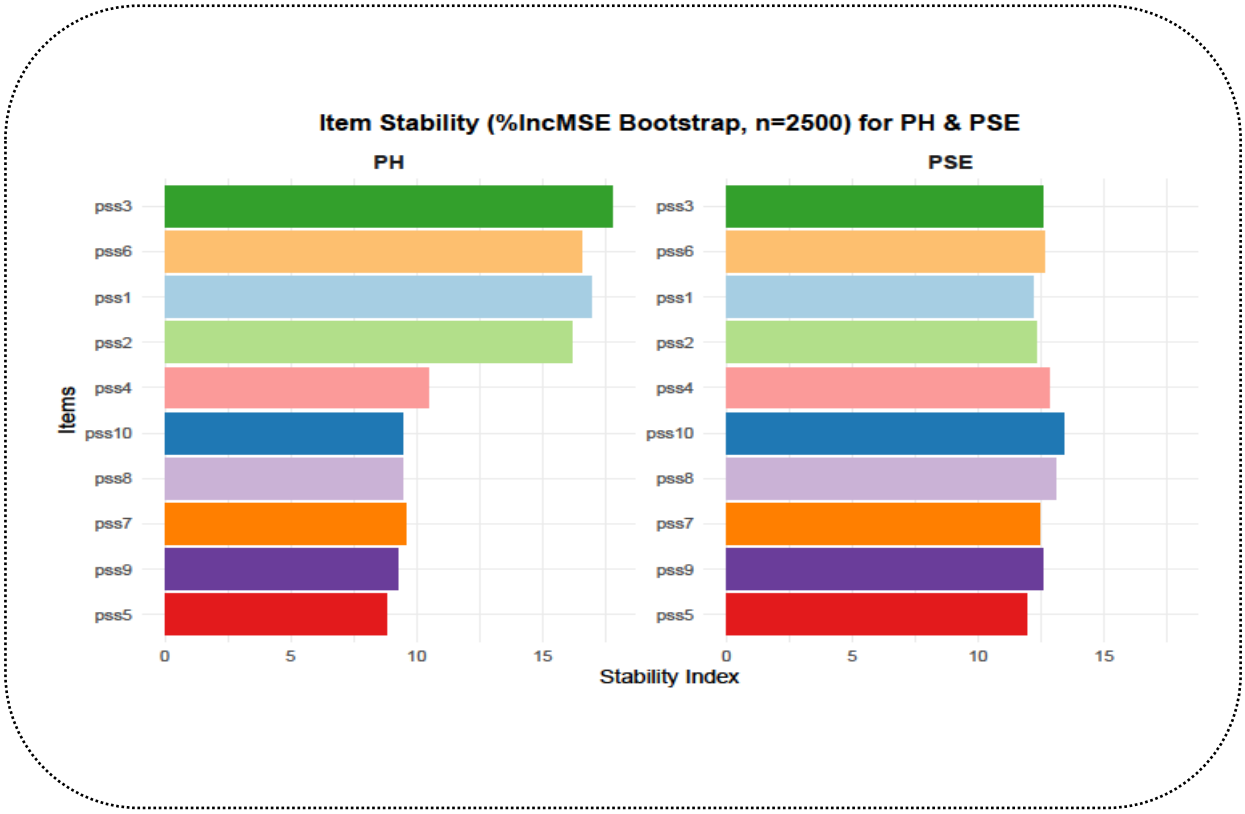
| گویه | میانگین اهمیت گویه | انحراف معیار | ثبات | تفسیر |
|---|---|---|---|---|
| ناتوانی ادراک شده (PH) | | | | |
| pss1 | ۳/۹۸۵ | ۰/۲۳۶ | ۱۶/۹۱ | گویه کلیدی برای عامل PH با پایداری بالا |
| pss2 | ۳/۹۵۲ | ۰/۲۴۵ | ۱۶/۱۶ | گویه مهم و اصلی برای PH |
| pss3 | ۳/۳۳۳ | ۰/۱۸۷ | ۱۷/۷۹ | بالاترین ثبات و نقش واسطه‌ای بین خوشه‌ها |
| pss6 | ۳/۹۳۸ | ۰/۲۳۸ | ۱۶/۵۶ | گویه باثبات و پراهمیت برای PH |
| pss4 | ۰/۲۰۱ | ۰/۰۱۹ | ۱۰/۴۵ | نقش اندک و بیشتر مربوط به خوشه PSE |

**ادامه جدول ۸. شاخص‌های الگوریتم جنگل تصادفی بر روی گویه‌های ابعاد مقیاس PSS-10**

| گویه | میانگین اهمیت گویه | انحراف معیار | ثبات | تفسیر |
|---|---|---|---|---|
| ناتوانی ادراک شده (PH) | | | | |
| pss5 | ۰/۲۵۳ | ۰/۰۲۹ | ۸/۸۰ | اهمیت اندک و مربوط به خوشه PSE |
| pss7 | ۰/۲۲۰ | ۰/۰۲۳ | ۹/۵۵ | اهمیت اندک و مربوط به خوشه PSE |
| pss8 | ۰/۲۱۲ | ۰/۰۲۲ | ۹/۴۵ | اهمیت اندک و مربوط به خوشه PSE |
| pss9 | ۰/۲۵۳ | ۰/۰۲۷ | ۹/۲۵ | اهمیت اندک و مربوط به خوشه PSE |
| pss10 | ۰/۲۵۳ | ۰/۰۲۷ | ۹/۴۳ | اهمیت اندک و مربوط به خوشه PSE |
| خودکارآمدی ادراک شده (PSE) | | | | |
| pss4 | ۳/۹۴۰ | ۰/۳۰۸ | ۱۲/۷۹ | گویه پایدار و اصلی خوشه PSE |
| pss5 | ۴/۱۸۹ | ۰/۳۵۱ | ۱۱/۹۴ | گویه پایدار و پر اهمیت برای خوشه PSE |
| pss7 | ۴/۴۳۹ | ۰/۳۵۸ | ۱۲/۴۱ | گویه کلیدی و باثبات برای خوشه PSE |
| pss8 | ۴/۱۰۰ | ۰/۳۱۴ | ۱۳/۰۶ | گویه باثبات و پراهمیت خوشه PSE |
| pss9 | ۴/۵۶۱ | ۰/۳۶۴ | ۱۲/۵۴ | گویه کلیدی و باثبات برای خوشه PSE |
| pss10 | ۵/۲۰۸ | ۰/۳۸۸ | ۱۳/۴۱ | پراهمیت‌ترین و باثبات‌ترین و کلیدی‌ترین خوشه PSE |
| pss1 | ۰/۳۹۵ | ۰/۰۳۳ | ۱۲/۱۵ | اهمیت اندک و مربوط به خوشه PSE |
| pss2 | ۰/۳۶۵ | ۰/۰۳۰ | ۱۲/۳۱ | اهمیت اندک و مربوط به خوشه PSE |
| pss3 | ۰/۳۵۰ | ۰/۰۲۸ | ۱۲/۵۹ | اهمیت اندک و مربوط به خوشه PSE |
| pss6 | ۰/۳۸۳ | ۰/۰۳۰ | ۱۲/۶۳ | اهمیت اندک و مربوط به خوشه PSE |




**نمودار ۸. شاخص اهمیت گویه مقیاس PSS-10**




**نمودار ۹. بررسی ثبات گویه با روش بوت استراپ (۲۵۰۰ تکرار) مقیاس PSS-10**

با توجه به جدول ۸ و نمودار ۸، گویه‌های pss3، pss2، pss1 و pss6 بالاترین میزان مقدار شاخص اهمیت را برای خوشه ناتوانی ادراک شده (PH) دارند و شاخص‌های اصلی این خوشه مورد استفاده قرار می‌گیرند و بقیه گویه‌ها نقش اندکی در پیش‌بینی ناتوانی ادراک شده (PH) دارند. گویه‌های pss4, pss5, pss7, pss8, pss9 و pss10 مقدار شاخص اهمیت بالایی دارند و شاخص‌های اصلی خوشه خودکارآمدی ادراک شده (PSE) هستند. با توجه به جدول (۸) و نمودار (۹)، نتایج بوت استراپ نشان داد گویه‌های هر خوشه هم اهمیت بالا و هم ثبات کافی دارند و انتخاب آن‌ها برای تحلیل‌های بعدی معتبر است.

### و. ادغام نتایج ESEM-within CFA، MGPCM، Network Analysis، Machine Learning با هم

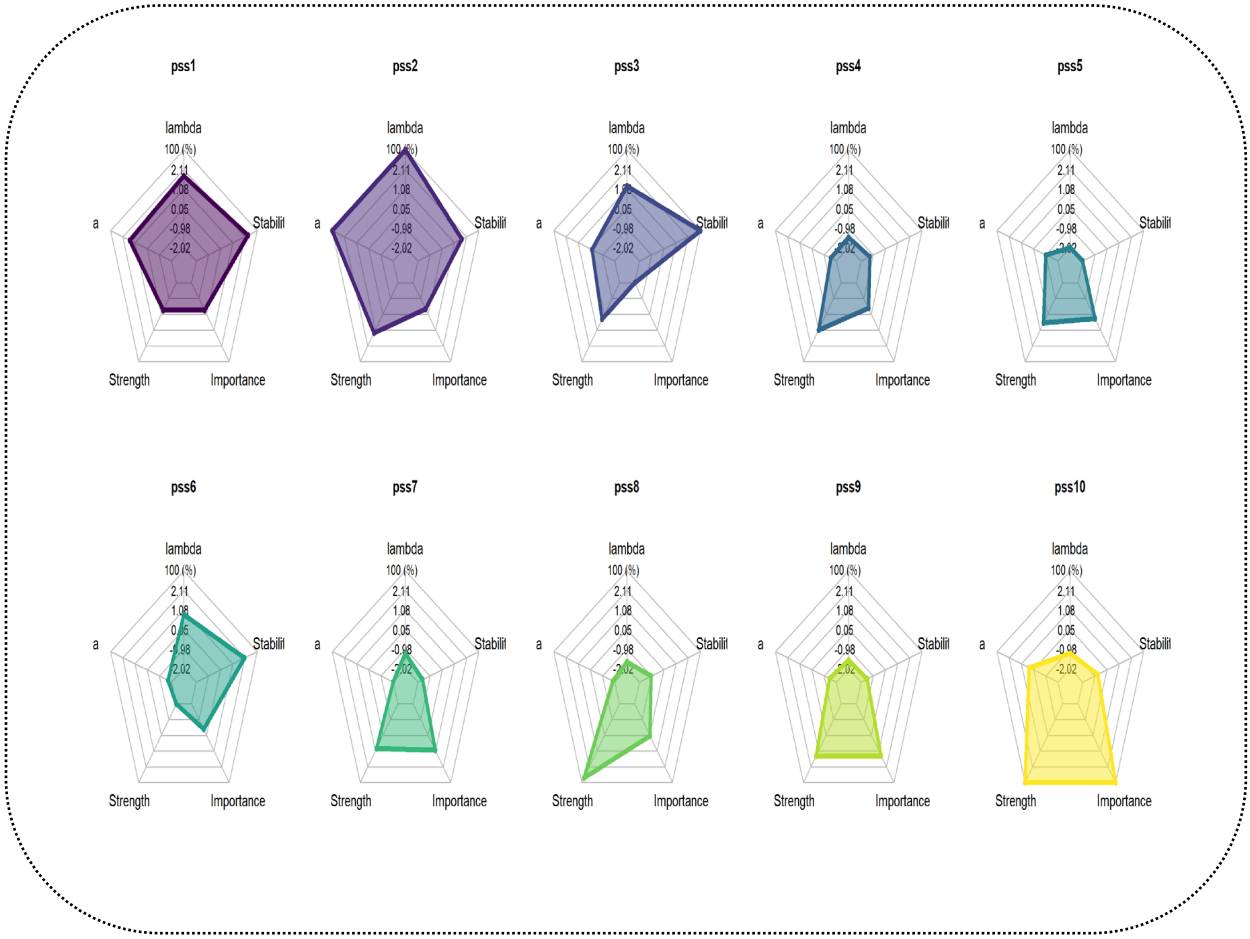
برای به دست آوردن بینشی عمیق از ساختار و روابط درونی مقیاس PSS-10، پژوهشگران بارهای عاملی مدل ESEM-within-CFA، ضرایب تشخیص (a) مدل MGPCM، شاخص کانونی نیرومندی تحلیل شبکه و شاخص اهمیت گویه و ثبات گویه الگوریتم جنگل تصادفی را با هم در یک جدول گردآوری کردند. همچنین، در جدول۹، گویه‌ها را بر اساس عملکرد آن‌ها در هر یک از رویکردها رتبه‌بندی کردند و برای امکان مقایسه، مقادیر به دست‌آمده را به نمره Z استاندارد تبدیل کرده و نمودار راداری (نمودار ۱۰) را ترسیم کردند.

با توجه به جدول ۹، گویه‌های ۱۰ و ۲ پایدارترین و نیرومندترین گویه‌های مقیاس PSS-10 بودند که در بیشتر رویکردهای روان‌سنجی مورد بررسی در مطالعه بهترین امتیازها را گرفتند؛ بنابراین، می‌توان این دو گویه را به‌عنوان گویه‌های هسته‌ای مقیاس در سنجش استرس ادراک شده معرفی کرد. گویه‌های ۱، ۳، ۸ و ۹ گویه‌های مکمل و ارزشمند مقیاس هستند که بهتر است حفظ شوند. گویه‌های ۴، ۶، ۷ و ۵ گویه‌های هستند که ضعیف‌ترین عملکرد را از خود نشان دادند و گویه ۵ مهم‌ترین کاندید برای بازنگری در نظر گرفته شد. این نتایج به شکل واضحی در نمودار راداری؛ نمودار ۱۰، قابل مشاهده است.

**جدول ۹. رتبه نهایی هر گویه بر اساس شاخص‌های هر رویکرد**

| رویکرد | EWC | MGPCM | تحلیل شبکه | جنگل تصادفی | | رتبه کل |
|---|---|---|---|---|---|---|
| گویه | بار عاملی | ضریب تشخیص | نیرومندی | اهمیت گویه | ثبات | |
| pss1 | ۲ | ۲ | ۹ | ۸ | ۲ | ۲۳ |
| pss2 | ۱ | ۱ | ۴ | ۹ | ۳ | ۱۸ |
| pss3 | ۳ | ۴ | ۸ | ۱۰ | ۱ | ۲۶ |
| pss4 | ۶ | ۶ | ۵ | ۶ | ۸ | ۳۱ |
| pss5 | ۹ | ۵ | ۷ | ۴ | ۱۰ | ۳۵ |
| pss6 | ۴ | ۸ | ۱۰ | ۷ | ۴ | ۳۳ |
| pss7 | ۵/۵ | ۱۰ | ۶ | ۳ | ۹ | ۳۳/۵ |
| pss8 | ۸ | ۷ | ۲ | ۵ | ۵ | ۲۷ |
| pss9 | 7 | ۹ | ۳ | ۲ | ۷ | ۲۸ |
| pss10 | ۵/۵ | ۳ | ۱ | ۱ | ۶ | ۱۶/۵ |

نکته. EWC: ESEM-within-CFA؛ MGPCM: Multidimensional Generalized Partial Credit Model




**نمودار ۱۰. نمودار راداری شاخص‌های چند رویکردی گویه‌های PSS-10**

در نمودار ۱۰، برای ایجاد قابلیت مقایسه مستقیم شاخص‌ها، ابتدا مقدار همه شاخص‌ها به نمره Z استاندارد تبدیل شدند. با مشاهده نمودار ۱۰، مشخص شد، گویه ۱۰ و ۲ به عنوان هسته‌ای‌ترین گویه و گویه ۵ به عنوان ضعیف‌ترین گویه مقیاس PSS-10 مشخص شد.

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی چند رویکردی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس PSS-10، با ترکیب روش‌های کلاسیک و نوین روان‌سنجی انجام شد. نتایج نشان داد که استفاده از رویکردهای منعطف، به‌ویژه ESEM و ESEM-within-CFA، در مقایسه با CFA سنتی، بازنمایی دقیق‌تری از ساختار عاملی مقیاس فراهم می‌کند و منجر به بهبود معنادار شاخص‌های نکویی برازش می‌شود. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو است که بر ضرورت در نظرگرفتن بارگذاری‌های متقاطع برای درک واقع‌بینانه‌تر سازه‌های روان‌شناختی تأکید دارند [۲۲، ۲۴]. تحلیل‌ها نشان داد که عمده بهبود برازش با واردکردن بارهای متقاطع در مدل ESEM حاصل شده و اعمال محدودیت‌های اضافی در مدل ESEM-within-CFA تغییر چشمگیری در برازش ایجاد نکرد. این الگو حاکی از آن است که ساختار داده‌ها ماهیتی پیچیده دارد که توسط مدل‌های منعطف بهتر جذب می‌شود؛ با این حال، از منظر روش‌شناختی، برازش بسیار عالی در مدل‌های انعطاف‌پذیر می‌تواند هم نشان تبیین بهتر ساختار حقیقی سازه و هم علامت «بیش برازشی[1]» باشد [۲۳، ۳۰]. در این راستا رفتارهای متفاوت گویه‌های ۹ و ۱۰ یکی از چالش‌های اصلی تفسیر نتایج بود. این گویه‌ها در مدل CFA-2F بارگذاری نیرومندی روی عامل «ناتوانی ادراک شده» داشتند، اما در مدل‌های ESEM و ESEM-within-CFA، بار اصلی آن‌ها به عامل «خودکارآمدی ادراک شده» منتقل شد. این جابه‌جایی ممکن است ناشی از آزادی بالای پارامترها در مدل ESEM باشد که نشانه‌ای از حساسیت مدل به الگوهای خاص نمونه باشد. با این حال، چنین الگویی الزاماً ضعف مدل را نشان نمی‌دهد، بلکه می‌تواند بازتاب محتوای واقعی گویه‌ها که حساسیت آن را به الگوهای خاص نمونه افزایش می‌دهد. چنین رفتاری می‌تواند علامتی از بیش برازشی باشد، ولی دو تفسیر علمی برای آن وجود دارد: ۱. بازتاب محتوای واقعی گویه‌ها، به این معنا که گویه‌های ۹ و ۱۰ به طور هم‌زمان جنبه‌هایی از هر دو سازه را منعکس می‌کنند و مدل منعطف ESEM این همپوشانی را آشکار کرده است و۲. اثر زمینه‌های فرهنگی و زبانی یا سبک پاسخ‌دهی[2] که در مطالعات اعتبارسنجی بین فرهنگی برای PSS-10 سابقه دارد. در این مطالعه چند نکته به کاهش نگرانی از بیش برازشی کمک می‌کند:

۱. حجم نمونه بزرگ (۱۲۷۸ نفر) که می‌تواند دقت برآوردها را افزایش دهد و احتمال ناپایداری ناشی از نمونه‌های کوچک را کاهش دهد [۲۳، ۳۰]؛ ۲. نتایج مطالعه از منظر مبانی و ساختار شناسایی شده همسو با چهارچوب اولیه مقیاس PSS-10 و یافته‌های بین فرهنگی [۱۶، ۴۶] است؛ مطالعات مختلف نشان داده‌اند که برخی گویه‌ها، به‌ویژه آن‌هایی که بااحساس «کنترل» یا «انباشتگی» مرتبط هستند، مانند گویه‌های ۹ و ۱۰، بارگذاری ناپایدار یا متناقضی دارند [۵، ۶]، شواهد بین‌المللی در خصوص گویه‌های ۹ و ۱۰ و رفتار متفاوت این دو گویه در نمونه‌های مختلف گزارش شده است؛ بنابراین احتمالاً بازتاب پیچیدگی ذاتی سازه و حساسیت آن به زمینه‌های فرهنگی و زبانی است [۵، ۶، ۱۶، ۴۶] و ۳. پایداری نتایج در روش‌های IRT، EGA، تحلیل شبکه و الگوریتم جنگل تصادفی همگی ساختار دو عاملی و رفتار خاص گویه‌های ۹ و ۱۰ را تأیید کردند. به ویژه استفاده از روش بوت استراپ با ۲۵۰۰ تکرار در رویکردهای EGA و الگوریتم جنگل تصادفی نشان داد ساختار دو عاملی پایدار بوده و بارگذاری گویه‌های ۹ و ۱۰ بر عامل خودکارآمدی ادراک شده ثابت مانده است.

یافته‌های رویکرد IRT در این مطالعه، به ویژه برتری مدل MGPCM، شواهد تکمیلی مهمی فراهم کرد. این مدل نه تنها ساختار دو عاملی مقیاس PSS-10 را تأیید کرد، بلکه نشان داد گویه‌ها از قدرت تشخیص و پوشش مناسبی در سطوح مختلف صفت مکنون برخوردارند. همچنین، نتایج IRT، پایداری رفتار گویه‌های ۹ و ۱۰ را تقویت کرده و تفسیر آن‌ها به عنوان گویه‌هایی با کارکرد چند بُعدی را حمایت می‌کند.

یافته‌های تحلیل گراف اکتشافی (EGA) و تحلیل شبکه نیز به طور مستقل دو خوشه ناتوانی ادراک شده و

1 . Overfitting

2 . Response Style

خودکارآمدی ادراک شده را شناسایی کردند. شاخص‌های کلی شبکه، از جمله TEFI و مدولاریتی، کیفیت مناسب مدل و در عین‌حال ارتباط نیرومند بین دو بعد را نشان دادند؛ امری که از منظر نظری با ماهیت تجربه استرس هم‌خوان است. جایگاه مرکزی گویه‌های ۹ و ۱۰، به‌ویژه گویه ۱۰، در شبکه، تأکید می‌کند که این گویه‌ها نقش‌محوری در ساختار استرس ادراک‌شده دارند و حذف آن‌ها می‌تواند انسجام مفهومی مقیاس را تضعیف کند. این نتیجه چند معنای مهم را در بر دارد: الف. نشان می‌دهد که نگرانی‌ها دربارهٔ بیش‌برازشی در مدل ESEM، در مورد گویه‌های ۹ و ۱۰، بی‌اساس است. اگر بارگذاری‌های این گویه‌ها ناشی از برازش کاذب بودند، انتظار نمی‌رفت در شبکه چنین جایگاه محوری و باثباتی داشته باشند، به‌خصوص گویه ۱۰؛ ب. همچنین، یافته‌ها بیانگر آن است که این دو گویه اگرچه در CFA رفتار متفاوتی نشان می‌دهند، اما در سطح شبکه‌ای با سایر گویه‌ها روابطی معنادار و نیرومند برقرار می‌کنند. به بیان دیگر، آن‌ها شاید به‌تنهایی پیش‌بین ضعیفی باشند، اما در تعاملات شبکه‌ای نقش‌محوری دارند؛ ج. مشخص‌شدن جایگاه محوری در مورد گویه ۱۰، نشان می‌دهد که تحلیل شبکه می‌تواند مکمل ارزشمندی برای روش‌های مبتنی بر تحلیل عاملی باشد و به شناسایی گویه‌هایی کمک کند که در ساختار پیچیده استرس ادراک‌شده کارکردی کلیدی دارند.

پرسشی که ممکن پرسیده شود این است که آیا قرارگیری پایدار گویه‌های ۹ و ۱۰ در خوشه خودکارآمدی ادراک‌شده، لزوم بازنگری در ابعاد نظری PSS-10 را مطرح می‌کند، باید تأکید شود که این یافته بیش از آنکه دعوتی به باز تعریف ابعاد باشد، بر چند بُعدی بودن ذاتی سازه استرس و همپوشی تجربی دو بعد ناتوانی ادراک شده و خودکارآمدی ادراک شده، به‌ویژه در بافت‌های فرهنگی خاص، دلالت دارد. به‌عبارت‌دیگر، الگوی مشاهده‌شده نه یک خطای طبقه‌بندی، بلکه بازتابی از شبکه معنایی پیچیده‌ای است که در آن احساس «عدم کنترل بر مشکلات» (گویه ۹) و «پیش نرفتن امور مطابق میل» (گویه ۱۰) در نمونه ایرانی، بیش از آنکه به ناتوانی محض اشاره داشته باشد، با ارزیابی فرد از کارآمدی خود پیوند می‌خورد. این تفسیر با دیدگاه‌های نوین در روان‌سنجی شبکه‌ای هم‌خوان است که بر تداوم و همپوشی سازه‌ها، به‌جای مرزهای سخت میان آن‌ها، تأکید دارند [۲۷، ۳۶]. از این منظر، شاید نیاز به بازنگری در ابعاد نباشد، بلکه آزمون مدل‌های ساختاری سلسله‌مراتبی (مانند مدل بایفکتر با یک عامل کلی استرس و دو عامل گروهی)، مسیر مناسبی برای پژوهش‌های آینده فراهم سازد.

یافته‌های الگوریتم جنگل تصادفی، نشان داد که گویه‌های ۱، ۲، ۳ و ۶ مهم‌ترین شاخص‌های عامل ناتوانی ادراک‌شده هستند، درحالی‌که گویه‌های ۴، ۵، ۷، ۸، ۹ و ۱۰ به طور باثبات خوشه خودکارآمدی ادراک‌شده را بازنمایی می‌کنند. نتایج بوت‌استرپ با ۲۵۰۰ تکرار نیز پایداری این الگو را تأیید کرد. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های اخیر در کاربرد روش‌های یادگیری ماشین در روان‌سنجی است که نشان داده‌اند استفاده از الگوریتم‌های غیرخطی مانند جنگل تصادفی می‌تواند به شناسایی شاخص‌های کلیدی سازه‌ها و افزایش دقت اندازه‌گیری کمک کند [۴۷، ۴۸]. به طور خاص، نتایج حاضر اهمیت گویه‌های ۹ و ۱۰ در خوشه خودکارآمدی ادراک شده را تقویت می‌کند و نشان می‌دهد این گویه‌ها علاوه بر ثبات عاملی، از منظر اهمیت الگوریتمی نیز کلیدی هستند؛ بنابراین نتایج الگوریتم جنگل تصادفی کاملاً همسو با نتایج رویکردهای ESEM-within-CFA، MGPCM، EGA و تحلیل شبکه در مطالعه حاضر است.

در یک جمع‌بندی، پژوهش حاضر با به‌کارگیری روش چند رویکردی، که مهم‌ترین مدل‌های به کار گرفته شده در آن شامل مدل‌های ESEM-within-CFA، MGPCM، EGA، تحلیل شبکه و الگوریتم جنگل تصادفی بود، مشخص شد که نیرومندی یک مقیاس مانند PSS-10 تنها از طریق یک رویکرد و یک شاخص منفرد به طور کامل قابل درک نیست، بلکه ترکیبی از شاخص‌ها و دیدگاه‌های مکمل، تصویری جامع و دقیق از کیفیت و اهمیت هر گویه ارائه می‌دهد.

بر اساس تحلیل ترکیبی، گویه‌های ۲ و ۱۰ به‌عنوان گویه‌های هسته‌ای مقیاس شناسایی شدند که بالاترین ثبات، قدرت تشخیص و همبستگی با ساختار عاملی را داشتند. گویه‌های ۱، ۳، ۸ و ۹ به عنوان گویه‌های مکمل با عملکرد مناسب پیشنهاد شدند، درحالی‌که گویه‌های ۴، ۵، ۶ و ۷ نیازمند بازنگری محتوایی یا حذف هستند، به‌ویژه گویه ۵ که ضعیف‌ترین عملکرد را داشت. این نتایج بر اهمیت استفاده از رویکردهای چند جانبه در روان‌سنجی تأکید دارد و می‌تواند راهنمایی ارزشمند برای بهینه‌سازی و

طراحی ابزارهای اندازه‌گیری دقیق‌تر در پژوهش‌های آینده باشد؛ بنابراین بر اساس این یافته‌ها می‌توان از گویه‌های هسته‌ای و مکمل، نسخه کوتاه‌تر از این مقیاس را که شامل گویه‌های ۲، ۱۰، ۱، ۳، ۸ و ۹ است را تدوین کرد. برای استفاده از این روش در مصاحبه‌های بالینی می‌توان از دو گویه ۲ و ۱۰ برای غربالگری سریع استرس ادراک شده استفاده کرد. به پژوهشگران آتی توصیه می‌شود تا از روش چند رویکردی معرفی شده در این مطالعه به‌عنوان الگویی برای تحلیل روان‌سنجی سایر ابزارها استفاده کنند تا تصویری دقیق از رفتار و کیفیت گویه‌ها به دست آورند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تمرکز جامعه آماری بر دانشجویان دانشگاه آزاد گرمسار اشاره کرد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در مطالعه حاضر ملاحظات اخلاقی مانند اطلاع از اهداف پژوهش، گرفتن رضایت و توافق آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، عدم اجبار به شرکت در مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان و حفظ رازداری رعایت گردید.


### حامی مالی

مطالعه حاضر بدون هیچ کمک مالی از سازمان خاصی انجام شده است.

سهم نویسندگان: همه نویسندگان به طور فعال در تهیه پیش‌نویس، بازنویسی و اصلاح نسخه خطی مشارکت داشتند.


### تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند، هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.


### سپاسگزاری

بدین‌وسیله از همه بزرگوارانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند کمال تقدیر و تشکر را داریم؛ به‌خصوص از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار کمال قدردانی را داریم.


## منابع


1- Soria-Reyes LM, Cerezo MV, Alarcón R, Blanca MJ. Psychometric properties of the perceived stress scale (pss-10) with breast cancer patients. *Stress and Health*. 2023 Feb; 39(1): 115-24 doi: 10.1002/smi.3170

2- Lazarus RS. *Stress, appraisal, and coping*. Springer; 1984. https://books.google.com/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

3- McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*. 2007 Jul; 87(3): 873-904. doi: 10.1152/physrev.00041.2006

4- Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disordersI. 1991 Nov; 110(3): 406. doi: 10.1037/0033-2909.110.3.406

5- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983 Dec 1:385-96. doi: https://doi.org/10.2307/2136404

6- Lee, E.H., 2012. Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian nursing research*, *6*(4), pp.121-127. doi:10.1016/j.anr.2012.08.004

7- Yılmaz Koğar E, Koğar H. A systematic review and meta-analytic confirmatory factor analysis of the perceived stress scale (PSS-10 and PSS-14). Stress and Health. 2024 Feb;40(1):e3285. doi:10.1002/smi.3285

8- Zhang Z, Wang Q. Psychometric properties of the perceived stress scale (PSS-10) among pregnant women in China. *Frontiers in Psychiatry*. 2024 Dec 24; 15: 1493341. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1493341

9- She Z, Li D, Zhang W, Zhou N, Xi J, Ju K. Three versions of the perceived stress scale: psychometric evaluation in a nationally representative sample of Chinese adults during the COVID-19 pandemic. International *journal of environmental research and public health*. 2021 Aug 5; 18(16):8312. doi:10.3390/ijerph18168312

10- Liu X, Zhao Y, Li J, Dai J, Wang X, Wang S. Factor structure of the 10-item perceived stress scale and measurement invariance across genders among Chinese adolescents. *Frontiers in psychology*. 2020 Apr 9; 11: 537. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00537

11- Kourmousi N, Kounenou K, Pezirkianidis C, Kalamatianos A, Chrousos GP. Validation of Perceived Stress Scale-10 Among Greek Middle Adolescents: Associations Between Stressful Life Events and Perceived Stress. *Social Sciences*. 2025 May 28; 14(6): 344. doi:10.3390/socsci14060344

12- Erlena E, Nurjannah I, Achadiono DN, Wibawa T, Prihastari L. Indonesian Version Of The Perceived Stress Scale-10 (IPSS): A Psychometric Properties Of The Indonesian PSS-10 in Adolescents With Obesity. *medRxiv*. 2025 Feb 27: 2025-02. doi:10.1101/2025.02.25.25322844

13- Hakim AR, Mora L, Leometa CH, Dimala CP. Psychometric properties of the perceived stress scale (PSS-10) in Indonesian version. *JP3I (Jurnal Pengukuran Psikologi dan Pendidikan Indonesia)*. 2024 Nov 9; 13(2): 117-29 doi:10.15408/jp3i.v13i2.35482

14- Reis D, Lehr D, Heber E, Ebert DD. The German version of the Perceived Stress Scale (PSS-10): evaluation of dimensionality, validity, and measurement invariance with exploratory and confirmatory bifactor modeling. *Assessment*. 2019 Oct; 26(7): 1246-59. doi:10.1177/1073191117715731

15- Klein EM, Brähler E, Dreier M, Reinecke L, Müller KW, Schmutzer G, Wölfling K, Beutel ME. The German version of the Perceived Stress Scale–psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC psychiatry*. 2016 Dec; 16:1-0. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0875-9

16- Taylor JM. Psychometric analysis of the ten-item perceived stress scale. *Psychological assessment*. 2015 Mar; 27(1): 90. doi:10.1037/a0038100

17- Santos-Vitti L, Nakano T, Faro A, Baptista MN, Vasconcelos MM. Perceived Stress Assessment: Factor Structure and Item Analysis of the PSS-10. *Acta Colombiana de Psicología*. 2024 Jun; 27(1): 63–77. doi:10.14718/ACP.2024.27.1.4

18- Nielsen T, Dammeyer J. Measuring higher education students' perceived stress: An IRT-based construct validity study of the PSS-10. *Studies in Educational Evaluation*. 2019 Dec 1; 63:17-25. doi:10.1016/j.stueduc.2019.06.007

19- Yousefi, N., Pirkhaefi, A.R. Evaluation of the Bifactor Confirmatory Factor Analysis Model of Dimensionality and Value of Sub-Domains of Psychological Scale. *Clinical Psychology and Personality*, 2025; 23(1): 215-244. https://doi.org/10.22070/cpap.2024.18524.1457 **[In Persian]**

20- Zahra NS, Faturochman F, Putra MD, Wirawan H. Beyond a Unidimensional Measure: Unveiling the Multidimensional Structure of the Perceived Stress Scale. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*. 2025 Mar 14:1-1. https://doi.org/10.1080/15366367.2025.2474702

21- Makhubela, M. (2022). Assessing psychological stress in South African university students: Measurement validity of the perceived stress scale (PSS-10) in diverse populations. *Current Psychology*. 2022; *41*(5): 2802-2809. doi:10.1007/s12144-020-00784-3

22- Jiang C, Ma H, Luo Y, Fong DY, Umucu E, Zheng H, Zhang Q, Liu X, Liu X, Spruyt K, Meng R. Validation of the Chinese version of the Perceived Stress Scale-10 integrating exploratory graph analysis and confirmatory factor analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2023 Sep 1; 84: 194-202. doi:10.1016/j.genhosppsych.2023.07.008

23- Asparouhov T, Muthén B. Exploratory structural equation modeling. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*. 2009 Jul 14; 16(3): 397-438. doi:10.1080/10705510903008204

24- Morin AJ, Arens AK, Marsh HW. A bifactor exploratory structural equation modeling framework for the identification of distinct sources of construct-relevant. psychometric multidimensionality. Structural Equation Modeling: A *Multidisciplinary Journal*. 2016 Jan 2; 23(1): 116-39. doi:10.1080/10705511.2014.961800

25- Borsboom D, Cramer AO. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual review of clinical psychology*. 2013 Mar 28; 9(1): 91-121. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608

26- Opsahl T, Agneessens F, Skvoretz J. Node centrality in weighted networks: Generalizing degree and shortest paths. *Social networks*. 2010 Jul 1; 32(3): 245-51. https://doi.org/10.1016/j.socnet.2010.03.006

27- Epskamp S, Borsboom D, Fried EI. Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior research methods*. 2018 Feb; 50:195-212. https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1

28- Bzdok D, Krzywinski M, Altman N. Machine learning: supervised methods. *Nature methods*. 2018; 15(4): 233–234. https://doi.org/10.1038/nmeth.4642

29- Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications; 2015 Jan 7. https://www.guilford.com/books/Confirmatory-Factor-Analysis-for-Applied-Research/Timothy-Brown/9781462515363

30- Marsh HW, Morin AJ, Parker PD, Kaur G. Exploratory structural equation modeling: An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual review of clinical psychology*. 2014 Mar 28; 10(1):85-110. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700

31- Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary Journal*. 1999 Jan 1; 6(1): 1-55. doi:/10.1080/10705519909540118

32- Cheung GW, Rensvold RB. Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural equation modeling*. 2002 Apr 1; 9(2): 233-55. doi:10.1207/S15328007SEM0902_5

33- 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. doi:10.1080/10705510701301834

34- Embretson SE, Reise SP. *Item response theory for psychologists*. Psychology Press; 2013 Sep 5. https://books.google.com/books?id=AcWQtfGjCawC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

35- Reckase MD, Reckase MD. *Unidimensional item response theory models*. Multidimensional item response theory. 2009: 11-55. https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-89976-3

36- Golino HF, Epskamp S. Exploratory graph analysis: A new approach for estimating the number of dimensions in psychological research. *PloS one*. 2017 Jun 8; 12(6):e0174035. doi:10.1371/journal.pone.0174035

37- Farahani, H. Network analysis in psychological research with application and interpretation of R software. *Clinical Psychology and Personality*, 2021; 19(1): 193-200. https://doi.org/10.22070/cpap.2021.13734.1037 **[In Persian]**

38- Von Davier AA, Mislevy RJ, Hao J, editors. Computational psychometrics: New methodologies for a new generation of digital learning and assessment: With examples in R and Python. Springer Nature; 2022. https://www.google.com/books/edition/Computational_Psychometrics_New_Methodol/Q2dXEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=0

39- Schafer JL, Graham JW. Missing data: Our view of the state of the art. *Psychol Methods*. 2002; 7 (2): 147-77. https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.2.147

40- Rosseel Y. lavaan: An R package for structural equation modeling. *J Stat Softw*. 2012; 48(2): 1-36. https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02

41- Van Buuren S. *Flexible imputation of missing data*. 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2018. https://doi.org/10.1201/9780429492259

42- Graham JW. *Missing data analysis: Making it work in the real world*. *Annu Rev Psychol*. 2009; 60: 549-76. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530

43- Yousefi, N., Pirkhaefi, A.R. Rasch Model Analysis of the Psychometric Properties of the Positive Mental Health Scale in Students. *Clinical Psychology and Personality*, 2024; 22(2): 341-366. https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17331.1323. **[In Persian]**

44- Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2016. ISBN: 9781462523346

45- Maydeu-Olivares A. Goodness-of-fit assessment of item response theory models. *Measurement: Interdisciplinary Research & Perspective*. 2013; 11(3): 71-101. https://doi.org/10.1080/15366367.2013.831680

46- Roberti JW, Harrington LN, Storch EA. Further psychometric support for the 10-item version of the Perceived Stress Scale. *J Coll Couns*. 2006; 9(2): 135–147. https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2006.tb00100.x

47- Yarkoni T, Westfall J. Choosing prediction over explanation in psychology: Lessons from machine learning. *Perspect Psychol Sci*. 2017; 12(6): 1100–1122. https://doi.org/10.1177/1745691617693393

48- Chen J, Ding C, Zhang J, Shi Y. Machine learning in psychometrics: Applications and prospects. *Front Psychol*. 2020;11: 583. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00583

## پیوست ۱. مقیاس استرس ادراک شده (PSS-10)

| | |
|---|---|
| ۱ | در طول یک ماه گذشته، چند بار به دلیل اتفاقی غیرمنتظره ناراحت شده‌اید؟ |
| ۲ | در طول یک ماه گذشته، چند بار احساس کرده‌اید قادر به کنترل مسائل مهم زندگی‌تان نیستید؟ |
| ۳ | در طول یک ماه گذشته، چند بار احساس عصبانیت یا استرس داشته‌اید؟ |
| ۴ | در طول یک ماه گذشته، چند بار احساس کرده‌اید در حل مشکلات شخصی خود توانایی دارید؟ |
| ۵ | در طول یک ماه گذشته، چند بار احساس کرده‌اید اوضاع بر وفق مراد شما پیش می‌رود؟ |
| ۶ | در طول یک ماه گذشته، چند بار احساس کرده‌اید نمی‌توانید از عهده کارهایی که باید انجام دهید برآیید؟ |
| ۷ | در طول یک ماه گذشته، چند بار توانسته‌اید ناراحتی‌ها یا دلخوری‌های زندگی‌تان را کنترل کنید؟ |
| ۸ | در طول یک ماه گذشته، چند بار احساس کرده‌اید اوضاع زندگی را در دست دارید؟ |
| ۹ | در طول یک ماه گذشته، چند بار به‌خاطر مسائلی که خارج از کنترل شما بوده‌اند عصبانی شده‌اید؟ |
| ۱۰ | در طول یک ماه گذشته، چند بار احساس کرده‌اید مشکلات آن‌قدر زیاد هستند که قادر به غلبه بر آن‌ها نیستید؟ |

نکته: گویه‌های ۴، ۵، ۷ و ۸ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۶۲-۲۵۱**
DOI: 10.22070/cpap.2025.18954.1516

**مقاله پژوهشی**

# بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ( اعتبار و پایایی) پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI)

**نویسندگان**

**حمید یعقوبی [۱]، سمانه نوری [۲]، روح اله عباسی [۳*]**

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
yaghubi@shahed.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
Samane.n.psy@gmail.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

**چکیده**

**مقدمه:** استرس یکی از واقعیت‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی امروز و منشأ بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی است. یکی از انواع استرس، استرس دانشجویی است که می‌تواند موجب کاهش کارایی افراد شود؛ بنابراین وجود ابزاری معتبر که بتواند میزان استرس دانشجویان را اندازه‌گیری کند و در مراکز مشاوره دانشجویی مورد استفاده قرار بگیرد، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به نبود چنین ابزاری، هدف این پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI) در ایران است.

**روش:** این پژوهش، یک مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی است. نمونه پژوهش شامل ۴۴۱ نفر از دانشجویان ایرانی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های استرس دانشجویی (SSI) و مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) را تکمیل کردند. اعتبار این پرسش‌نامه به‌وسیله اعتبار همگرا با مقیاس DASS-21 و تحلیل عاملی تأییدی اندازه‌گیری شده است. همچنین، پایایی آن با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و دو نیمه‌سازی ارزیابی شد.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد، ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون ۰/۶۴ بود. همچنین، ضریب همبستگی اعتبار همگرا بین پرسش‌نامه‌های SSI و DASS-21، ۰/۸۰ به دست آمد که رابطه را قوی و معنادار مثبت نشان می‌دهد. همچنین، تحلیل عاملی تأییدی نشان از برازش خوب ساختار عاملی این پرسش‌نامه دارد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این پژوهش، نسخه فارسی پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI) می‌تواند به‌عنوان ابزاری معتبر و پایا برای سنجش میزان استرس دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۲/۲۸

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۴/۰۸/۲۱

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

استرس دانشجویی، تحلیل عاملی تأییدی، اعتبار، پایایی

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

abbasi.ro@shahed.ac.ir

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۶۲-۲۵۱
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 251-262

## مقدمه

استرس نحوۀ واکنش فرد در برابر موقعیت تهدیدکننده است و می‌توان آن را پاسخی دانست که فرد برای انطباق با یک وضعیت غیرمعمول از خود بروز می‌دهد [۱]. سلیه[1] برای نخستین بار مفهوم استرس را در حوزه روان‌سنجی وارد کرد و ازاین‌رو به‌عنوان بنیان‌گذار نظریه استرس شناخته می‌شود [۲]. بعد از سلیه، پژوهشگران دیگری نیز تلاش کردند روش‌هایی برای اندازه‌گیری استرس بیابند [۳]. استرس یک واقعیت غیرقابل انکار است که تمامی افراد در طول زندگی خود آن را تجربه می‌کنند [۴،۵] و می‌تواند باعث رفتار و خلق ناخوشایند در افراد بشود [۶]. طبق گفتۀ لانگ[2] ۵۰-۸۰٪ بیماری‌های عصر حاضر از استرس نشأت می‌گیرند [۷]. همسو با پژوهش لانگ، بلوم[3] نیز در تحقیقاتش بیان می‌کند ۷۵٪ بیماری‌های روانی عصر حاضر با استرس مرتبط هستند [۸]. براساس پژوهش‌های انجام شده، استرس مزمن سیستم ایمنی بدن را ضعیف می‌کند و احتمال بروز بیماری‌های قلبی عروقی، اعتیاد به مواد مخدر و افسردگی را افزایش می‌دهد [۹]. از جمله پیامدهای جسمی و روانی دیگر استرس می‌توان به دیابت، تومورها، آسم، خستگی جسمی، اختلال گوارشی، بی‌خوابی، سوزش معده، میل به سیگار، احساس سرگیجه، تمایل به تنهایی، خشم و پرخاشگری و از دست دادن تمرکز اشاره کرد [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳]. تحقیقات نشان می‌دهد که میزان استرس در جهان در حال افزایش است. مطالعه استرس در آمریکا نشان می‌دهد ۴۴٪ مردم باور دارند که در حال حاضر میزان استرس‌شان نسبت به گذشته افزایش‌یافته است [۱۴]. طبق بررسی‌ها در ایران نیز شیوع کلی علائم روانی و جسمانی ناشی از استرس ۶۱٪ گزارش شده است [۱۵]. افراد در موقعیت‌های متفاوتی استرس را تجربه می‌کنند؛ یکی از این موقعیت‌ها، دوران دانشجویی است [۱۶]. به نظر می‌رسد استرس در زندگی دانشجویی جزئی جدانشدنی محسوب شود [۱۷]. چنانچه آریپ[4] نیز در تحقیقات خود دریافت که حدود ۸۵٪ از دانشجویان، در معرض استرس قرار دارند [۱۸]. بک[5] معتقد است دانشجویان در زمینه مسائل درسی و آموزشی استرس زیادی را تجربه می‌کنند [۱۹،۲۰]. آن‌ها به صورت مداوم در معرض رقابت با همسالان، مشغولیت ذهنی مداوم برای موفق شدن و نگرانی برای آینده هستند و این موارد تأثیر جدی بر عملکرد روزانۀ آن‌ها می‌گذارد [۲۱]. با توجه به این نکته که افراد در دوران دانشجویی فرایند اطمینان به خود را می‌گذرانند میزان بالای استرس می‌تواند اثرات نامطلوبی بر زندگی و کیفیت تحصیلی آن‌ها بگذارد. در این زمینه، تحقیقات نشان داده‌اند که عواملی مانند بار درسی، انتظارات والدین و فشارهای اجتماعی می‌توانند به طور قابل توجهی بر میزان استرس دانشجویان تأثیر بگذارند [۲۲]. در یک مطالعه دیگر، مقایسه‌ای بین میزان استرس در دبیران تربیت بدنی و سایر دبیران انجام شد که نتایج نشان داد دبیران تربیت بدنی به دلیل فشارهای جسمی و روانی ناشی از مسئولیت‌های آموزشی و نیاز به حفظ سلامت جسمانی، سطوح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند [۲۳]. این یافته‌ها می‌توانند به درک بهتر از منابع استرس در محیط‌های آموزشی کمک کنند و لزوم توجه به سلامت روانی معلمان و دبیران را برجسته سازند. از آنجا که برخی از اختلالات روان‌شناختی، نخستین مراحل خود را در دوران دانشجویی نشان می‌دهند، از این رو شناسایی و کنترل استرس در دوران دانشجویی امری ضروری به نظر می‌رسد[۲۴]. مدیریت استرس و کاهش فشار روانی نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری احساس مسئولیت و همکاری افراد در محیط جامعه خواهد داشت [۲۵]. اغلب حالت روانی ناخوشایند ناشی از استرس با استفاده از آزمون‌ها و مقیاس‌هایی سنجیده می‌شود، تا میزان استرسی که فرد تجربه می‌کند را ارزیابی نماید، با این وجود هنوز تعداد کمی از این ابزارهای معتبر برای ارزیابی استرس و به ویژه استرس دوران دانشجویی وجود دارد [۲۶].

یکی از ابزارهای رایج سنجش استرس پرسش‌نامه رویدادهای زندگی هولمز و راهه(۱۹۶۷) است. این پرسش‌نامه بیشتر برای زندگی افراد شاغل و متأهل طراحی شده است و با توجه به این‌که ارزیابی استرس در بافتی که فرد در آن قرار دارد حائز اهمیت است و موقعیت‌های تنش‌زا برای یک دانشجو کاملاً متفاوت از یک فرد شاغل و متأهل است؛ از این رو استفاده از این آزمون برای ارزیابی استرس دانشجویی مناسب نیست [۲۷]. ابزار دیگری که برای سنجش میزان استرس دانشجویی می‌توان به آن اشاره کرد؛

1 . Selye
2 . Long
3 . Blum
4 . Arip
5 . Beck

پرسش‌نامه میزان استرس دانشجویی بخشی‌پور و همکاران است که شامل ۵۱ گویه و ۹ خرده مقیاس است که ۵ خرده مقیاس آن به منابع استرس اشاره دارد و ناکامی، تعارض، فشار، تغییرات و قیود درونی به استرس را می‌سنجد و برای واکنش نسبت به استرس نیز ۴ خرده مقیاس فیزیولوژیکی، هیجانی، رفتاری و شناختی دارد. با توجه به حجم سوالات پرسش‌نامه و ارتباط جزئی ابعاد آن با زندگی دانشجویی، استفاده از این ابزار در پژوهش‌ها برای سنجش میزان استرس دانشجویی با چالش مواجه است [۲۸]. پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI) آریپ دارای ۴۰ گویه است و برای سنجش سطح استرس دانشجویان در چهار حوزه شامل استرس فیزیکی، روابط بین فردی، استرس تحصیلی و تنش محیطی طراحی شده است که به نظر با ابعاد زندگی دانشجویان مرتبط‌تر است[۱۸]. در مجموع، بعد از بررسی پیشینه پژوهش و نیازهای پژوهشی داخلی، پرسش‌نامه استرس دانشجویی(SSI) آریپ در بین دانشجویان ایرانی، اعتبارسنجی شد.

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است؛ زیرا با استفاده از همبستگی آماری بین نتایج حاصل از این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه DASS-21 و نیز به کارگیری آزمون‌های آماری، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامهٔ استرس دانشجویی (SSI) بررسی شد.

### آزمودنی

**الف. جامعه‌ی آماری:** جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل دانشگاه شاهد و دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند.

**ب. نمونه پژوهش:** حجم نمونه لازم، با توجه به پیشنهاد Jobst و همکاران، حداقل ۲۰۰ نفر است (۲۹). بر این اساس، ۴۴۱ نفر دانشجو، متشکل از ۳۱۶ دانشجوی دختر و ۱۲۵ دانشجوی پسر، به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند.

### ابزارهای پژوهش

**الف. پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI)**

پرسش‌نامه استرس دانشجویی در سال ۲۰۱۵ م. توسط آریپ طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ گویه و ۴ خرده مقیاس است که برای اندازه‌گیری استرس در سطوح فیزیکی، روابط میان فردی، تحصیلی و محیطی طراحی‌شده است. هریک از این چهار خرده مقیاس شامل ۱۰ ماده است که بر روی طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای از هیچ‌وقت (۱) تا همیشه (۴) پاسخ داده می‌شود و نمره نهایی هر خرده مقیاس از مجموع نمرات گویه‌های مربوط به آن به دست می‌آید. نمره کل این پرسش‌نامه از ۴۰ تا ۱۶۰ در نوسان می‌باشد. تفسیر نمره کل به این صورت است که اگر نمره فرد بین ۴۰ تا ۸۰ باشد، استرس فرد پایین است. اگر بین محدوده ۸۱ تا ۱۲۱ باشد، استرس فرد متوسط و اگر بین ۱۲۲ تا ۱۶۰ باشد، استرس فرد بالا تلقی می‌شود. خرده مقیاس استرس فیزیکی علائمی مانند سردرد، کمردرد، مشکل خواب، تنگی نفس، درد معده، احساس خستگی، نگرانی بیش از حد، تعریق دست‌ها، سرماخوردگی و کاهش وزن را می‌سنجد. در خرده مقیاس دوم به استرس فرد هنگام ارتباط‌گیری با دیگران، روابط فرد با خانواده و به خصوص پدر و مادرش پرداخته می‌شود؛ استرس دانشجویان هنگام امتحان، استرس هنگام ارائه‌های کلاسی، رقابت بر سر نمرات، مشکل در تأمین هزینه‌های دانشگاه و افزایش حجم کار به همراه مسئولیت‌های جدید، گویه‌های خرده مقیاس تحصیلی را تشکیل می‌دهند؛ در خرده مقیاس آخر نیز نمونه‌هایی از استرس‌های محیطی مانند شرایط نامناسب زندگی، سروصدای زیاد، آلودگی هوا، امکانات ناکافی دانشگاه، ترافیک و رفت‌وآمد سخت به دانشگاه بررسی می‌شود. آریپ برای سنجش اعتبار محتوا از آلفای کرونباخ استفاده کرد و مقدار آن برای مقیاس کلی استرس دانشجویی (۰/۸۰۵)، اعتبار بالایی محسوب می‌شد. اعتبار هر یک از خرده مقیاس‌ها نیز عبارت است از: فیزیکی (۰/۸۰۷)، بین فردی (۰/۷۸۹)، تحصیلی (۰/۸۲۲) و محیطی (۰/۸۰۲). او ضریب پایایی پرسش‌نامه را در مقیاس کلی ۰/۸۵۷ به دست آورد که نشان از پایایی کافی پرسش‌نامه است [۱۸].

**ب. مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21)**

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس برای بررسی اعتبار همگرا با پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI) در نظر گرفته شد. این مقیاس را لوی باند[1] و لوی باند [۳۰] معرفی

1 . Lovibond

این مقیاس ۲ فرم دارد؛ یک فرم بلند ۴۲ گویه‌ای و یک فرم کوتاه ۲۱ گویه‌ای؛ این فرم شامل ۳ خرده مقیاس برای سنجش حالت‌های افسردگی، اضطراب و استرس است. هریک از این خرده مقیاس‌ها، ۷ گویه دارند که بر روی طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای (صفر تا سه) از (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند: صفر) تا (خیلی زیاد در مورد من صادق است: سه) پاسخ داده می‌شود و مجموع نمرات هریک از خرده مقیاس‌ها با جمع مواد مربوط به آن به دست می‌آید [۳۱].

لوی باند و لوی باند برای سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، آن را روی یک نمونه غیر بالینی ۲۹۱۴ نفری اجرا کردند و پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه کردند؛ نتایج حاصل برای افسردگی: ۰/۹۱، اضطراب: ۰/۸۴ و برای استرس: ۰/۹۰ به دست آمد [۳۰]. در ایران نیز اصغری مقدم و همکاران[۳۲] به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم بلند این پرسش‌نامه پرداختند و همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب: ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۹۰/. به دست آوردند. اعتبار و پایایی فرم کوتاه مقیاس DASS را صاحبی و همکاران[۳۳] بررسی کردند، آن‌ها نیز همسانی درونی مقیاس‌ها را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های افسردگی: ۰/۷۷، اضطراب: ۰/۷۹ و تنیدگی: ۰/۷۸ به دست آوردند.

### شیوه انجام پژوهش

نخست، پرسش‌نامه استرس دانشجویی(SSI) توسط پژوهشگر به فارسی ترجمه شد. سپس به منظور بررسی بیشتر و مقایسه آن با نسخه انگلیسی، ترجمه به مترجم دیگری ارسال شد و مشکلات ترجمه آن برطرف گردید. با توجه به تعطیلی دانشگاه‌ها در دوران کرونا و همچنین به منظور تسهیل پاسخگویی شرکت‌کنندگان، نسخه آنلاین پرسش‌نامه تهیه شد و از طریق گروه‌های مجازی مربوط به دانشگاه‌ها در اختیار دانشجویان قرار گرفت. دانشجویان نیز به شکل داوطلبانه به پرسش‌نامه آن پاسخ دادند. در این پژوهش، اصول اخلاقی مورد نیاز ازجمله آگاهی کامل شرکت‌کنندگان از روند اجرای پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها رعایت شد؛ به این صورت که پرسش‌نامه‌ها به‌صورت بی‌نام پاسخ داده شدند و امکان شناسایی شرکت‌کنندگان هنگام تحلیل داده‌ها نیز ممکن نبود.

### شیوه تحلیل داده‌ها

پس از پاسخ‌گویی ۵۳۲ نفر از افراد به پرسش‌نامه، بررسی داده‌ها آغاز شد، پاسخ‌نامه‌های ناکامل، پاسخ‌نامه افراد غیر دانشجو و داده‌های پرت مبتنی بر شاخص ماهالانوبیس شناسایی شدند و در نهایت ۴۴۱ نفر از مجموع داده‌های حذف شده باقی ماندند که تحلیل نتایج آن‌ها از طریق نرم‌افزارSPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ انجام گرفت. پایایی این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی و به شیوهٔ آلفای کرونباخ و نیز دونیمه‌سازی مورد سنجش قرار گرفت. اعتبار داده‌ها نیز با استفاده از روش اعتبار همگرا با مقیاس DASS-21 و تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد.

## نتایج

یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان داد، تعداد کل آزمودنی‌ها ۴۴۱ نفر بود که از این تعداد ۳۱۶ نفر (۷۱/۷درصد) خانم و ۱۲۵ نفر (۲۸/۳درصد) مرد بودند که همگی دانشجو و ۳۶۲ نفر(۸۲/۱ درصد) آن‌ها مجرد و ۷۹ نفر(۱۷/۹ درصد) آن‌ها متأهل بودند. رشته تحصیلی این دانشجویان به ترتیب از بیشترین به کمترین شامل: ۱۹۴ نفر(۴۴ درصد) انسانی، ۱۴۱ نفر(۳۲ درصد) علوم پایه، ۷۰ نفر(۱۵/۹ درصد) فنی - مهندسی ، ۳۱ نفر(۷ درصد) پزشکی و پیراپزشکی و ۵ نفر(۱/۱ درصد) هنر بود.

**جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی در متغیرهای پژوهش**

| متغیر | مؤلفه | شاخص‌های آمار توصیفی | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | کمینه | بیشینه | میانگین نمونه | انحراف استاندارد | کجی | کشیدگی |
| پرسش‌نامه استرس دانشجویی SSI | استرس فیزیکی | ۱۰ | ۳۳ | ۱۸/۲۶ | ۴/۲۸ | ۰/۷۹ | ۰/۹۴ |
| | روابط بین فردی | ۱۰ | ۳۲ | ۱۸/۴۹ | ۴/۵۸ | ۰/۶۲ | -۰/۰۷ |
| | استرس تحصیلی | ۱۰ | ۳۷ | ۲۱/۸۵ | ۵/۶۵ | ۰/۱۹ | -۰/۴۸ |

**ادامه جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی در متغیرهای پژوهش**

| متغیر | مؤلفه | شاخص‌های آمار توصیفی | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | کمینه | بیشینه | میانگین نمونه | انحراف استاندارد | کجی | کشیدگی |
| پرسش‌نامه استرس دانشجویی SSI | تنش محیطی | ۱۰ | ۳۲ | ۲۰/۵۷ | ۴/۹۸ | ۰/۳۲ | -۰/۴۹ |
| | نمره کلی | ۴۲ | ۱۲۳ | ۷۹/۱۸ | ۱۵/۶۵ | ۰/۳۹ | -۰/۰۸ |
| پرسش‌نامه DASS-21 | افسردگی | ۰ | ۱۹ | ۵/۸۷ | ۴/۹۳ | ۰/۸۱ | -۰/۱۹ |
| | اضطراب | ۰ | ۱۹ | ۴/۶۱ | ۴/۱۴ | ۱/۲۹ | ۱/۶۳ |
| | استرس | ۰ | ۱۹ | ۷/۹۲ | ۴/۵۰ | ۰/۳۴ | -۰/۵۱ |
| | نمره کلی | ۰ | ۶۷ | ۸/۴۵ | ۱۲/۴۲ | ۰/۸۳ | ۰/۴۱ |

طبق اطلاعات موجود در جدول ۱ و با توجه به مقادیر کشیدگی و چولگی می‌توان گفت که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال تبعیت می‌کنند.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقدار آلفای کل برای این پرسش‌نامه در تمام مؤلفه‌ها ۰/۷ است که مقدار بالا و قابل قبولی است[۳۴]. در تمام موارد همبستگی بین دو نیمه بالا ۰/۵ است که مقدار مناسبی است؛ بنابراین این پرسش‌نامه از پایایی خوبی برخوردار است. مقدار آلفای هر خرده مقیاس در این پژوهش در مقایسه با مقدار آلفایی که آریپ برای هرخرده مقیاس به دست آورده بسیار نزدیک می‌باشد.

**اعتبار**

**جدول ۲ ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و دو نیمه سازی آزمون برای پرسش‌نامه**

| شاخص | خرده مقیاس‌ها | آلفای دو نیمه | | همبستگی بین دو نیمه | اسپیرمن براون | آلفای کل | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | نیمه اول | نیمه دوم | | | این پژوهش | پژوهش اصلی(آریپ) |
| پرسش‌نامه استرس دانشجویی SSI | استرس فیزیکی | ۰/۶۶ | ۰/۶۲ | ۰/۵۶ | ۰/۷۲ | ۰/۷۷ | ۰/۸۰ |
| | روابط بین فردی | ۰/۶۴ | ۰/۶۱ | ۰/۵۲ | ۰/۶۸ | ۰/۷۵ | ۰/۷۹ |
| | استرس تحصیلی | ۰/۷۳ | ۰/۷۷ | ۰/۷۳ | ۰/۸۴ | ۰/۸۵ | ۰/۸۲ |
| | تنش محیطی | ۰/۶۶ | ۰/۶۳ | ۰/۵۷ | ۰/۷۳ | ۰/۷۷ | ۰/۸۰ |
| | نمره کلی | ۰/۸۴ | ۰/۸۸ | ۰/۶۴ | ۰/۷۸ | ۰/۹۱ | ۰/۸۰ |

**جدول ۳: ماتریس همبستگی بین خرده مقیاس‌های دو پرسش‌نامه و نمره کلی آن‌ها**

| | ۱ | ۲ | ۳ | ٤ | ٥ | ٦ | ۷ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱. خرده مقیاس استرس فیزیکی | ۱ | | | | | | |
| ۲. خرده مقیاس استرس بین فردی | ۰/۵۶۸** | ۱ | | | | | |
| ۳. خرده مقیاس استرس تحصیلی | ۰/۴۴۸.** | ۰/۵۳۰** | ۱ | | | | |
| ۴. خرده مقیاس استرس محیطی | ۰/۵۰۴** | ۰/۵۲۹** | ۰/۵۶۸.** | ۱ | | | |
| ۵. نمره کل پرسش‌نامهSSI | ۰/۷۶۲** | ۰/۸۰۸** | ۰/۸۱۹** | ۰/۸۱۶** | ۱ | | |
| ۶. خرده مقیاس استرس | ۰/۶۳۸** | ۰/۶۳۴** | ۰/۶۲۵** | ۰/۵۶۸** | ۰/۷۶۶** | ۱ | |
| ۷. نمره کل پرسش‌نامهDASS21 | ۰/۷۲۶** | ۰/۶۷۳** | ۰/۶۰۷** | ۰/۵۸۸** | ۰/۸۰۲** | ۰/۹۱۳** | ۱ |

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۶۲-۲۵۱
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 251-262

در این پژوهش به منظور بررسی اعتبار پرسش‌نامه از اعتبار همگرا با پرسش‌نامه DASS-21 و نیز تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.

در جدول ۳، ضرایب همبستگی بین دو پرسش‌نامه DASS-21 و استرس دانشجویی و مؤلفه‌های آن‌ها ارائه شده است که حاکی از ارتباط مثبت و معنادار قوی بین این دو پرسش‌نامه است. نمره کلی این دو پرسش‌نامه همبستگی برابر با ۰/۸۰ بود که نشان‌دهندهٔ رابطه قوی و معنادار مثبت بین آن‌ها است.

به منظور بررسی اعتبار سازه، پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI) تحلیل عاملی تأییدی روی ۴ عامل اصلی (استرس فیزیکی، استرس بین فردی، استرس تحصیلی و استرس محیطی) انجام شد و نتایج آن در جدول ۴ و شکل ۱ آمده است.

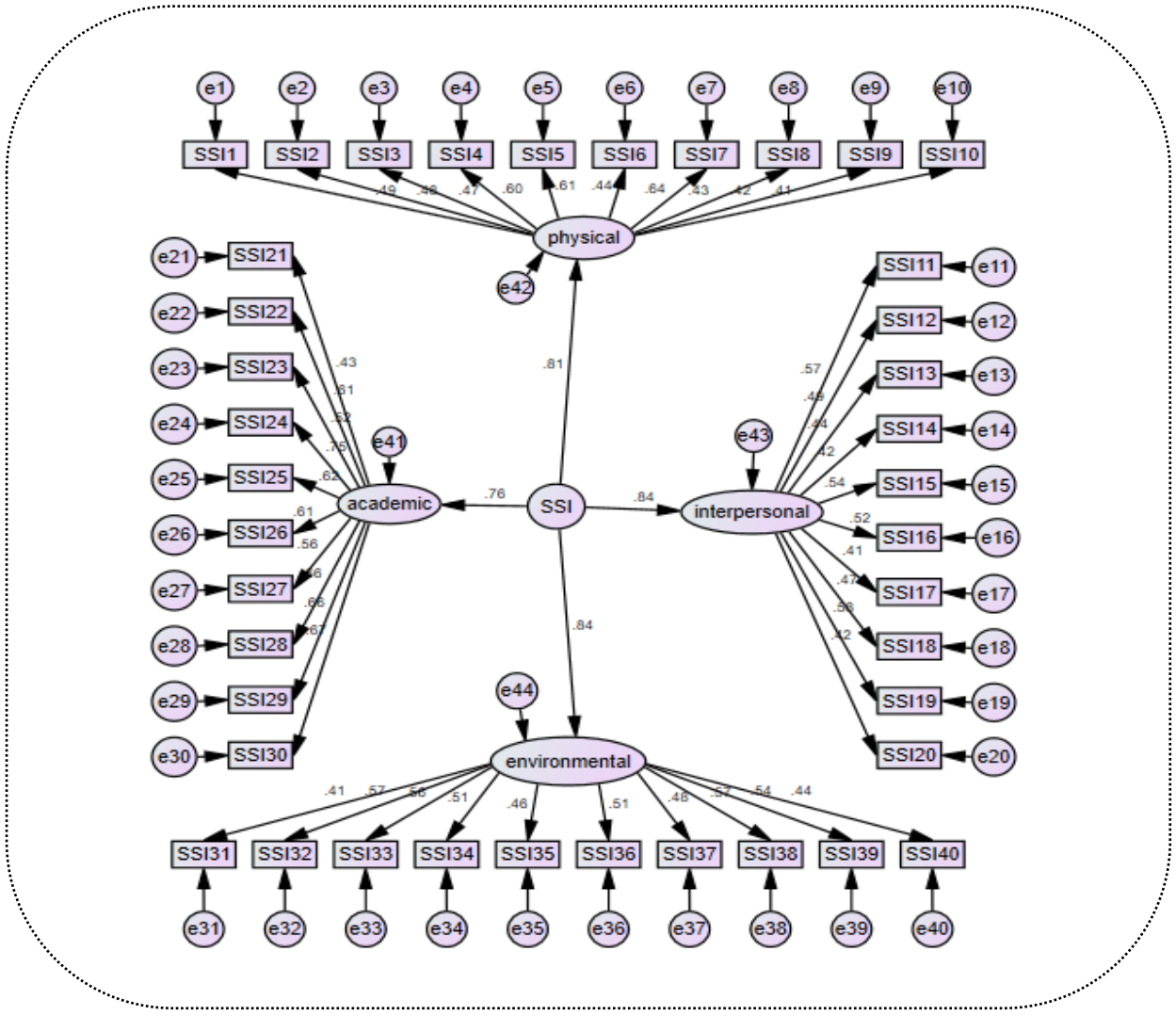
**جدول ۴: بار عاملی هر پرسش با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی**

| سوال | بار عاملی | پرسش | بار عاملی |
|---|---|---|---|
| ۱. معمولاً احساس سردرد دارم. | ۰/۴۸۸ | ۲۱. مشکلات مالی ناشی از تأمین هزینه‌های دانشگاه، مرا اذیت می‌کنند. | ۰/۴۲۶ |
| ۲. معمولاً احساس کمردرد دارم. | ۰/۴۷۵ | ۲۲. برایم دشوار است که بتوانم وقت لازم برای مطالعه و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی اختصاص دهم. | ۰/۶۰۵ |
| ۳. معمولاً مشکل خواب دارم. | ۰/۴۷۳ | ۲۳. من هنگام ارائه‌های کلاسی، احساس دستپاچگی می‌کنم. | ۰/۵۱۶ |
| ۴. معمولاً مشکل در تنفس دارم. | ۰/۵۹۶ | ۲۴. احساس می‌کنم زمانی که مهلت تحویل تکالیف نزدیک می‌شود، استرس می‌گیرم. | ۰/۷۴۸ |
| ۵. معمولاً بیش‌ازحد نگران هستم. | ۰/۶۰۷ | ۲۵. در جلسه امتحان استرس دارم. | ۰/۶۲۳ |
| ۶. معمولاً درد معده یا حالت تهوع دارم. | ۰/۴۴۴ | ۲۶. به‌سختی می‌توانم زمانم را بین مطالعه و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی تقسیم کنم. | ۰/۶۱۲ |
| ۷. معمولاً احساس خستگی می‌کنم. | ۰/۶۳۹ | ۲۷. علاقه‌ام را به درس‌هایی که می‌گذرانم از دست می‌دهم. | ۰/۵۶۰ |
| ۸. معمولا دست‌هایم عرق می‌کنند. | ۰/۴۳۳ | ۲۸. من ازنظر حجم کار دانشگاهی احساس فشار می‌کنم. | ۰/۶۶۴ |
| ۹. معمولاً بیماری سرماخوردگی یا آنفولانزا یا تب مکرر دارم. | ۰/۴۱۹ | ۲۹. وقتی به موضوع دشواری برمی‌خورم استرس می‌گیرم. | ۰/۶۶۲ |
| ۱۰. معمولاً وزنم کاهش می‌یابد. | ۰/۴۰۶ | ۳۰. من به‌سختی می‌توانم از عهده مسائل تحصیلی‌ام برآیم. | ۰/۶۷۴ |
| ۱۱. برآورده کردن انتظارات بالای والدینم برایم دشوار است. | ۰/۵۶۵ | ۳۱. در ایاب و ذهاب به دانشگاه مشکل دارم. | ۰/۴۱۲ |
| ۱۲.پدر و مادرم با من به‌عنوان یک فرد درمانده رفتار می‌کنند. | ۰/۴۹۲ | ۳۲. من به خاطر شرایط بد زندگی در خوابگاه، استرس می‌گیرم. | ۰/۵۷۲ |
| ۱۳. اگر نتوانم امید والدینم را برآورده کنم احساس گناه می‌کنم. | ۰/۴۴۱ | ۳۳. سروصداهای اطراف حواس مرا پرت می‌کند. | ۰/۵۶۳ |
| ۱۴. والدین من بیش از اندازه خواستار موفقیت من هستند. | ۰/۴۱۶ | ۳۴. آلودگی هوا مرا اذیت می‌کند. | ۰/۵۰۵ |
| ۱۵. من برای انجام تکالیف تحصیلی‌ام، به‌سختی یک هم‌گروهی پیدا می‌کنم. | ۰/۵۴۴ | ۳۵. هوای گرم یا هوای سرد نمی‌گذارد من بیرون بروم. | ۰/۴۶۴ |
| ۱۶. دوستانم به من اهمیت نمی‌دهند. | ۰/۵۲۰ | ۳۶. شرایط نامناسب زندگی حواسم را از درس‌ومشق پرت می‌کند. | ۰/۵۱۲ |
| ۱۷. هنگامی‌که با دوستم (از جنس مخالف) به مشکل برمی‌خورم احساس آشفتگی می‌کنم. | ۰/۴۰۷ | ۳۷. من به خاطر امکانات ناکافی دانشگاه، احساس ناکامی می‌کنم. | ۰/۴۷۷ |
| ۱۸. خانواده من پشتیبان من نیستند. | ۰/۴۷۰ | ۳۸. شلوغی و ترافیک باعث می‌شود احساس ناراحتی کنم. | ۰/۵۶۶ |

**ادامه جدول ۴: بار عاملی هر پرسش با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی**

| سوال | بار عاملی | پرسش | بار عاملی |
|---|---|---|---|
| ۱۹. استادانم حامی من نیستند. | ۰/۵۸۵ | ۳۹. انتظار کشیدن در صف‌های طولانی باعث می‌شود احساس ناراحتی کنم. | ۰/۵۳۶ |
| ۲۰. به خاطر ناهماهنگی‌های مدیریتی دانشکده، احساس ناکامی می‌کنم. | ۰/۴۲۲ | ۴۰. من از بودن در مکان‌های ناامن می‌ترسم. | ۰/۴۳۶ |
| خرده مقیاس استرس فیزیکی | ۰/۸۰۹ | خرده مقیاس استرس تحصیلی | ۰/۷۵۹ |
| خرده مقیاس استرس بین فردی | ۰/۸۴۲ | خرده مقیاس استرس محیطی | ۰/۸۳۸ |

با توجه به نتایج به دست آمده که در جدول مشاهده می‌شود، بار عاملی تمام پرسش‌ها، بالای ۰/۴ است و این مقدار نشان دهنده این مسئله است که می‌توان تمامی گویه‌ها را در تحلیل نگه داشت[۳۴]. همچنین، خرده مقیاس‌های استرس فیزیکی، استرس بین فردی، استرس تحصیلی و استرس محیطی به ترتیب بار عاملی ۰/۸۰۹، ۰/۸۴۲، ۰/۷۵۹ و ۰/۸۳۸ دارند.




**شکل ۱. ساختار عاملی تأییدی برای پرسش‌نامه استرس دانشجویی**

ساختار عاملی تأییدی نشان داده شده در شکل ۱ بیانگر برازش خوب مدل موجود است و با توجه به شاخص‌های برازش که در جدول ۵ ارائه شده است؛ می‌توان درباره برازش مدل به نتیجه نهایی رسید.

**جدول ۵. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم پرسش‌نامه استرس دانشجویی**

| شاخص‌های برازش | نام شاخص | مقدار | حد مطلوب | وضعیت |
|---|---|---|---|---|
| CMIN/DF | نسبت کای دو به درجه آزادی | ۲/۹۴ | ≤۳ | مطلوب |
| RMR | ریشه میانگین مربعات باقی مانده | ۰/۰۴ | <۰/۰۵ | مطلوب |
| PCFI | شاخص برازش تطبیقی مقتصد | ۰/۶۸ | ≥۰/۶ | مطلوب |
| CFI | شاخص برازش تطبیقی | ۰/۷۷ | ≥۰/۹ | نامطلوب |
| PRATIO | نسبت مقتصد بودن | ۰/۹۴ | ≥۰/۵۰ | مطلوب |
| RMSEA | ریشه میانگین مربعات خطای برآورد | ۰/۰۶۷ | ≤۰/۰۸ | مطلوب |

طبق اطلاعات جدول ۵، مدل تحلیل عاملی مرتبه دوم پرسش‌نامه استرس دانشجویی به شکلی که در این پژوهش استفاده‌شده است، از برازش خوبی برخوردار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

استرس را می‌توان فرایندی تعریف کرد که به دستاوردها، سرگرمی‌ها و آرامش دانشجویان آسیب می‌رساند و موجب کاهش انرژی آنان می‌شود[۳۵]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح بالای استرس با عملکرد تحصیلی ضعیف ارتباط دارد. براساس نتایج این پژوهش‌ها، استرس زمانی ایجاد می‌شود که فرد تقاضاهای محیطی را تهدیدی برای آرامش خود می‌بیند[۳۶]. آریپ، پرسش‌نامه‌ای برای سنجش استرس دانشجویی طراحی کرد که دارای ۴ بعد استرس فیزیکی، استرس بین فردی، استرس تحصیلی و استرس محیطی است. خرده مقیاس استرس فیزیکی، علائم جسمانی مانند سردرد و مشکلات خواب را می‌سنجد. در خرده مقیاس دوم، عمدتاً به استرس فرد هنگام برقراری ارتباط با دوستان و استادانش در محیط دانشگاه بررسی می‌شود؛ استرس دانشجویان هنگام امتحان، احساس فشار ناشی از حجم کارهای دانشگاهی و مشکلات تأمین هزینه‌های تحصیلی، گویه‌های خرده مقیاس استرس تحصیلی را تشکیل می‌دهند. در خرده مقیاس چهارم نیز عوامل محیطی استرس‌زا مانند شلوغی زیاد، آلودگی هوا و انتظار کشیدن در صف‌های طولانی و ترس از بودن در مکان‌های ناامن، سنجیده می‌شود[۱۸].

پژوهش حاضر، با هدف اعتبارسنجی پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI) در بین دانشجویان ایرانی انجام شد. شرکت‌کنندگان این پژوهش، ۴۴۱ نفر از دانشجویان ایرانی هستند که برای بررسی اعتبار نتایج از روش اعتبار همگرا با پرسش‌نامه DASS-21 و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. نتایج حاصل از بررسی‌ها نشان داد ضریب همبستگی بین نمره کل دو پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI) و پرسش نامه DASS-21 برابر ۰/۸۰ بود. همچنین، ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه استرس دانشجویی و پرسش‌نامه DASS-21 بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۴ است. در ادامه، برای بررسی روایی سازه، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. مطابق نتایج این تحلیل، برازش مدل در ۵ عامل تأیید شد و بارهای عاملی ابعاد پرسش‌نامه و نمره کل در فاصله ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ قرار داشت. همچنین، پس از تحلیل تک تک نشانگرها با ابعاد چهارگانه پرسش‌نامه، بارهای

عاملی تمامی گویه‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۸ به دست آمد. مطابق توصیه‌های فراهانی و روشن دربارۀ برازش ساختارهای عاملی، ساختار عاملی نسخه اصلی پرسش‌نامه با برازش مطلوب در نسخه ایرانی نیز تأیید شد [۳۴].

به‌منظور بررسی پایایی این پرسش‌نامه، از ضرایب همسانی درونی(آلفای کرونباخ) و دونیمه سازی استفاده شد. مقدار آلفای کل برای پرسش‌نامه مقدار ۰/۹۱ به دست آمد که مقدار بالایی محسوب می‌شود. همچنین، هم‌بستگی بین دونیمه آزمون نیز مقدار ۰/۶۴ به دست آمد که مقدار قابل‌قبولی محسوب می‌شود. علاوه بر این سطوح بالای همسانی درونی نسخه فارسی پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI) نسخۀ اصلی آن همسو است. به طوری که نتایج به دست آمده توسط آریپ [۱۸] (مقدار کلی آلفای کرونباخ: ۰/۸۰، مقدار آلفا در خرده مقیاس استرس فیزیکی: ۰/۸۰ ، روابط بین فردی: ۰/۷۹، استرس تحصیلی: ۰/۸۲، تنش محیطی: ۰/۸۰) با مقادیر به دست آمده در این پژوهش (مقدار کلی آلفای کرونباخ: ۰/۹۲، مقدار آلفا در خرده مقیاس استرس فیزیکی: ۰/۷۷، روابط بین فردی: ۰/۷۵، استرس تحصیلی: ۰/۸۵، تنش محیطی: ۰/۷۷) همخوانی قابل قبولی داشت.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که پرسش‌نامه استرس دانشجویی (SSI) از اعتبار و پایایی کافی در جمعیت دانشجویی ایران برخوردار است و می‌تواند به عنوان ابزاری برای سنجش میزان استرس دانشجویان کشور مورد استفاده قرار گیرد.

## منابع


1- Rezaee A. The Construction and validation of the Short Form of Police Stress Scale (IPSS-A) by Factor Analysis. *Clinical Psychology and Personality*. 2006; 4(1): 37-48. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2554.html **[In Persian]**

2- Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 1998 May; 10(2): 230a-1. doi:10.1176/jnp.10.2.230a

3- Jiang C, Mastrotheodoros S, Zhu Y, Yang Y, Hallit S, Zhao B, et al. The Chinese version of the perceived stress questionnaire-13: psychometric properties and measurement invariance for medical students. *Psychology Research and Behavior Management*. 2023 Dec 31: 71-83. doi:10.2147/PRBM.S385510

4- Kavosi A, Alizadeh Z, Rezapoor Z, Movahedi A, Moeini V, Mohammadi G. Survey of the level of stress and coping strategies in students of in school of medicine of Neyshabur University of Medical Sciences in 2016. *Pajouhan Scientific Journal*. 2017 Nov 10; 16 (1): 33-41. doi:10.29252/psj.16.1.33 **[In Persian].**

5- Yousefi Afrashteh M., Sadidi Shal S. M. Investigating the psychometric properties of the Iranian version of the Post- Secondary Student Stressors Index. *Journal of Educational Psychology Studies*, 2023; 20(49): 174-188. doi:10.22111/jeps.2023.7521 **[In Persian]**

6- Marakshina J, Adamovich T, Vasin G, Ismatullina V, Lobaskova M, Malykh A, Kolyasnikov P, Tabueva A, Zakharov I, Malykh S. Use of the Perceived Stress Scale in Russian Adolescents: Factor Structure and Psychometric Properties. *Scientific Reports*.2023 June 12. doi:10.1038/s41598-023-51104-1 **[In Persian]**

7- Long BC, Phipps WJ. Essentials of Medical-Surgical Nursing: A Nursing Process Approach. AJN The *American Journal of Nursing*. 1985 Dec 1; 85 (12): 1350.

8- Blum CA, Borglund S, Parcells D. High-fidelity nursing simulation: Impact on student self-confidence and clinical competence. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2010 Jun 3; 7(1). doi:10.2202/1548-923x.2035

9- Lu CP, Dijk SW, Pandit A, Kranenburg L, Luik AI, Hunink MM. The effect of mindfulness-based interventions on reducing stress in future health professionals: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2024 May; 16(2): 765-92. doi:10.1111/aphw.12472

10- Yoo J, Slavish D, Dietch JR, Kelly K, Ruggero C, Taylor DJ. Daily reactivity to stress and sleep disturbances: unique risk factors for insomnia. *Sleep*. 2023 Feb 1; 46(2): zsac256. doi:10.1093/sleep/zsac256

11- Mellat N, Ebrahimi Qavam S, Lavasani M, Sadipour E. The effect of stress and egocentricity on depression and aggression of adults: mediated by the emotion regulation difficulties. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2022; 23(89): 64-77. doi:10.30486/jsrp.2021.1920278.2802 **[In Persian]**

12- Siadat S, Taleban R. Healthy Life Style: Necessity, Importance. *Journal Of Isfahan Medical School*. 2023; 41(714): 223-225. doi:10.48305/jims.v41.i714.0223 **[In Persian]**

13- Mehrabizadeh Honarmand M., Atashafrouz A., shehni yiylagh M., Rezaie S. Comparison of General Health, Job Stress, and Burnout among Ordinary and Mental-retarded-student Schoolsâ□□ Teachers. *Clinical Psychology and Personality*, 2013; 11(2): 53-64. https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1392.11.2.7.5 **[In Persian]**

14- American Psychological Association. The Stress in America™ survey. Washington, DC: 2011. Available from: https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2011/impact

15- Farahani M, Khanipour H. Factor structure of coping schemas Inventory among Iranian population. *Research in psychological health*. 2017; 10 (4): 76-92. doi:10.18869/acadpub.rph.10.4.76 **[In Persian]**

16- Avdija AS. Original Paper College Stress: Testing the Unidimensionality of a Standardized Stress Measuring Inventory Designed to Assess Stress among College Students. *Journal of Children and Teenagers*. 2018; 1(2): 68-83. doi:10.22158/ct.v1n2p68

17- İhtiyaroğlu N. Analysis of relationship between teachers' coping styles with stress and the level of organizational commitment. International Online *Journal of Educational Sciences*. 2018; 10(2): 192-206. doi:10.15345/iojes.2018.02.013

18- Arip MM, Kamaruzaman DN, Roslan A, Ahmad A, Rahman MA, Malim T. Development, validity and reliability of student stress inventory (SSI). *The Social Sciences*. 2015; 10(7): 1631-8. doi:10.13140/RG.2.1.2247.1768

19- Beck DL, Srivastava R. Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of nursing education*. 1991 Mar 1; 30(3): 127-33. doi:10.3928/0148-4834-19910301-08

20- Talbi S, Rasteghar A, saif M H. Investigating the relationship between stressful educational period and interaction with patient. jmed 2019; 13 (4): 358-366. doi:10.18502/jmed.v13i4.528 **[In Persian]**

21- Ortega FZ, Suarez CJ, Yuipco WA, Cabanilla Jr A. A Systematic Review on the Academic Stresses of College Students in Blended Instruction. *International Journal of Social Science, Educational, Economics, Agriculture Research and Technology*. 2023; 2(5): 43-52. doi:10.54443/ijset.v2i5.158

22- Senevirathne DH. The impact of parental expectations and social factors on exam stress among schoolchildren. *International Journal of Science and Research Archive*. 2025 Jan 31; 14(1): 1911-9. doi:10.30574/ijsra.2025.14.1.2542

23- Habibi Asgharabad M, Najafee M, Falsafinezhad M R, Fadaee Z. A Comparative investigation of Prevalence, Sources of stress and psychosomatic symptoms among physical and non-physical education teachers. *Journal of Applied Psychology*. 2008 Autumn; 4(8): 636-656. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20084331.1387.3.2.5.4

24- Cheung T, Wong SY, Wong KY, Law LY, Ng K, Tong MT, Wong KY, Ng MY, Yip PS. Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*. 2016 Aug; 13(8): 779. doi:10.3390/ijerph13080779

25- Dollard M, Zadow A, Pignata S, Bailey T. Stress management. *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance* 2023 Apr 6 (pp. 12412-12420). Cham: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-20928-9_2509

26- Anunciação L, Marques L, Andrade LD, Soares AC, Cruz RM, Lipp ME. Psychometric Evidence for the Lipp'Adult Stress Symptoms Inventory. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2022 Dec 2; 32. doi:10.1590/1982-4327e3235

27- Manoochehri A, Behroozi N, Shehni Yeylag M, Maktabi Gh. Testing the Model of the Relationship Between Positive Perfectionism and Negative Life Events with Coping Styles and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Psychological Capital. *Developmental Psychology: Iranian psychologists*. 2019; 15(60): 419-434. https://journals.iau.ir/article_668297_75f81143097150511f5f417ef0cb23b5.pdf **[In Persian]**

28- Bakhshipour A, Bayrami M, Aliloo M.M, Hashami T, Esmaeelpour K. The Psychometric Properties of the Student-life Stress Inventory in the University of Tabriz Students. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2009; 4(14): 23-48. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4306.html?lang=en **[In Persian]**

29- Jobst LJ, Bader M, Moshagen M. A tutorial on assessing statistical power and determining sample size for structural equation models. *Psychological Methods*. 2023 Feb; 28(1): 207. doi:10.1037/met0000423

30- 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 Mar 1;33(3):335-43. https://doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u

31- Ardani A, Azadfallah, P, Farahani H. Validity and Reliability of Persian Version of Metapersonal self. *Clinical Psychology and Personality*, 2022; 19(2): 139-150. doi:10.22070/cpap.2021.13816.1040 **[In Persian]**

32- Asghari Moghaddam M, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. A Preliminary Validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non-clinical Sample. *Clinical Psychology and Personality*, 2008; 6(2): 23-38. https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1387.6.2.3.6 **[In Persian]**

33- Sahebi A, Asghari M J, Salari R. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. Developmental Psychology: *Iranian psychologists*. 2005; 1(4): 36-54. https://journals.iau.ir/article_512443_a0d2c015073fc1d62ef524cc2302c4f0.pdf **[In Persian]**

34- Farahani H., Roshan Chesli R. Essentials for Developing and Validating Psychological Scales: Guide to Best Practices. *Clinical Psychology and Personality*. 2020; 17(2): 197-212. doi: 10.22070/cpap.2020.2917 **[In Persian]**

35- Dogan E. Investigation of the Effects of Sports Education on University Students' Stress Coping Strategies. *Asian Journal of Education and Training*. 2020; 6(3): 474-478. doi:10.20448/journal.522.2020.63.474.478

36- Böke BN, Mills DJ, Mettler J, Heath NL. Stress and coping patterns of university students. *Journal of College Student Development.* 2019; 60(1): 85-103. doi:10.1353/csd.2019.0005

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲٤، شماره ۲، پیاپی ٤۷، پاییز و زمستان ۱٤۰۵، صص ۲۷۸-۲٦۳**
DOI: 10.22070/cpap.2026.20228.1685

**مقاله پژوهشی**

# بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی مقیاس تماس با خویشتن (SCS-P)

**نویسندگان**

**سید امیرحسین احمدی [۱]، بهمن بهمنی [۲*]، پروین جعفری [۳]، راضیه بیدهندی یارندی [٤]، سید محسن خیرخواه علوی [۵]**

۱. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، گروه آموزشی مشاوره، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. ahmadiamir234@gmail.com

۲. دکترای تخصصی مشاوره، دانشیار گروه آموزشی مشاوره، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دکترای تخصصی مشاورهٔ توانبخشی، استادیار گروه آموزشی مشاوره، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران ، ایران. japa_1352@yahoo.com

٤. دکترای تخصصی آمار زیستی، استادیار گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات توانبخشی اختلالات عصبی – عضلانی– اسکلتی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. razi_bidhendi@yahoo.com

۵. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه آموزشی مشاوره، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. muhsenkheirkhah@gmail.com

**چکیده**

**مقدمه:** هدف این پژوهش، ترجمهٔ مقیاس تماس با خویشتن کلوسمن و همکاران به زبان فارسی و سپس سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی آن بود.

**روش:** روش این پژوهش، توصیفی – مقطعی از نوع روان‌سنجی است. جامعهٔ آماری آن را ساکنان بالای ۱۸ سال شهر اصفهان در بهار ۱۴۰۳ تشکیل دادند که از بین آن‌ها، به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۲۸ نفر انتخاب شدند. ابزار سنجش در این پژوهش شامل نسخهٔ فارسی مقیاس تماس با خویشتن (SCS-P)، پرسش‌نامهٔ معنا در زندگی (MLQ)، پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی پنج عاملی (FFMQ) و فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود (SCS-SF) بود. داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۶ و AMOS 24 پردازش شده و تجزیه‌وتحلیل شدند.

**نتایج:** روایی صوری و محتوایی SCS-P با نظر متخصصان و گروه هدف مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل را از مقیاس استخراج کرد و تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود این سه عامل را تأیید نمود. در بررسی روایی ملاک، سه خرده مقیاس، آگاهی از خویشتن، پذیرش خویشتن و همسویی رفتار، به‌ترتیب، همبستگی مثبت معناداری با FFMQ، SCS-SF و MLQ داشتند ($p<0/01$). آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌سازی نیز پایایی ابزار را تأیید کردند. آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آگاهی از خویشتن، پذیرش خویشتن و همسویی رفتار، به‌ترتیب، برابر با ۰/۷۸۷، ۰/۶۸۲، و ۰/۷۳۸، و آلفای کرونباخ کل نیز برابر با ۰/۸۱۷ بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که SCS-P را می‌توان ابزاری روا و پایا برای سنجش متغیر تماس با خویشتن در جامعهٔ ایرانی دانست.

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۰۵/۱۹

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۴/۱۲/۲۴

CC BY NC

**کلیدواژه‌ها**

تماس با خویشتن، آگاهی از خویشتن، پذیرش خویشتن، همسویی رفتار، روان‌سنجی

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

bbahmani43@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۷۸-۲۶۳
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 263-278

## مقدمه

تماس با خویشتن[1] مفهومی است که توسط کلوسمن و همکاران[2] ارائه گردید که به موضوع ارتباط یا پیوند با خویش[3] می‌پردازد. تماس با خویشتن از سه مؤلفهٔ متمایز و درعین‌حال به هم پیوسته تشکیل شده است: ۱. آگاهی از خویشتن[4]؛ ۲. پذیرش خویشتن[5] بر اساس این آگاهی؛ و ۳. همسویی رفتارهای خود[6] با این آگاهی [۱]. آگاهی از خویشتن را می‌توان به‌عنوان ادراک فرد از این‌که چگونه فکر، احساس و رفتار کرده و چه ارزش‌ها، اهداف، و اولویت‌هایی دارد، در نظر گرفت. در واقع، آگاهی از خویشتن مستلزم توجه کردن فرد به حالت‌های درونی، ارزش‌ها، ترجیحات، منابع، اهداف، شهود و نحوهٔ تغییر آن‌ها در موقعیت‌ها و طی گذشت زمان است [۲]. آگاهی از خویشتن باید به فرد اجازه دهد تا تجربیات خود را همان‌گونه که واقعاً هستند مشاهده کرده و تصویر دقیق‌تری از خود بسازد. [۳] پذیرش خویشتن، به پذیرش بی‌قیدوشرط محتوای آگاهی از خویشتن اشاره دارد و منعکس‌کنندهٔ پذیرش حالات درونی، ارزش‌ها، ترجیحات، منابع، اهداف، و شهودها است. بدون ذهنیت پذیرش، آگاهی از خودِ ادراک‌شده ممکن است بی‌نتیجه بوده و حتی می‌تواند به‌طور بالقوه مضر هم باشد [۴]. پذیرش خود، افراد را ترغیب می‌کند تا در مورد خود اطلاعات بیشتری کسب کنند، درحالی‌که به‌طور بالقوه به افراد این امکان را می‌دهد تا به راحتی رفتار خود را با آگاهی از خویشتن همسو کنند [۴]. همسویی رفتار با خویشتن ادراک‌شده هنگامی رخ می‌دهد که بین خویشتن درونی و رفتارهای بیرونی شخص همخوانی مطلوبی وجود داشته باشد [۳]. به عبارت دیگر، همسویی رفتار به این معناست که وقتی افراد حقیقتاً درتماس با خویشتن هستند، یک احساس هماهنگی بین ارزش‌ها و باورهای درونی و رفتارهای بیرونی را تجربه می‌کنند [۳]. در واقع، همسویی رفتار با خویشتن هنگامی اتفاق می‌افتد که شخص در تطابق با خودِ واقعی خویش عمل کند. هنگامی‌که اقدامات شخص با این روش هماهنگ شود، نیازهای روان‌شناختی او برآورده می‌شود و از ناهماهنگی شناختی جلوگیری به عمل می‌آید. اگر افراد از ارزش‌های ادراک‌شدهٔ خود آگاه بوده و آن‌ها را بپذیرند، اما به‌طور کلی در هماهنگی با آن‌ها عمل نکنند، احتمالاً به‌طور کلی در سطح پایینی از تماس با خویشتن قرار دارند [۴]. بدین‌ترتیب تماس با خویشتن، افراد را ملزم می‌کند جنبه‌های مثبت و منفی خود را به‌عنوان بخشی از آن شخصی که هستند، بدون هیچ قضاوتی بپذیرند.

به طور مشخص، نبود تماس با خویشتن به‌عنوان فقدان حداقل یکی از سه مؤلفهٔ آگاهی از خویشتن، پذیرش خویشتن، یا همسویی رفتاری تعریف شده است [۳، ۵، ۶]. بدین‌ترتیب، هر مؤلفه به تنهایی مهم بوده و ممکن است به‌طور مستقل، اثرات قابل ملاحظه‌ای بر کلیّت روان فرد داشته باشد. این سه مؤلفه در یک ساختار غیرسلسله‌مراتبی، به‌هم پیوسته‌اند و به‌طور همزمان در تجربهٔ تماس با خویشتن مشارکت دارند [۱]. به‌طور کلی پژوهش‌ها رابطهٔ تماس با خویشتن را با سازه‌های دیگر از جمله: شفقت به خود[7]، معنای زندگی[8]، ذهن‌آگاهی[9]، وضوح خودانگاره[10]، عواطف مثبت و منفی[11]، و بهزیستی روان‌شناختی[12] نشان می‌دهند [۷-۱۰]. بررسی‌های انجام شده بر روی تماس با خویشتن نشان می‌دهد، سطوح تماس یا عدم تماس با خویشتن با سطوح اضطراب و افسردگی مرتبط هستند. به‌طور مشابه نداشتن تماس و ارتباط با دیگران نیز پیش‌بینی‌کنندهٔ اضطراب و افسردگی بالاتر و شکوفایی و رضایت از زندگی پایین‌تر است [۵].

علی‌رغم شباهت سازهٔ تماس با خویشتن با برخی سازه‌ها نظیر اصالت[13]، ذهن‌آگاهی و شفقت به خود، تفاوت‌های ظریفی میان آن‌ها وجود دارد. تا حدی، تعریف پیشنهادی تماس با خویشتن با مفهوم اصالت ارتباط دارد [۱۱، ۱۲]، اما می‌تواند از منظری از آن متمایز شود. وود و همکارانش[14] [۱۲] در توسعهٔ معیاری برای اصالت شخصی،

1 . Self-Connection
2 . Klussman, K., Nochols, A. L., Curtin, L., Langer, J., & Orehek, E.
3 . Self
4 . Self-Awareness
5 . Self-Acceptance
6 . Self-Alignment
7 . Self-Compassion
8 . Meaning Of Life
9 . Mindfulness
10 . Self-Image Clarity
11 . Positive And Negative Affects
12 . Psychological Well-Being
13 . Authenticity
14 . Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, J., Baliousis, M., & Joseph, S.

استدلال کردند که اصالت اساساً تابعی از میزان انطباق رفتار یک فرد با خود اوست. اگرچه این به‌شدت با مؤلفهٔ همسویی رفتار در مقیاس تماس با خویشتن همخوانی دارد، اما تنها یکی از سه مؤلفه‌ای است که سازهٔ تماس با خویشتن را تشکیل می‌دهد. سایر مفهوم‌سازی‌ها یا عملیاتی‌سازی‌های ارائه شده از اصالت نیز ممکن است شامل نوعی آگاهی یا پذیرش باشند [۱۱]. اما این‌ها با نحوهٔ درک ما از آگاهی و پذیرش در سازهٔ تماس با خویشتن متفاوت است. تماس با خویشتن ذاتاً به تجربهٔ درونی فرد در ارتباط با خودش اشاره دارد و به نوعی تجربهٔ احساس پیوند با خود است. در مقابل، سازهٔ اصالت به میزان انطباق رفتار بیرونی فرد با ارزش‌ها، باورها، و احساسات واقعی درونی فرد اشاره دارد. به این ترتیب، تماس با خویشتن معطوف به درون‌نگری و خودآگاهی است، درحالی‌که اصالت به میزان تناسب ابراز بیرونی و بین‌فردی با خودآگاهی و تجربهٔ درونی فرد اشاره دارد [۱۱]. اصالت ممکن است تحت‌تأثیر قضاوت‌های خوب و بد بیرونی قرار گیرد، درحالی‌که این قضاوت‌ها در تماس با خویشتن وجود ندارند.

سازهٔ پیشنهادی تماس با خویشتن ممکن است در نخستین نگاه، مترادف با ذهن‌آگاهی نیز تلقی شود، اما این دو مفهوم علی‌رغم ارتباط، وجوه متمایز بارزی با یکدیگر دارند. اگرچه آگاهی و فقدان قضاوت دو مؤلفهٔ تعیین‌کننده و هم‌افزای ذهن‌آگاهی نیز محسوب می‌شوند [۱۳]، با این وجود، تعاریف علمی ذهن‌آگاهی شامل همسویی رفتار با خودِ ادراک‌شده (سومین مؤلفهٔ تماس با خویشتن) نیست [۱۴]. علاوه بر این، ذهن‌آگاهی به‌طور خاص آن‌گونه که در سازهٔ تماس با خویشتن اتفاق می‌افتد، به خود به‌عنوان یک تجربهٔ خودآگاه مربوط نشده یا به خود ارجاع نمی‌دهد. در واقع، نظریه و تحقیقات اساسی مرتبط با ذهن‌آگاهی، خود یا خویشتن را نه به عنوان موضوع، بلکه به عنوان چیزی برای فراتر رفتن از آن در نظر می‌گیرند [۱۵]. در مجموع، همان‌طور که کلوسمن و همکاران پیشنهاد می‌کنند ذهن‌آگاهی اگرچه به آگاهی گسترده نسبت به همهٔ جنبه‌های تجربهٔ درونی در زمان حال اشاره دارد و از این‌رو ممکن است برای تجربهٔ تماس با خویشتن مفید باشد، اما مترادف با آن نیست [۱]. همان‌طور که ذکر شد، تماس با خویشتن از سازهٔ شفقت به خود نیز متمایز است. ادبیات رو به رشدی در توجه و بررسی شفقت ذهن‌آگاهانه به خود درحال ظهور است، اما این مفهوم فقط به مدیریت تجربیات دشوار از طریق رفتار مهربانانه به خود در شرایط شکست، ناکامی، یا رنج است تا فرد بتواند از سرزنش خود اجتناب کند [۱۶]. از این‌رو تماس با خویشتن یک فرایند خودکاوی به قصد خودآگاهی و توسعهٔ خود است، اما شفقت به خود یک رفتار حمایتی و مراقبت‌گرایانه است. مفهوم تماس با خویشتن فراتر از ذهن‌آگاهی و شفقت به خود است، زیرا از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی - آگاهی و پذیرش - همراه با همسویی رفتاری برای تسهیل تجارب ارتباط با خودِ ادراک‌شده استفاده می‌کند [۱].

براین‌اساس، برای سنجش تماس با خویشتن، نمی‌توان از ابزارهای موجود که برای سنجش مفاهیم مشابه استفاده می‌شود، بهره برد و نیاز به ابزاری برای سنجش تماس به خویشتن است. کلوسمن و همکاران در سال ۲۰۲۲ م. برای این منظور، مقیاسی ۱۲ گویه‌ای را توسعه داده‌اند که با سه زیرمقیاس به سنجش مؤلفه‌های تماس با خویشتن متناسب با تعریف نظری این مفهوم می‌پردازد [۴]. از آنجایی که نسخهٔ فارسی‌زبان این مقیاس در دسترس نبود، هدف این پژوهش ترجمهٔ آن به زبان فارسی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعهٔ ایرانی است.

## روش

پژوهش حاضر به شیوهٔ مقطعی و از نوع توصیفی - تحلیلی بوده که به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی مقیاس تماس با خویشتن پرداخته است.

### ابزار

#### مقیاس تماس با خویشتن

مقیاس تماس با خویشتن (SCS)[1] در سال ۲۰۲۲ م. توسط کلوسمن و همکاران ساخته شد و دارای ۱۲ گویه و ۳ زیر مقیاس است که شامل ۱. آگاهی از خویشتن، ۲. پذیرش خویشتن و ۳. همسویی رفتار است. نمره‌گذاری این مقیاس براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمرهٔ ۱) تا به شدت موافقم (با نمرهٔ ۷) می‌باشد البته پرسش ۴ به‌شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس، آزمودنی می‌تواند نمره‌ای بین ۱۲ تا ۸۴ به دست آورد. پرسش‌های ۱ تا ۴ مربوط به زیرمقیاس آگاهی از

1 . Self-Connection Scale (SCS)

خویشتن، پرسش‌های ۵ تا ۸ مربوط به زیرمقیاس پذیرش خویشتن و پرسش‌های ۹ تا ۱۲ نیز مربوط به زیرمقیاس همسویی رفتار می‌باشد. نمرهٔ هر زیرمقیاس عبارت است از حاصل جمع نمرات پرسش‌های آن زیرمقیاس و نمرهٔ کل نیز از جمع نمرات تمام پرسش‌های به‌دست می‌آید. ضریب همبستگی ۰/۶۶ برای نمرهٔ کل، ۰/۶۱ برای زیرمقیاس آگاهی از خویشتن، ۰/۳۷ برای زیرمقیاس پذیرش خویشتن، و ۰/۴۹ برای زیرمقیاس همسویی رفتار نشان از روایی همگرای مطلوب این پرسش‌نامه داشت (p<0/01). تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز روایی سازهٔ مقیاس را تأیید کردند [۴].

**پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی پنج عاملی**

پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی پنج عاملی (FFMQ)[1] در سال ۲۰۰۶ م. توسط بائر و همکاران[2] ساخته شد که شامل ۳۹ گویه بوده و پنج عامل ذهن‌آگاهی را می‌سنجد: ۱. مشاهده[3]؛ ۲. توصیف[4]؛ ۳. عمل با آگاهی[5]؛ ۴. عدم قضاوت در مورد تجارب درونی[6] و ۵. عدم واکنش به تجارب درونی[7]. این پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای، از هرگز (با نمرهٔ ۱) تا همیشه (با نمرهٔ ۵) تنظیم شده است که برای به‌دست آوردن نمرهٔ هر عامل، باید نمره‌های هر گویه را با هم جمع کرد. گویه‌های ۳، ۵، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۴، ۳۵، ۳۸، و ۳۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

پرسش‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۶، ۳۱، و ۳۶ مربوط به عامل مشاهده؛ ۲، ۷، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۲۷، ۳۲، و ۳۷ مربوط به عامل توصیف؛ ۵، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۴، و ۳۸ مربوط به عامل عمل با آگاهی؛ ۳، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۵، ۳۰، ۳۵ و ۳۹ مربوط به عامل عدم قضاوت؛ و ۴، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۳ نیز مربوط به عامل عدم واکنش هستند. آلفای کرونباخ نمرهٔ کل ذهن‌آگاهی ۰/۹۰ گزارش شده است [۱۷]. همچنین، ویژگی‌های روان‌سنجی آن نیز در کشورهای مختلف مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است [۱۸-۲۲].

در بررسی روان‌سنجی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی، با توجه به تأیید ساختار پنج عاملی با روش تحلیل موازی، اعتبار سازهٔ این پرسش‌نامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی با روش گروه‌بندی گویه‌ها تأیید شد. اعتبار بازآزمایی مقیاس‌های FFMQ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ و اعتبار بازآزمایی کل نیز ۰/۸۹ بود که نشان‌دهندهٔ اعتبار بالای این پرسش‌نامه است. روایی همگرا بین FFMQ و پرسش‌نامهٔ ناگویی هیجانی تورنتو نیز نشان داد که تنها بین عامل مشاهده و دشواری در شناسایی احساسات و همچنین عامل عدم قضاوت و تفکر عینی، ارتباط معنادار وجود ندارد و دیگر عوامل FFMQ با زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی همبستگی منفی معنادار دارند [۲۲].

**فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود**

فرم کوتاه این مقیاس شامل ۱۲ ماده برای اندازه‌گیری سه مؤلفهٔ مهربانی به خود در برابر قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی توسط ریس و همکاران[8] در سال ۲۰۱۱ م. تدوین شده است. ماده‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای، از تقریباً هرگز (با نمرهٔ ۱) تا تقریباً همیشه (با نمرهٔ ۵) تنظیم شده که نمرهٔ بالاتر، سطح بالاتر شفقت به خود را نشان می‌دهد. البته ماده‌های مربوط به زیرمقیاس‌های قضاوت کردن خود، انزوا و همانندسازی افراطی به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. تحلیل عاملی تأییدی شش عامل ۳ زیرمقیاس این پرسش‌نامه را تأیید کرد [۲۳]. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ کل نسخهٔ فارسی این پرسش‌نامه ۰/۹۱ و برای سه زیرمقیاس نیز از ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ متغیر بود. ضریب روایی همزمان این پرسش‌نامه با پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی نیز ۰/۴۵- و برای زیرمقیاس‌هایش از ۰/۲۸- تا ۰/۴۵- متغیر بود [۲۴].

**پرسش‌نامهٔ معنا در زندگی**

پرسش‌نامهٔ معنا در زندگی (MLQ)[9] توسط استیگر و همکاران[10] در سال ۲۰۰۶ م. ساخته شد که ۱۰ گویه داشته و گویه‌های ۱، ۴، ۵، ۶، و ۹ به عامل وجود معنا در زندگی

1 . Five-Factors Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
2 . Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L.
3 . Observe
4 . Describe
5 . Act With Awareness
6 . Non Judge
7 . Non React
8 . Raes, F., Pommier, E., Neff K. D., & Van Gucht, D.
9 . Meaning In Life Questionnaire (MLQ)
10 . Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M.

اختصاص دارند. برای نمره‌گذاری این عامل، باید نمرهٔ گویهٔ ۹ را از نمرهٔ گویهٔ ۸ کم کرده و سپس به نمرهٔ چهار گویهٔ دیگر این عامل اضافه کرد که نمره‌ای بین ۵ تا ۳۵ به‌دست می‌آید. گویه‌های ۲، ۳، ۷، ۸، و ۱۰ نیز عامل جست‌وجوی معنا در زندگی را شامل می‌شوند که باید نمرهٔ پنج گویه را با یکدیگر جمع کرد تا عددی بین ۵ تا ۳۵ به‌دست آید. این پرسش‌نامه دارای طیف لیکرت هفت درجه‌ای، از کاملاً نادرست (با نمرهٔ ۱) تا کاملاً درست (با نمرهٔ ۷) می‌باشد دامنهٔ نمرهٔ قابل اکتساب از ۱۰ تا ۷۰ در نوسان است. تحلیل عاملی تأییدی وجود این دو عامل را تأیید کرده است [۲۵]. بین این دو عامل، همبستگی منفی اندکی (۰/۱۹-) وجود داشت. همچنین، استیگر و همکاران اعتبار درونی مطلوبی را برای وجود معنا (۰/۸۶) و جست‌وجو (۰/۸۷) گزارش کرده‌اند [۲۶]. روان‌سنجی نسخهٔ فارسی این پرسش‌نامه نیز وجود این دو عامل را تأیید کرده است، اما روایی تشخیصی آن در افراد سالم بسیار دقیق‌تر از افراد در معرض خطر مشاهده شده است [۲۷].

### فرایند اجرا

پس از کسب اجازه از سازندگان اصلی ابزار از طریق پست الکترونیک، جهت تعیین روایی صوری این مقیاس بعد از ترجمهٔ نسخهٔ اصلی آن به زبان فارسی، با روش Forward-Backward، از پنج متخصص روان‌شناس یا مشاور فعال در این حوزه با حداقل پنج سال سابقهٔ فعالیت تخصصی مرتبط و پنج فرد عادی از جامعهٔ هدف دعوت به همکاری انجام گرفت. این افراد سوالات پرسش‌نامه را مطالعه کرده و در خصوص وضوح و قابل فهم بودن سوالات پرسش‌نامه نظرات و پیشنهادات خود را عنوان کردند. این پیشنهادات توسط تیم پژوهشی یادداشت می‌شد و سپس با در نظر گرفتن تمامی پیشنهادات و نظرات مشارکت کنندگان، تغییرات لازم در سوالات پرسشنامه اعمال شد. سپس جهت بررسی روایی محتوایی ابزار، نسبت روایی محتوا (CVR)[1] و شاخص روایی محتوا (CVI)[2] با نظرات ۱۰ متخصص روان شناسی و مشاوره محاسبه گردید که به‌ترتیب دامنه‌ای بین ۰/۶۵ تا ۱ و ۰/۸۲ تا ۱ داشتند. این به‌معنای روا بودن مقیاس از منظر محتوایی می‌باشد.

در مرحلهٔ بعد، جهت سنجش روایی ملاک، روایی سازه و پایایی ابزار، از جامعهٔ موردنظر نمونه‌گیری انجام شد. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمام ساکنان بالای ۱۸ سال شهر اصفهان در بهار ۱۴۰۳ تشکیل دادند که از میان آنان ۱۲۸ نفر (حداقل ۱۰ نفر به ازای هر گویهٔ مقیاس [۲۸]) به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند؛ بدین‌صورت که ابتدا لیست پارک‌های شهر اصفهان تهیه شد و از بین پارک‌های پررفت‌وآمد شهر، ۴ پارک به‌صورت تصادفی انتخاب گشت. در هر پارک بین ۳۰ الی ۴۰ نفر به صورت در دسترس جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل آشنا بودن به زبان فارسی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن حداقل سن ۱۸ سال، نداشتن اعتیاد به مواد محرک و مخدر و نداشتن سابقهٔ دریافت تشخیص رسمی اختلال روان‌شناختی توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس، و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل مخدوش یا بی‌پاسخ بودن حداقل ۱۰٪ پرسش‌های هر پرسش‌نامه بود.

### تجزیه‌وتحلیل آماری

به‌منظور توصیف داده‌های جمع‌آوری‌شده در این پژوهش از فراوانی و درصد برای متغیرهای جمعیت‌شناختی و شاخص‌های توزیع مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف استاندارد) برای نمرات شرکت‌کنندگان استفاده شد.

به‌منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی SCS-P از تحلیل عاملی تأییدی مرتبهٔ اول و دوم برای بررسی روایی سازه، ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی روایی ملاک، آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی، و روش دونیمه‌سازی برای بررسی همسانی دو نیمهٔ آزمون استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶و AMOS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

### یافته‌ها

به‌منظور سنجش روایی و پایایی مقیاس تماس با خویشتن، ۱۲۸ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند ۷۱ نفر (۵۵/۵٪) از آزمودنی‌ها را زنان و ۵۷ نفرشان (۴۴/۵٪) را مردان تشکیل دادند؛ ۶۷ نفرشان (۵۲/۳٪) مجرد و ۶۱ نفرشان (۴۷/۷٪) نیز متأهل بودند؛ ۲۴ نفر (۱۸/۸٪) تحصیلاتی تا سطح دیپلم، ۷۹ نفر (۶۱/۷٪) تحصیلاتی در سطح کاردانی / کارشناسی و ۲۵ نفر (۱۹/۵٪) نیز

1 . Content Validity Index (CVI)
2 . Content Validity Ratio (CVR)

تحصیلاتی در سطح کارشناسی ارشد یا بالاتر داشتند. همچنین، دامنهٔ سنی آن‌ها بین ۲۰ تا ۵۰ سال متغیر بود که میانگین و انحراف استاندارد آن به‌ترتیب ۳۵/۳۴ و ۸/۸۳ بود و ۴۲ نفر (۳۲/۸٪) بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۴۵ نفر (۳۵/۲٪) بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۴۱ نفر (۳۲٪) نیز بین ۴۰ تا ۵۰ سال سن داشتند.

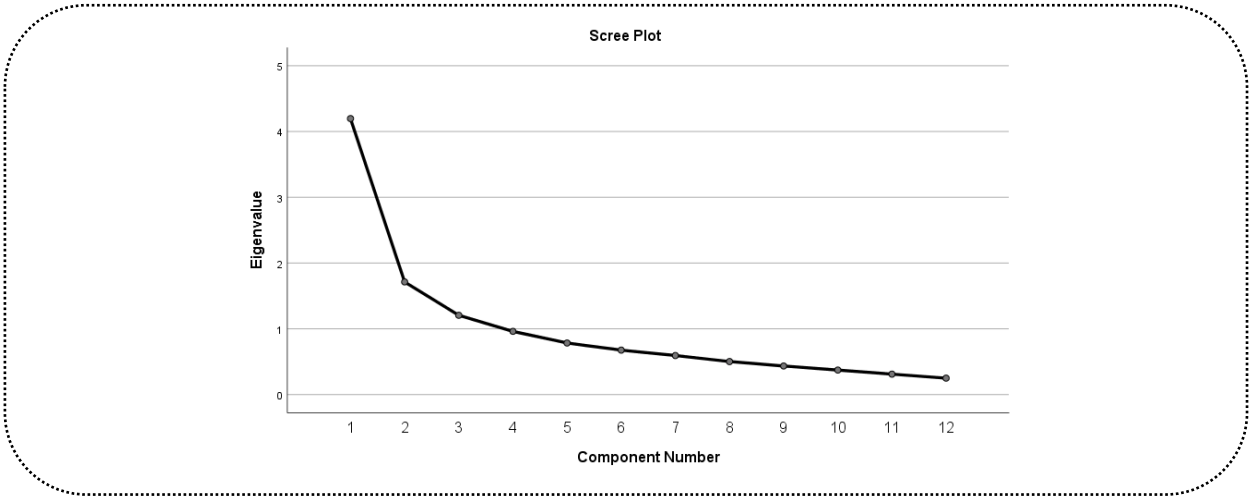
همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، شرکت‌کنندگان نمره‌ای بین ۴۲ تا ۸۴ در SCS-P با میانگین و انحراف استاندارد ۶۰/۸۹ و ۱۰/۵۵؛ نمره‌ای بین ۸۶ تا ۱۷۰ در FFMQ با میانگین و انحراف استاندارد ۱۲۹/۳۰ و ۱۸/۹۸؛ نمره‌ای بین ۱۴ تا ۶۰ در مقیاس SCS-SF با میانگین و انحراف استاندارد ۳۸/۹۷ و ۸/۷۲؛ و نمره‌ای بین ۲۱ تا ۶۹ در MLQ با میانگین و انحراف استاندارد ۵۲/۵۲ و ۱۰/۰۱ کسب کردند. کشیدگی و چولگی تمام نمرات در بازهٔ ۱- تا ۱+ قرار دارند که در محدودهٔ استاندارد بوده و به شاخص‌های منحنی نرمال نزدیک است.

**جدول ۱. شاخص‌های توزیع مرکزی و پراکندگی نمرات شرکت‌کنندگان**

| مقیاس | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف استاندارد | کشیدگی | چولگی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| مقیاس تماس با خویشتن | ۴۲ | ۸۴ | ۶۰/۸۹ | ۱۰/۵۵ | -۰/۹۴۹ | ۰/۰۴۴ |
| زیرمقیاس آگاهی از خویشتن | ۱۰ | ۲۸ | ۲۱/۲۷ | ۴/۲۱ | ۰/۰۱۴ | -۰/۵۹۳ |
| زیرمقیاس پذیرش خویشتن | ۴ | ۲۸ | ۱۸/۴۴ | ۵/۱۶ | -۰/۰۶۵ | -۰/۳۱۳ |
| زیرمقیاس همسویی رفتار | ۷ | ۲۸ | ۲۱/۱۹ | ۴/۰۹ | ۰/۲۹۳ | -۰/۴۵۷ |
| پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی پنج عاملی | ۸۶ | ۱۷۰ | ۱۲۹/۳۰ | ۱۸/۹۸ | -۰/۲۲۲ | -۰/۰۷۰ |
| مقیاس شفقت به خود | ۱۴ | ۶۰ | ۳۸/۹۷ | ۸/۷۲ | -۰/۲۲۴ | -۰/۰۱۱ |
| پرسش‌نامهٔ معنا در زندگی | ۲۱ | ۶۹ | ۵۲/۵۲ | ۱۰/۰۱ | ۰/۰۴۹ | -۰/۳۴۹ |

به‌منظور بررسی روایی سازهٔ مقیاس تماس با خویشتن، از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. آزمون KMO عدد ۰.۷۸۲ را نشان داد که به معنی کفایت نمونه‌گیری است. آزمون بارتلت فرض واحد بودن ماتریس همبستگی متغیرهای مشاهده شده را تأیید کرد ($\chi^2$=500/899, df=66, p<0.001). شکل ۱ نمودار سنگ‌ریزهٔ عوامل استخراج شده در تحلیل عاملی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهد می‌شود، از عامل سوم به بعد، شیب خط کاهش یافته و تقریباً مستقیم شده است. در نتیجه، سه عامل از گویه‌ها استخراج می‌شود. بررسی مقادیر ویژهٔ عوامل نیز این موضوع را تأیید کرد: مقدار ویژهٔ اولیهٔ عوامل ۴ تا ۱۲ کمتر از ۱ بود. بعد از چرخش واریماکس عوامل، به‌ترتیب مقدار ویژه و واریانس تبیین شده توسط هر عامل عبارت بود از: عامل نخست (آگاهی از خویشتن) ۲/۶۸۱ و ۲۲/۳۴٪؛ عامل دوم (پذیرش خویشتن) ۲/۲۵۰ و ۱۸/۷۵٪؛ و عامل سوم (همسویی رفتار) نیز ۲/۱۸۳ و ۱۸/۱۹٪. در مجموع این سه عامل ۵۹/۲۹٪ واریانس نمرات را تبیین می‌کنند که مقدار قابل قبولی است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بارهای عاملی گویه‌های ۱ تا ۴ در عامل اول از ۰/۵۶۴ تا ۰/۸۳۸ متغیر بوده و بزرگ‌تر از بار عاملی این گویه‌ها در دو عامل دیگر است؛ در نتیجه، این چهار گویه متعلق به عامل نخست، یعنی آگاهی از خویشتن می‌باشد. همچنین، بارهای عاملی گویه‌های ۵ تا ۸ در عامل دوم از ۰/۵۴۸ تا ۰/۸۱۲ متغیر بوده و بزرگ‌تر از بار عاملی این گویه‌ها در دو عامل دیگر است؛ در نتیجه، این چهار گویه متعلق به عامل دوم، یعنی پذیرش خویشتن می‌باشد. در نهایت، بارهای عاملی گویه‌های ۹ تا ۱۲ نیز در عامل سوم از ۰/۴۵۳ تا ۰/۸۷۱ متغیر بوده و بزرگ‌تر از بار عاملی این گویه‌ها در دو عامل دیگر است؛ در نتیجه، این چهار گویه متعلق به عامل سوم، یعنی همسویی رفتار می‌باشد.




**شکل ۱. نمودار سنگ‌ریزهٔ مقادیر ویژهٔ عوامل استخراج‌شده توسط تحلیل عاملی اکتشافی**

**جدول ۲. بارهای عاملی گویه‌ها در هرکدام از عوامل استخراج‌شده**

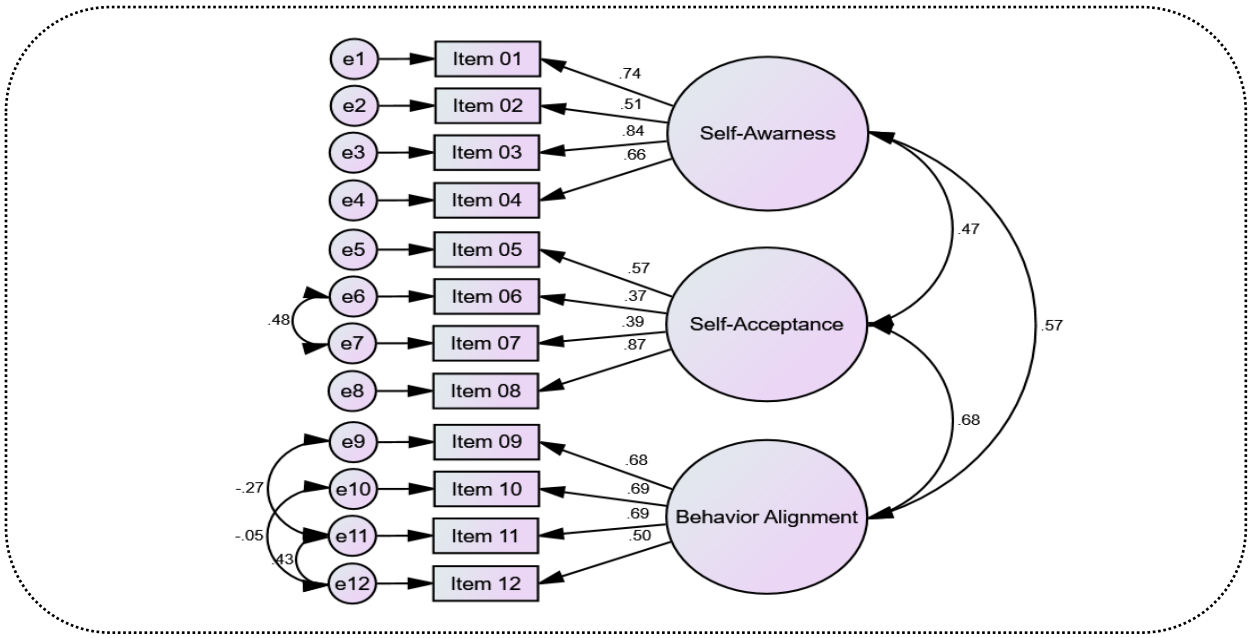
| گویه‌ها | آگاهی از خویشتن | پذیرش خویشتن | همسویی رفتار |
|---|---|---|---|
| ۱ | ۰/۷۳۵ | -۰/۰۴۶ | ۰/۳۵۷ |
| ۲ | ۰/۵۶۴ | ۰/۲۲۱ | ۰/۱۵۸ |
| ۳ | ۰/۸۳۸ | ۰/۰۵۶ | ۰/۱۱۳ |
| ۴ | ۰/۷۶۷ | ۰/۰۵۵ | ۰/۰۵۵ |
| ۵ | ۰/۲۶۴ | ۰/۵۴۸ | ۰/۰۷۰ |
| ۶ | -۰/۰۸۲ | ۰/۸۱۳ | ۰/۰۳۱ |
| ۷ | ۰/۱۲۳ | ۰/۶۹۹ | ۰/۲۹۸ |
| ۸ | ۰/۴۳۵ | ۰/۶۵۱ | ۰/۱۵۰ |
| ۹ | ۰/۳۸۹ | ۰/۳۰۲ | ۰/۴۵۳ |
| ۱۰ | ۰/۲۲۶ | ۰/۳۰۱ | ۰/۶۴۹ |
| ۱۱ | ۰/۱۸۰ | ۰/۰۹۹ | ۰/۸۷۱ |
| ۱۲ | ۰/۱۳۳ | ۰/۱۲۰ | ۰/۷۹۲ |

به منظور بررسی و آزمون، ساختار عاملی ایجاد شده در تحلیل عاملی اکتشافی، از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مدل اولیه از برازش مطلوبی برخوردار نبود و پس از اصلاح مدل، شاخص‌ها حاکی از برازش بهتری بودند. به‌منظور اصلاح مدل، بین پرسش‌های ۶ و ۷، ۹ و ۱۱، ۱۰ و ۱۲، و ۱۱ و ۱۲ کوواریانس ایجاد شد که در نتیجهٔ آن، اکثر شاخص‌ها به سطح مطلوب رسیدند ( $\chi^2/df$=1/328; RMSEA=0/051; GFI=0/928; CFI=0/966; TLI=952; IFI=0/967; RMR=0/136). همچنین، شاخص‌های دیگر نیز به حد مطلوب نزدیک‌تر شدند (NFI=0/880; RFI=0/832). با مقایسهٔ معیار اطلاع آکایکه (AIC) و معیار اطلاع بیزی - شوارتز (BIC) در دو مدل نیز مشاهده می‌کنیم که در مدل اصلاح‌شده مقدار کوچک‌تری را نشان می‌دهد که این حاکی از مطلوب‌تر بودن مدل اصلاح شده نسبت به مدل اولیه است.

اگرچه پس از اصلاح مدل، شاخص‌های برازش به نقطهٔ برش نرسیدند، اما برازش مدل افزایش یافت و به حد مطلوب نزدیک‌تر شد. شکل ۲ نمودار مدل نهایی پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشهود است، بارهای عاملی تمام مسیرها بالای ۰/۴ بوده و می‌توان گفت مسیرهای مذکور از لحاظ آماری معنادار است (p<0/05).

**جدول۳. شاخص‌های برازش مدل اولیه و مدل اصلاح‌شده**

| شاخص‌های برازش | مقدار مطلوب | مدل اولیه | مدل اصلاح‌شده |
|---|---|---|---|
| نسبت مجذور کای بر درجهٔ آزادی $(\chi^2/df)$ | <۳ | ۲/۳۱۵ | ۱/۳۲۸ |
| ریشهٔ میانگین مجذور خطای برآورد (RMSEA) | <۰/۱ | ۰/۱۰۲ | ۰/۰۵۱ |
| شاخص نیکویی برازش (GFI) | >۰/۹ | ۰/۸۶۸ | ۰/۹۲۸ |
| شاخص برازش نُرم (NFI) | >۰/۹ | ۰/۷۷۳ | ۰/۸۸۰ |
| شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) | >۰/۹ | ۰/۸۵۳ | ۰/۹۶۶ |
| شاخص توکو - لوئیس (TLI) | >۰/۹ | ۰/۸۰۹ | ۰/۹۵۲ |
| شاخص برازش افزایشی (IFI) | >۰/۹ | ۰/۸۵۷ | ۰/۹۶۷ |
| شاخص برازش نسبی (RFI) | >۰/۹ | ۰/۷۰۷ | ۰/۸۳۲ |
| ریشهٔ میانگین مجذورات باقی‌مانده (RMR) | <۰/۵ | ۰/۲۰۵ | ۰/۱۳۶ |
| معیار اطلاع آکایکه (AIC) | کوچک‌تر بودن | ۱۷۲/۰۵۶ | ۱۲۴/۴۲۹ |
| معیار اطلاع بیزی - شوارتز (BIC) | کوچک‌تر بودن | ۲۴۹/۰۶۰ | ۲۱۲/۸۴۲ |




**شکل ۲. ضرایب استاندارد مدل اصلاح‌شدهٔ مرتبهٔ اول**

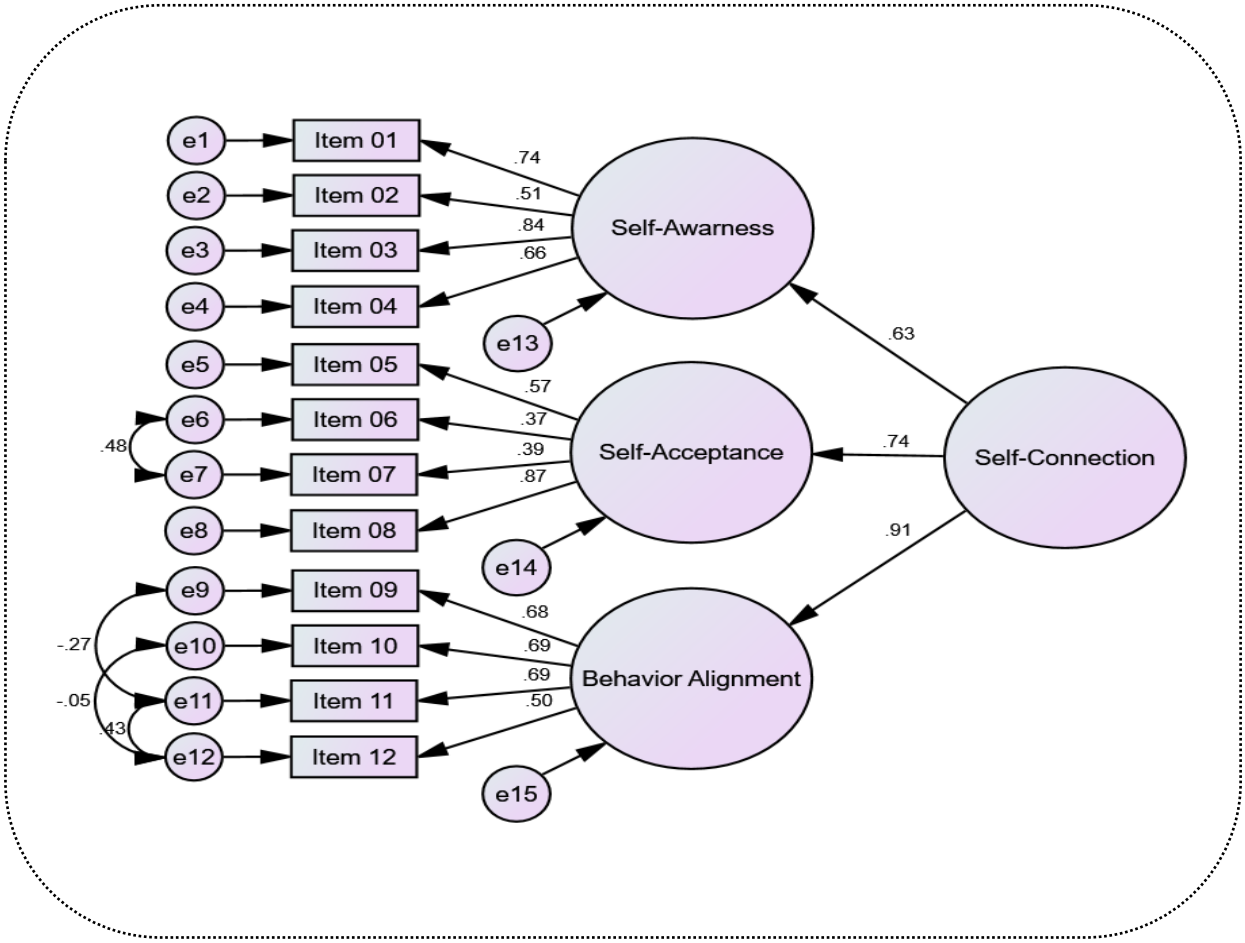
**جدول ۴. ضریب همبستگی اسپیرمن بین عوامل استخراج‌شده از طریق تحلیل عاملی**

| عوامل | آگاهی از خویشتن | پذیرش خویشتن | همسویی رفتار |
|---|---|---|---|
| آگاهی از خویشتن | ۱ | | |
| پذیرش خویشتن | ۰/۲۹۷** | ۱ | |
| همسویی رفتار | ۰/۴۶۹** | ۰/۵۰۳** | ۱ |

یادداشت: **: معناداری ضریب همبستگی در سطح کمتر از ۰/۰۱

همبستگی بین عوامل تأیید شده در تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ مشخص شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، ضرایب بین عوامل از ۰/۲۹۷ تا ۰/۵۰۳ متغیر بوده و هر سه عامل با یکدیگر همبستگی مثبت معناداری دارند ($p<0.01$).

این همبستگی بالا این فرضیه را ایجاد می‌کند که این سه عامل، ابعادی از یک سازهٔ کلی‌تر هستند. برای بررسی این فرضیه، تحلیل عاملی تأییدی مرتبهٔ دوم اجرا شد. همان‌طور که مدل عاملی مرتبهٔ دوم با سه عامل مرتبهٔ اول، از نظر آماری معادل مدل مرتبهٔ اول است، شاخص‌های برازش مدل و اصلاح آن یکسان بوده و برای جلوگیری از تکرار، از بیان مجدد آن‌ها خودداری می‌شود؛ بنابراین در ادامه، صرفاً پارامترهای مدل مرتبهٔ دوم گزارش می‌شوند. شکل ۳ نمودار مدل مرتبهٔ دوم نهایی پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشهود است، بارهای عاملی عوامل آگاهی از خویشتن، پذیرش خویشتن و همسویی رفتار بر سازهٔ اصلی، یعنی تماس با خویشتن به‌ترتیب برابر با ۰/۶۳، ۰/۷۴، و ۰/۹۱ هستند که تأییدکنندهٔ وجود این سازهٔ اصلی در مقیاس هستند.




**شکل ۳. ضرایب استاندارد مدل اصلاح‌شدهٔ مرتبهٔ دوم**

به‌منظور بررسی روایی ملاک SCS-P به شیوهٔ همزمان، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ذکر شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس آگاهی و FFMQ، زیرمقیاس پذیرش و SCS-SF، و زیرمقیاس همسویی و MLQ از ۰/۳۰۸ تا ۰/۴۹۱ متغیر بوده که از نظر آماری معنادار می‌باشد است ($p<0/01$) و این به معنای تأیید روایی همزمان SCS می‌باشد.

**جدول ۵. روایی همزمان مقیاس تماس با خویشتن**

| | زیرمقیاس آگاهی از خویشتن | زیرمقیاس پذیرش خویشتن | زیرمقیاس همسویی رفتار |
|---|---|---|---|
| پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی پنج عاملی | ۰/۴۹۱** | | |
| مقیاس شفقت به خود | | ۰/۴۵۹** | |
| پرسش‌نامهٔ معنا در زندگی | | | ۰/۳۰۸** |

یادداشت: **: معناداری ضریب همبستگی در سطح ۰/۰۱

**جدول ۶. همسانی درونی مقیاس تماس با خویشتن**

| نام مقیاس | تعداد گویه | آلفای کرونباخ |
|---|---|---|
| مقیاس تماس با خویشتن | **۱۲** | ۰/۸۱۷ |
| زیرمقیاس آگاهی | ۴ | ۰/۷۶۷ |
| زیرمقیاس پذیرش | ۴ | ۰/۶۸۲ |
| زیرمقیاس همسویی | ۴ | ۰/۷۳۸ |

به‌منظور بررسی همسانی درونی مقیاس تماس با خویشتن از آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ذکر شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، ضرایب کل مقیاس و زیرمقیاس‌های آگاهی از خویشتن و همسویی رفتار در حد قابل قبول و خوبی قرار دارند، در حالی که ضریب زیرمقیاس پذیرش خویشتن در سطح متوسطی می‌باشد: مقدار آلفای مقیاس تماس با خویشتن برابر با ۰/۸۱۷، زیرمقیاس آگاهی از خویشتن ۰/۷۶۷، زیرمقیاس پذیرش خویشتن ۰/۶۸۲ و زیرمقیاس همسویی رفتار نیز ۰/۷۳۸ به دست آمد.

به‌منظور بررسی پایایی دو نیمهٔ آزمون، پرسش‌ها را به دو نیم تقسیم کردیم، به‌طوری که پرسش‌های فرد یک بخش و پرسش‌های زوج بخش دیگر را شامل می‌شدند. محاسبهٔ ضرایب اسپیرمن - برون حاکی از مطلوب بودن پایایی دونیمهٔ مقیاس تماس با خویشتن و زیرمقیاس‌هایش بود (جدول ۷): ۰/۸۷۹ برای کل مقیاس، ۰/۷۶۶ برای زیرمقیاس آگاهی از خویشتن، ۰/۷۸۱ برای زیرمقیاس پذیرش خویشتن و ۰/۸۱۸ نیز برای زیرمقیاس همسویی رفتار.

**جدول ۷. پایایی دونیمهٔ مقیاس تماس با خویشتن**

| نام مقیاس | آلفای نیمهٔ اول | آلفای نیمهٔ دوم | همبستگی دونیمه | ضریب اسپیرمن - برون |
|---|---|---|---|---|
| مقیاس تماس با خویشتن | **۰/۶۵۲** | **۰/۶۷۱** | **۰/۷۸۳** | **۰/۸۷۹** |
| زیرمقیاس آگاهی **از** خویشتن | ۰/۷۷۰ | ۰/۴۹۵ | ۰/۶۲۱ | ۰/۷۶۶ |
| زیرمقیاس پذیرش خویشتن | ۰/۲۹۶ | ۰/۴۹۲ | ۰/۶۴۱ | ۰/۷۸۱ |
| زیرمقیاس همسویی **رفتار** | ۰/۴۷۱ | ۰/۵۰۹ | ۰/۶۹۲ | ۰/۸۱۸ |

## بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی مقیاس تماس با خویشتن (SCS-P) کلوسمن و همکاران [۴]، بر روی جامعهٔ ایرانی است. برای این منظور، پس از کسب اجازه از سازندگان ابزار، ابتدا اقدام به ترجمهٔ مقیاس از زبان انگلیسی به زبان فارسی به روش Forward-Backward نمودیم. این فرایند بدین شکل بود که ابتدا دو فارسی زبان مسلط به زبان انگلیسی نسخهٔ اصلی پرسش‌نامه را به زبان فارسی ترجمه نمودند. پس از تطبیق و ترکیب دو ترجمه و تشکیل یک ترجمهٔ واحد، از دو فارسی‌زبان دیگر

که تسلط کافی به زبان انگلیسی داشتند و از نسخهٔ اصلی پرسش‌نامه اطلاعی نداشتند، درخواست شد تا نسخهٔ فارسی پرسش‌نامه را به انگلیسی برگردانند. سپس با ترکیب دو نسخهٔ انگلیسی و دست‌یابی به یک نسخهٔ واحد با هم‌فکری مترجمان، نسخهٔ بازترجمه شده را برای سازندگان ابزار ارسال نمودیم تا ترجمه را با نسخهٔ اصلی مقایسه کنند که در نهایت صحت آن را تأیید نمودند.

در مرحلهٔ بعد به‌منظور سنجش روایی صوری مقیاس، از نظر ۵ متخصص مشاوره و روان‌شناسی و ۵ فرد عادی بهره برده شد که نتایج آن حاکی از تأیید روایی صوری مقیاس بود. روایی محتوایی مقیاس نیز با محاسبهٔ CVI و CVR پاسخ‌های ۱۰ متخصص روان‌شناسی و مشاوره مورد تأیید قرار گرفت. کلوسمن و همکاران نیز به منظور سنجش روایی صوری و محتوایی این ابزار، از نظرات دو نظریه‌پرداز تماس با خویشتن و پنج متخصص روان‌شناسی مثبت و اجتماعی بهره بردند که ۴۵ گویهٔ اولیهٔ ابزار را به ۲۹ گویه تقلیل دادند [۴].

در ادامه با توزیع مقیاس در بین ۱۲۸ نفر از افراد به سنجش روایی سازه، روایی ملاک، و پایایی ابزار پرداختیم. به‌منظور بررسی ساختار عاملی مقیاس، ابتدا از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد که نمودار سنگ‌ریزه (شکل ۱) و مقادیر ویژه، از سه عاملی بودن مقیاس حمایت کردند. در مرحلهٔ بعد، تحلیل عاملی تأییدی از مدل اصلاح شده با سه عامل آگاهی از خویشتن، پذیرش خویشتن و همسویی رفتار حمایت نمود (شکل ۳). با توجه به همبستگی بالای عوامل استخراج شده (جدول ۴)، این فرضیه که عوامل مذکور بخشی از سازهٔ سطح بالاتری هستند، مطرح شد و تحلیل عاملی مرتبهٔ دوم نیز انجام شد که نشان داد سه عامل آگاهی از خویشتن، پذیرش خویشتن و همسویی رفتار بر سازهٔ اصلی تماس با خویشتن بار عاملی دارند و این موضوع دقیقاً مبتنی بر مبانی نظری بود که کلوسمن و همکاران بیان کردند [۴] بر این اساس، روایی سازهٔ نسخهٔ فارسی مقیاس تماس با خویشتن نیز مورد تأیید قرار گرفت.

در راستای سنجش روایی ملاک به روش هم‌زمان، از پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی پنج عاملی، مقیاس شفقت به خود و پرسش‌نامهٔ معنا در زندگی استفاده شد (جدول ۵). در مطالعات پیشین نیز به ارتباط تماس با خویشتن با این متغیرها اشاره شده بود [۹، ۱۰، ۲۹-۳۱].

نتایج حاکی از ارتباط مستقیم معنادار زیرمقیاس آگاهی از خویشتن با پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی پنج عاملی بود. در ارتباط با ذهن‌آگاهی و آگاهی از خویشتن باید بیان داشت که ذهن‌آگاهی اغلب شامل فاصله گرفتن از خود یا فراتر رفتن از خود به نفع حفظ آگاهی عمومی از همه چیز، درون و بیرون از خود است [۱۵] آگاهی از خود صرفاً به تمرکز بر آنچه در حالات درونی فرد اتفاق می‌افتد، شامل ارزش‌ها، ترجیحات، منابع، اهداف، و شهودها اشاره دارد [۱]؛ بنابراین درحالی‌که افراد ذهن‌آگاه، آگاهی کلی از تجارب درونی و بیرونی به دست می‌آورند [۱۳]، افرادی که تماس با خویشتن دارند، آگاهی خاصی از خود نشان می‌دهند [۴].

زیرمقیاس پذیرش خویشتن نیز همبستگی مثبت معناداری با مقیاس شفقت به خود داشت. شفقت به خود به‌عنوان درک‌کردن و مهربان بودن با خود در لحظات سخت زندگی تعریف می‌شود. افراد با شفقت ورزیدن به خود، تجربیات شخصی را به عنوان «بخشی از تجربیات بزرگ‌تر انسانی» درک می‌کنند. این افراد در مواقع سخت زندگی به جای تجربهٔ احساس انزوا، احساس ارتباط با بشریت را تجربه می‌کنند [۳۲]. اگرچه به نوعی شفقت به خود شباهت‌هایی با مفهوم مؤلفهٔ پذیرش تماس با خویشتن دارد، اما تفاوت مهمی در این میان وجود دارد. شفقت به خود در موقعیت های دشوار بر خود متمرکز می‌شود و به‌جای پذیرش آن موقعیت‌ها، مستلزم هم‌ذات‌پنداری کمتر فرد با آن موقعیت است [۱، ۳۲، ۳۳]. درواقع، تماس با خویشتن که یکی از مؤلفه‌های آن پذیرش خویشتن است، موجب ارتباط بیشتر با خود می‌شود، درحالی‌که شفقت به خود موجب ارتباط بیشتر با بشریت و گونهٔ انسان می‌شود. علاوه بر این، شفقت به خود مستلزم عمل نبوده و صرفاً بر پذیرش و تأمل تأکید دارد؛ درحالی‌که برای تماس با خویشتن، همسویی رفتار با این پذیرش مبتنی بر آگاهی از خویشتن ضرورت دارد [۱، ۴].

در نهایت، زیرمقیاس همسویی رفتار نیز ارتباط مستقیمی با پرسش‌نامهٔ معنا در زندگی داشت. این یافته نشان‌دهندهٔ اهمیت هم‌ترازی میان اهداف، ارزش‌ها، و اعمال فرد در تجربه و درک معنای زندگی است. افراد دارای همسویی رفتار، اقداماتی انجام می‌دهند که با باورها، ارزش‌ها و ترجیحات درونی‌شان همسو بوده و در نتیجه احساس اصالت و تحقق شخصی بیشتری دارند [۹]. چنین افرادی از رفتارهای خود رضایت بیشتری داشته و از آنجایی

که این رفتارها به طور مداوم با ارزش‌ها و اهداف آن‌ها همخوانی دارند، به حس عمیق‌تری از معنای زندگی دست می‌یابند [۸]. در همین راستا کلوسمن و همکاران [۴]، تأکید کرده‌اند که همسویی رفتار به افراد اجازه می‌دهد تا نیازهای درونی خود را با اقدامات بیرونی خود تطبیق داده و از این طریق، حس انسجام و یکپارچگی را در زندگی تقویت کنند. این تطبیق از ناهماهنگی شناختی جلوگیری کرده و حس رضایت درونی را افزایش می‌دهد. افراد زمانی که به ارزش‌های شخصی خود پایبند هستند و رفتارهای خود را با آن ارزش‌ها هماهنگ می‌کنند، معنای بیشتری در زندگی خود تجربه می‌کنند [۱]. در نتیجه، همسویی رفتار می‌تواند نقشی کلیدی در کاهش تعارضات درونی و افزایش احساس هماهنگی با خود ایفا کند که این خود به معنای قوی‌تری از هدف و زندگی منجر می‌شود.

در نهایت، پایایی همسانی درونی ابزار نیز به روش آلفای کرونباخ (جدول ۶) و دو نیمه‌سازی (جدول ۷) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب پایایی برای هر سه زیرمقیاس و کل مقیاس در حد مطلوب بود که نشان‌دهندهٔ قابلیت اعتماد ابزار برای اندازه‌گیری مفهوم تماس با خویشتن در جامعهٔ ایرانی است. این یافته‌ها ابزار مناسبی را برای مطالعات بیشتر در زمینه‌های مختلف ازجمله بهزیستی روان‌شناختی و سایر حوزه‌های مرتبط [۴] فراهم می‌کنند.

## نتیجه‌گیری

تماس با خویشتن، سازهٔ جدیدی است که توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است. پژوهش حاضر با ترجمهٔ مقیاس ۱۲ گویه‌ای تماس با خویشتن و سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی آن، ابزاری معتبر را در اختیار پژوهشگران قرار داده تا به سنجش این سازه بپردازند. در پژوهش حاضر، روایی صوری، روایی محتوایی، روایی ملاک، روایی سازه، و پایایی ابزار مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل عاملی تأییدی وجود سه عامل آگاهی از خود، پذیرش این آگاهی و همسویی رفتار با این آگاهی را تأیید نمود. با انجام مطالعات بیشتر بر روی این ابزار در گسترهٔ جمعیتی متنوع‌تر می‌توان به اعتبار این ابزار افزود. همچنین، لازم است مطالعاتی در جهت بررسی ارتباط این سازه با سازه‌های مرتبط باسلامت روان و اختلالات روان‌شناختی انجام گیرد تا نقش آن در سلامتی و مشکلاتش روشن‌تر گردد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق‌پژوهش

پروپوزال این مطالعه در تاریخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۹ تصویب و برای انجام آن، مجوز اخلاقی به شمارهٔ IR.USWR.REC.1403.104 در تاریخ ۱۴۰۳/۰۵/۲۷ از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران دریافت شد. در روند مطالعه، اصول اخلاقی اختیار، استقلال و محرمانگی درمورد آزمودنی‌ها مدنظر قرار گرفت. جهت ورود به مطالعه از همهٔ افراد رضایت‌نامهٔ کتبی دریافت شد و حضور شرکت‌کنندگان در مطالعه اختیاری بود. همچنین، در زمینهٔ محرمانه ماندن اطلاعات، به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد. قبل از ارائهٔ پرسش‌نامه‌ها نیز آگاهی‌های لازم در زمینهٔ هدف و روش مطالعه به آزمودنی‌ها داده شد.

### حامی مالی

این مقاله استخراج‌شده از نتایج *پایان‌نامهٔ* کارشناسی‌ارشد رشتهٔ مشاوره توانبخشی نویسندهٔ اول در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران می‌باشد. این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است.

### مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: دکتر بهمن بهمنی و سید امیرحسین احمدی؛ روش‌شناسی: تمام نویسندگان؛ تحقیق: سید امیرحسین احمدی؛ تجزیه و تحلیل آماری: دکتر راضیه بیدهندی یارندی و سید محسن خیرخواه علوی؛ نگارش، بازبینی و ویراستاری: تمام نویسندگان.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران، از تمام افرادی که در انجام این پژوهش نقش داشتند، به ویژه افرادی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش مشارکت داشتند، نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

## منابع

1- Klussman K, Curtin N, Langer J, Nichols AL. The importance of awareness, acceptance, and alignment with the self: a framework for understanding self-connection. Eur J Psychol. 2022;18(1):120-31. doi: 10.5964/ejop.3707.

2- Klussman K, Nichols AL, Curtin N, Langer J, Orehek E. Self-connection and well-being: development and validation of a self-connection scale. Eur J Soc Psychol. 2022;52(1):18-45. doi: 10.1002/ejsp.2812.

3- Klussman K, Langer J, Nichols AL, Curtin N. What's stopping us from connecting with ourselves? A qualitative examination of barriers to self-connection. Int J Appl Posit Psychol. 2020;5(3):137-52. doi:10.1007/s41042-020-00031-x

4- Klussman K, Nichols AL, Curtin N, Langer J, Orehek E. Self-connection and well-being: development and validation of a self-connection scale. Eur J Soc Psychol. 2022;52(1):18-45. doi: 10.1002/ejsp.2812.

5- Klussman K, Nichols AL, Langer J, Curtin N. Connection and disconnection as predictors of mental health and wellbeing. Int J Wellbeing. 2020;10(2). doi: 10.5502/ijw.v10i2.855.

6- Klussman K, Langer J, Curtin N, Nichols AL. A qualitative examination of the experience of self-disconnection. Humanist Psychol. 2021;49(4):555-72. doi: 10.1037/hum0000182.

7- Klussman K, Nichols AL, Langer J, Curtin N. Improving mindfulness through self-connection. Rev Eur Psychol Appl. 2021;71(6):100626. doi: 10.1016/j.erap.2021.100626.

8- Klussman K, Nichols AL, Langer J, Curtin N. Improving mindfulness through self-connection. Rev Eur Psychol Appl. 2021;71(6):100626. doi: 10.1016/j.erap.2021.100626.

9- Klussman K, Nichols AL, Langer J, Curtin N. Does positive affect lead to perceptions of meaning in life? The moderating role of self-connection. Eur J Appl Posit Psychol. 2020;4(7):1-11. https://www.nationalwellbeingservice.org/volumes/volume-4-2020/volume-4-article-7/

10- Klussman K, Curtin N, Langer J, Nichols AL. Examining the effect of mindfulness on well-being: self-connection as a mediator. J Pac Rim Psychol. 2020;14. doi: 10.1017/prp.2019.29.

11- Kernis MH, Goldman BM. A multicomponent conceptualization of authenticity: Theory and research. Advances in experimental social psychology. 2006;38:283-357. doi: 10.1016/S0065-2601(06)38006-9.

12- Wood AM, Linley PA, Maltby J, Baliousis M, Joseph S. The authentic personality: a theoretical and empirical conceptualization and the development of the Authenticity Scale. J Couns Psychol. 2008;55(3):385-99. doi: 10.1037/0022-0167.55.3.385.

13- Lindsay EK, Creswell JD. Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). Clin Psychol Rev. 2017;51:48-59. doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.011.

14- Chatzisarantis NLD, Hagger MS, Wang JC. Evaluating the effects of implementation intention and self-concordance on behaviour. Br J Psychol. 2010;101(4):705-18. doi: 10.1348/000712609X481796.

15- Bernstein A, Hadash Y, Lichtash Y, Tanay G, Shepherd K, Fresco DM. Decentering and related constructs: a critical review and metacognitive processes model. Perspect Psychol Sci. 2015;10(5):599-617. doi: 10.1177/1745691615594577.

16- Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self Identity. 2003;2(3):223-50. doi: 10.1080/15298860309027.

17- Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment. 2006;13(1):27-45. doi: 10.1177/1073191105283504.

18- Cebolla A, Garcia-Palacios A, Soler J, Guillén V, Baños R, Botella C. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). The European Journal of Psychiatry. 2012;26(2):118-26. doi: 10.4321/S0213-61632012000200005.

19- Heeren A, Douilliez C, Peschard V, Debrauwere L, Philippot P. Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: adaptation and validation in a French-speaking sample. Rev Eur Psychol Appl. 2011;61(3):147-51. doi: 10.1016/j.erap.2011.02.001.

20- Lilja JL, Frodi-Lundgren A, Hanse JJ, Josefsson T, Lundh LG, Sköld C, et al. Five Facets Mindfulness Questionnaire—reliability and factor structure: a Swedish version. Cogn Behav Ther. 2011;40(4):291-303. doi: 10.1080/16506073.2011.580367.

21- Sugiura Y, Sato A, Ito Y, Murakami H. Development and validation of the Japanese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. Mindfulness. 2012;3:85-94. doi: 10.1007/s12671-011-0082-1.

22- Tamannaeifar S, Mirzaee M, Asgharnejad Farid AA, Soleimani M. Five Factor Mindfulness Questionnaire: instruction and scoring. 2019. **[In Persian]**

23- Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. Clin Psychol Psychother. 2011;18(3):250-5. doi: 10.1002/cpp.702.

24- Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. International Journal for the Psychology of Religion. 2012;22(2):106-18. doi: 10.1080/10508619.2011.638601

25- Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. Journal of counseling psychology. 2006;53(1):80. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.80.

26- Steger MF, Kashdan TB. Stability and specificity of meaning in life and life satisfaction over one year. Journal of Happiness Studies. 2007;8:161-79. doi: 10.1007/s10902-006-9011-8.

27- Steger MF, Shin JY, editors. The relevance of the Meaning in Life Questionnaire to therapeutic practice: A look at the initial evidence. International Forum for Logotherapy; 2010: Viktor Frankl Inst of Logotherapy.

28- Munro BH. Statistical methods for health care research: lippincott williams & wilkins; 2005.

29- Schlegel RJ, Hicks JA, Arndt J, King LA. Thine own self: true self-concept accessibility and meaning in life. J Pers Soc Psychol. 2009; 96(2): 473-90. doi: 10.1037/a0014060.

30- Schlegel RJ, Hicks JA, King LA, Arndt J. Feeling like you know who you are: perceived true self-knowledge and meaning in life. Pers Soc Psychol Bull. 2011;37(6):745-56. doi: 10.1177/0146167211400424.

31- Schlegel RJ, Vess M, Arndt J. To discover or to create: metaphors and the true self. J Pers. 2012;80(4):969-93. doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00753.x.

32- Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. Soc Personal Psychol Compass. 2011;5(1):1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x.

33- Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. Journal of research in personality. 2007;41(1):139-54. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004

## ضمیمه

### نسخهٔ فارسی پرسش‌نامهٔ تماس با خویشتن (SCS-P)

| ردیف | گویه | کاملاً مخالفم | مخالفم | تا حدی مخالفم | نظری ندارم | تا حدی موافقم | موافقم | کاملاً موافقم |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | من درک عمیقی از خودم دارم | | | | | | | |
| ۲ | شناخت و درک آنچه که در هر لحظه احساس می‌کنم برای من آسان است. | | | | | | | |
| ۳ | من خودم را به‌خوبی می‌شناسم. | | | | | | | |
| ۴ | اغلب از اینکه درک کمی نسبت به خودم دارم، تعجب می‌کنم. | | | | | | | |
| ۵ | سعی می‌کنم خودم را قضاوت نکنم. | | | | | | | |
| ۶ | وقتی متوجه خصوصیاتی در خودم می‌شوم که لزوماً دوستشان ندارم، سعی می‌کنم آن‌ها را بپذیرم. | | | | | | | |
| ۷ | وقتی که احساس یا باوری دارم که دوستش ندارم، آن را به عنوان بخشی از وجودم می‌پذیرم. | | | | | | | |
| ۸ | می‌توانم به‌راحتی خودم را به خاطر اشتباهاتم، ببخشم. | | | | | | | |
| ۹ | روش‌های مؤثری پیدا می‌کنم تا مطمئن شوم زندگی‌ام واقعاً انعکاس چیزهایی است که برایم اهمیت دارند. | | | | | | | |

**ادامه نسخهٔ فارسی پرسش‌نامهٔ تماس با خویشتن (SCS-P)**

| ردیف | گویه | کاملاً مخالفم | مخالفم | تا حدی مخالفم | نظری ندارم | تا حدی موافقم | موافقم | کاملاً موافقم |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱۰ | برای اینکه مطمئن شوم عملکردم بازتاب درستی از خود واقعی‌ام است، وقت کافی می‌گذارم. | | | | | | | |
| ۱۱ | سعی می‌کنم اقداماتم با ارزش‌هایم مطابقت داشته باشد. | | | | | | | |
| ۱۲ | سعی می‌کنم مطمئن شوم روابطم با دیگران، منعکس‌کننده ارزش‌هایم باشد. | | | | | | | |

**دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»**
**دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۹۲-۲۷۹**
DOI: 10.22070/cpap.2026.22258.1989

**مقاله پژوهشی**

# بازاندیشی در تحریف‌های شناختی با نظر به مغالطات منطقی

**نویسندگان**

**محمد جواد پاشایی** [*1]

۱. دانشیار گروه فلسفه، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

**تاریخ دریافت:**
۱۴۰۴/۱۲/۰۸

**تاریخ پذیرش:**
۱۴۰۵/۰۶/۲۸

**چکیده**

**مقدمه:** تحریف‌های شناختی از مفاهیم بنیادین روان‌شناسی شناختی و درمان شناختی-رفتاری هستند و در شکل‌گیری هیجان‌ها و قضاوت‌های ناسازگار نقش کلیدی دارند. با وجود هم‌پوشانی کارکردی میان برخی تحریف‌های شناختی و مغالطات منطقی، تاکنون مطالعه‌ای نظام‌مند برای تلفیق این دو حوزه انجام نشده است. پژوهش حاضر با هدف توسعه‌ی طبقه‌بندی تحریف‌های شناختی از طریق بهره‌گیری از مغالطات منطقی صورت گرفت.

**روش:** این پژوهش با رویکرد تحلیل مفهومی و مطالعه‌ی تطبیقی انجام شد. ابتدا تحریف‌های شناختی رایج از منابع معتبر روان‌شناسی شناختی استخراج و ویژگی‌های آن‌ها مشخص گردید. سپس مهم‌ترین مغالطات منطقی شناسایی و با معیار «قابلیت تبدیل به الگوی پایدار و تکرارشونده‌ی پردازش اطلاعات» غربال و بازتفسیر شدند.

**نتایج:** در این پژوهش، هفده تحریف شناختی رایج شناسایی شدند. همچنین، از میان مغالطات منطقی بررسی‌شده، ده مغالطه که واجد شرایط تبدیل به الگوی شناختی پایدار بودند، احصاء گردیدند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که در کنار تحریف‌های شناختی شناخته‌شده، مجموعه‌ی قابل‌توجهی از مغالطات منطقی قابلیت بازتفسیر به‌عنوان الگوهای تحریف شناختی را دارند؛ مشروط بر آن‌که این مغالطات در فرایند پردازش و تفسیر اطلاعات فرد، تکرار و درونی شوند. این رویکرد ضمن ایجاد پیوند میان روان‌شناسی شناختی و منطق، چارچوب جامع‌تری برای مفهوم‌پردازی خطاهای شناختی فراهم می‌کند و می‌تواند زمینه‌ساز توسعه‌ی ابزارهای تشخیصی و مداخلات درمانی در رویکرد شناختی-رفتاری باشد.

**کلیدواژه‌ها**

خطاهای شناختی، تحریفات شناختی، مغالطات منطقی، درمان شناختی رفتاری، استدلال

**پست الکترونیکی نویسنده مسئول**

mjpashaei@shahed.ac.ir

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۹۲-۲۷۹
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 279-292

## مقدمه

یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های علوم شناختی، روان‌شناسی و فلسفه ذهن، تبیین علل خطاپذیری اندیشه انسان است. انسان موجودی است که پیوسته درباره خود، دیگران و جهان پیرامون داوری می‌کند و بخش عمده‌ای از رفتارهای او بر پایه همین داوری‌ها شکل می‌گیرد. با این حال، پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که قضاوت‌های انسان همواره منطبق با واقعیت نیست و ذهن در فرآیند ادراک، تفسیر، استنتاج و تصمیم‌گیری، مستعد انواع گوناگونی از خطاست. در روان‌شناسی، این خطاها عمدتاً ذیل عنوان «تحریف‌های شناختی» بررسی شده‌اند [۱]. نظریه شناختی بک بر این فرض استوار است که هیجان‌های ناسازگار و بسیاری از اختلالات روان‌شناختی، پیامد الگوهای نادرست تفسیر واقعیت هستند. از این منظر، فرد نه به دلیل خود رویدادها، بلکه به سبب شیوه تفسیر آن‌ها دچار اضطراب، افسردگی یا سایر مشکلات هیجانی می‌شود [۲]. بر همین اساس، شناسایی و اصلاح تحریف‌های شناختی به یکی از ارکان اصلی درمان شناختی ـ رفتاری تبدیل شده است. با وجود اهمیت فراوان این رویکرد، دامنه تحریف‌های شناختی در اغلب منابع روان‌شناسی به فهرستی محدود از الگوهای پردازش اطلاعات تقلیل یافته است. در مشهورترین طبقه‌بندی‌ها، معمولا بیش از ۱۰ تحریف شناختی معرفی می‌شود؛ تحریف‌هایی که عمدتاً ناظر به خطاهای فرد در تفسیر رویدادها، پیش‌بینی آینده یا ارزیابی خویشتن هستند [۳,۴]. در سوی دیگر، سنت منطق، به‌ویژه در مبحث مغالطات، تاریخ بسیار طولانی‌تری در مطالعه خطاهای اندیشه دارد. از زمان ارسطو تاکنون، منطق‌دانان ده‌ها نوع مغالطه را شناسایی و تحلیل کرده‌اند [۱۶]. هر یک از این مغالطات، نوعی الگوی نسبتاً پایدار از خطای اندیشه را توصیف می‌کند که می‌تواند انسان را به نتیجه‌گیری نادرست سوق دهد. با وجود اشتراک آشکار این دو حوزه در مطالعه خطاهای ذهن، ارتباط میان آن‌ها تاکنون کمتر مورد توجه قرار گرفته است. روان‌شناسان عمدتاً مغالطات منطقی را در حوزه آموزش تفکر انتقادی بررسی کرده‌اند و منطق‌دانان نیز کمتر کوشیده‌اند یافته‌های خود را با نظریه‌های شناختی تلفیق کنند. نتیجه آن است که دو ادبیات علمی موازی شکل گرفته‌اند که هر دو درباره خطاهای اندیشه سخن می‌گویند، اما زبان، اهداف و نظام طبقه‌بندی متفاوتی دارند. بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون مطالعات متعددی به معرفی تحریف‌های شناختی یا تحلیل مغالطات منطقی پرداخته‌اند، اما پژوهشی که به‌طور نظام‌مند مجموعه مغالطات منطقی را به‌عنوان بخشی از منظومه خطاهای شناختی تحلیل کرده و بر اساس آن، طبقه‌بندی جامع‌تری از خطاهای شناختی ارائه دهد، بسیار اندک یا بدون انسجام نظری است. از این‌رو، میان ادبیات روان‌شناسی و ادبیات منطق، شکافی مفهومی وجود دارد که هنوز به‌صورت روشمند پر نشده است. با این همه علی اصغر خندان [۵] در کتاب «مغالطات» با طبقه‌بندی جدید به بیش از ۸۵ مغالطه منطقی اشاره کرده است. با بررسی آثار بک و برخی دیگر پژوهشگران [۶,۲] نیز تعداد این خطاها را می توان به هفده مورد رساند. بر این اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر آن است که آیا طبقه‌بندی رایج تحریف‌های شناختی در روان‌شناسی، همه انواع خطاهای شناختی انسان را پوشش می‌دهد یا آنکه تحلیل نظام‌مند مغالطات منطقی نشان می‌دهد مجموعه گسترده‌تری از خطاهای شناختی وجود دارد که در طبقه‌بندی‌های رایج روان‌شناسی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند؟ پژوهش حاضر می‌کوشد با تحلیل تطبیقی تحریف‌های شناختی و مغالطات منطقی، ضمن تبیین نسبت مفهومی این دو حوزه، الگویی تلفیقی برای طبقه‌بندی جامع‌تر خطاهای شناختی ارائه کند؛ الگویی که بتواند زمینه‌ساز گفت‌وگوی میان روان‌شناسی شناختی، منطق، فلسفه ذهن و علوم شناختی باشد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش نظری و با رویکرد تحلیل مفهومی _ تطبیقی انجام شده است. در مرحله نخست، ادبیات روان‌شناسی درباره تحریف‌های شناختی، به‌ویژه آثار آرون بک، و سایر صاحب‌نظران درمان شناختی ـ رفتاری بررسی شد تا ویژگی‌ها و معیارهای تعریف تحریف شناختی استخراج شود. در مرحله دوم، مهمترین مغالطات منطقی معرفی‌شده در منابع منطق، تحلیل مفهومی شد. در مرحله سوم، با مقایسه این دو نظام، تلاش شد تا با کمک مغالطات منطقی، بازتفسیری از الگوهای تحریف شناختی ارائه شود.

## تحریف شناختی در روان‌شناسی جدید

### ۱. چیستی

خطا به طور عام و خطای در شناخت به طور خاص، از ویژگی‌های اجتناب‌ناپذیر انسانها به شمار میرود. برخلاف رویکردهای کلاسیک که ذهن را موجودی اساسا منطقی تلقی می‌کنند، پژوهش‌های چند دهه اخیر نشان میدهد که انسان در ادراک، حافظه، استدلال، داوری و تصمیم‌گیری به‌صورت نظام‌مند دچار خطا می‌شود. نه تنها این خطاها تصادفی نیستند، بلکه از الگوهای نسبتاً پایداری پیروی می‌کنند که ریشه در ساختار شناخت انسان دارند [۱۰,۹]. بدین جهت، می‌توان «خطای شناختی» را چنین تعریف کرد: هرگونه انحراف نظام‌مند در پردازش صحیح اطلاعات که موجب تفسیر، استنتاج، قضاوت یا تصمیم‌گیری نادرست شود [۷]. اما در میان انواع خطاهای شناختی، «تحریف‌های شناختی» جایگاه ویژه‌ای در روان‌شناسی بالینی دارند. اگرچه در برخی متون این دو اصطلاح به جای یکدیگر به کار رفته‌اند، اما تحریف‌های شناختی در معنای دقیق‌تر، الگوهای نظام‌مند و ناکارآمد تفسیر واقعیت هستند که عمدتاً در بستر نظریه شناختی بک مطرح شده‌اند [۲]. در دیکشنری APA تحریف شناختی، تفکر، ادراک یا باور نادرست یا غیردقیقی است که فرایندی روان‌شناختی و طبیعی بوده و می‌تواند در همه افراد و با شدت و ضعف متفاوت، رخ دهد [۸]. بر اساس مدل شناختی، ما همواره در حال ارزشیابی، تفسیر یا ارزش گذاری اطلاعات حاصل محیط درونی و بیرونی هستیم. در شرایط هیجانی شدید یا در حالتهای هیجانی بالینی مثل اختلالات اضطرابی یا افسردگی تحریف یا خطا در پردازش اطلاعات آشکارتر و برجسته تر شده و همچنین به دلیل فعال بودن ساختارهای معنا گذاری مرتبط با هر اختلال... این خطاها منظم و سوی مندانه میشوند. با توجه به آنچه گفته شد تعبیر و تفسیر دنیای اطراف و خود فرد، فرایندی عینی و دقیق و منطبق با واقعیت اطراف نبوده بلکه برعکس تحریف شده و توام با خطا یا تحریف شناختی صورت می گیرد [۶]. شکل‌گیری منسجم مفهوم تحریف‌های شناختی در روان‌شناسی محصول تحول رویکردهای شناختی دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ است که با آثار آلبرت الیس و سپس آرون بک به اوج رسیده و عمدتاً با نظریه شناختی بک شناخته می‌شود و یکی از ارکان اصلی درمان شناختی-رفتاری (CBT) نیز به شمار می‌آید. بر پایه این نظریه، رویدادها مستقیماً موجب هیجان نمی‌شوند، بلکه برداشت فرد از رویدادها منشأ هیجان هستند.و در نتیجه اگر این برداشت تحریف شود، هیجان نیز تحریف شده و به دنبالش رفتارهای ناسازگار شکل میگیرد.

### ۲. ویژگی‌ها

الف. نظام پردازش اطلاعات می‌تواند در تمامی سطوح از جمله ادراک، توجه، حافظه و تعبیر و تفسیر دچار تحریف و سوی مندی شود [۶].

ب. پژوهشهایی که در حوزه آسیب شناسی شناختی انجام شده نشان داده‌اند که ادراک محرک های درونی و بیرونی، تابع شرایط هیجانی فرد است. برای مثال فرد افسرده نشانه‌های طرد و نادیده گرفته شدن را در محیط به راحتی ادراک می کند ولی نشانه های پذیرش و تایید از طرف فرد مقابل را نادیده می‌گیرد [۱۱].

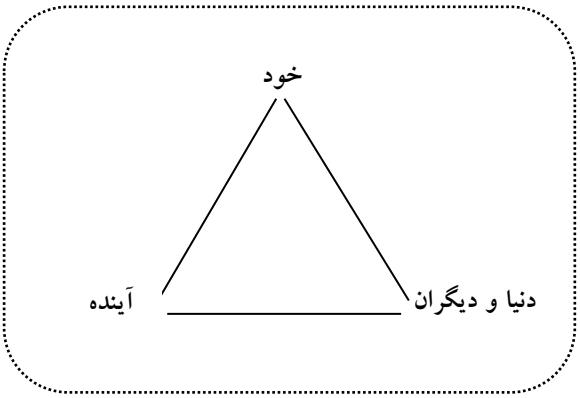
ج. شناختها، رفتار و هیجان را تعیین می‌کنند، ولی در عین حال رفتارهای معیوب و هیجان‌های منفی خود باعث تشدید شناخت های منفی تحریف شده و ناکارآمد می‌شوند [۲].

د. تحریف‌های شناختی می‌توانند در قالب الگوهای تکرارشونده در افکار و تفسیر رویدادها نمود پیدا کنند [۱۲].

### ۳. طبقه بندی

در ادبیات شناخت‌درمانی، تحریف‌های شناختی می‌توانند در سطوح مختلف پردازش شناختی، اعم از باورهای بنیادین، باورهای میانی و افکار خودکار، نمود پیدا کنند. اینها، سه سطح از شناخت انسان هستند که باورهای بنیادین، عمیق‌ترین سطح آنند. باورهای میانجی دومین سطح از شناخت را تشکیل می‌دهند که بیشتر شخصی بوده و شامل فرضهای مشروط، بایدها و قواعد می‌شوند. افکار خودآیند نیز سطحی‌ترین لایه شناختند که آشکارترین و قابل دسترس‌ترین سطح شناختها را تشکیل می‌دهند [۶]. بک و همکاران سه گانه شناختی (مثلث شناختی) را معرفی نمودند که بر اساس آن، باورهای بنیادین افراد در نهایت به سه باور در مورد «خود»، «دنیا و دیگران» و «آینده» بازمی‌گردد. برخی از مثالهایی که در باورهای بنیادین

ناسازگارانه (تحریف شناختی) در حیطه خود دیده می‌شود عبارت است از «من ضعیفم»، «من ناتوانم»، «من دوست داشتنی نیستم»، «من خواستنی نیستم»، «من بدم»، «من مستحق یک رفتار خاص هستم»، «من در معرض خطرم». باورهای بنیادین ناسازگارانه در حیطه دنیا و دیگران می‌تواند شامل مواردی از این قبیل باشد: «خطر در هر گوشه ای در کمین است»، «باید از دیگران استفاده کرد»، «روزگار ناجوانمرد است»، «آدمها به من صدمه خواهند زد». باورهای بنیادین آسیب زننده ای که در مورد آینده وجود دارد، می تواند شامل مواردی از قبیل «همیشه بدبخت خواهم بود»، «هیچ وقت هیچ چیز بهتر نخواهد شد» باشد [۶و۱۳].




**شکل شماره ۱: مثلث شناختی بک**

با صرف‌نظر از این بحث، مهم‌ترین تحریف‌های شناختی مطرح در روان‌شناسی را به نقل از موتابی و کوین [۳و۶] می‌توان در موارد زیر برشمرد؛ تحریف‌هایی که وجه مشترک همه آن‌ها، پردازش ناآگاهانه و غیراستدلالی اطلاعات است:

(۱) ذهن خوانی[1]: در ذهن خوانی فرد فرض را بر این می‌گذارد که می‌داند فرد مقابل چه فکر می‌کند بی آن که شواهد کافی در مورد افکار وی داشته باشد. برای مثال فرد به خود می‌گوید: او فکر می‌کند من یک بازنده‌ام.

(۲) پیش گویی[2]: در این خطای شناختی فرد آینده را پیش بینی می‌کند. برای مثال وی پیش بینی می‌کند که اوضاع بدتر خواهد شد یا خطری در پیش است. برای مثال در امتحان قبول نخواهم شد یا این شغل را به دست نخواهم آورد.

(۳) فاجعه سازی[3]: فرد بر این باور است که آنچه که اتفاق افتاده یا اتفاق خواهد افتاد آن چنان دردناک و غیر قابل تحمل خواهد بود که وی نمی‌تواند آن را تحمل کند. برای مثال اگر در امتحان رد شوم، وحشتناک است.

(۴) برچسب زدن[4]: فرد یک ویژگی منفی خیلی کلی را به خود و دیگران نسبت می دهد. برای مثال من دوست داشتنی نیستم یا او بی لیاقت است.

(۵) دست کم گرفتن جنبه های مثبت[5]: در این خطای شناختی فرد مدعی است که دستاوردهای مثبت وی یا دیگران ناچیز و جزئی هستند. برای مثال: «این وظیفه زن خانه است، بنابراین وقتی به من توجه می‌کند که شق القمر نکرده است.» «این موفقیتها که مهم نیستند خیلی آسان به دست آمدند».

(۶) فیلتر منفی[6]: فرد تقریباً منحصراً بر جنبه های منفی متمرکز می‌شود و به ندرت به جنبه‌های مثبت توجه می‌کند. برای مثال اگر نگاهی بیاندازید متوجه می شوید چه تعداد آدمهایی هستند که مرا دوست ندارند.

(۷) تعمیم افراطی[7]: فرد صرفاً بر اساس یک رویداد خاص، یک الگوی کلی (فراگیر) منفی را استنباط می‌کند. برای مثال این اتفاق همیشه برای من پیش می‌آید، انگار من خیلی جاها شکست می‌خورم.

(۸) تفکر دو قطبی[8]: فرد دیگران یا اتفاقها را به صورت همه یا هیچ می‌بیند. برای مثال: همه مرا کنار گذاشته‌اند»، یا «وقت تلف کردن بود».

(۹) بایدها[9]: رویدادها بر مبنای این که چطور باید می‌بودند تفسیر می‌شوند و نه بر مبنای این که واقعاً چطور هستند. برای مثال باید خوب عمل کنم و اگر خوب عمل نکنم یعنی شکست خورده ام.

(۱۰) شخصی سازی[10]: فرد به خاطر اتفاقات ناخوشایند منفی تقصیر زیادی را به صورت غیر منصفانه به خود نسبت می دهد و به این موضوع توجه نمی‌کند که

1 . mind reading
2 . fortune telling
3 . catastrophizing .
4 . labeling
5 . minimizing positives
6 . negative filter
7 . overgeneralization
8 . dichotomous thinking
9 . shoulds
10 . personalization

دیگـران باعـث اتفاقـات خـاص مـی‌شـوند. بـرای مثـال ازدواجم به بن بست رسید، چون من شکست خـوردم و از پسش بر نیامدم.

(۱۱) مقصر دانستن[1]: در این خطای شناختی فرد دیگری را را منبع اصلی احساسـات منفـی خـود خـود مـی‌دانـد و مسئولیت تغییر خود را نمی‌پـذیرد. بـرای مثـال تقصـیر اوست که من الآن این گونه احساس مـی‌کـنم یـا تمـام مشکلات من تقصیر والدینم است.

(۱۲) مقایسه های غیر منصفانه[2]: فـرد اتفاقهـا را بـر اسـاس استانداردهایی تفسیر می‌کند که واقع بینانه نیستند. بـه این ترتیب که به افرادی توجه می‌کنـد کـه بهتـر از وی عمل می‌کنند و در نتیجه خود را در مقایسه بـا دیگـران حقیر و پست می‌بینند. برای مثال: «او پدر مقایسه با من موفق تر است یا دیگران بهتر از من امتحان دادند.

(۱۳) همیشه پشیمان بودن: مشخصه این خطـای شـناختی تمرکز و اشتغال ذهنی با این که من می توانستم بهتر از اینها عمل کنم به جای توجه به ایـن کـه مـن الآن چـه کارهایی را می‌توانم بهتر انجام بدهم اسـت. بـرای مثـال اگر تلاش کرده بودم می‌توانسـتم شـغل بهتـری داشـته باشم» یا «نباید این حرف را می‌زدم».

(۱۴) چه می‌شود اگر؟[3]: فـرد یـک سلسـه سـؤالات از خـود می‌پرسد که همه به این صورت هستند که چه می‌شـود اگر یا نکند که اتفاق خاصی بیافتد؟ و البته فرد هرگـز از پاسخی که به خود می‌دهد راضـی نیسـت. بـرای مثـال درست ولی اگر مضـطرب شـوم چـه؟» یـا «اگـر نتـوانم درست نفس بکشم چه؟

(۱۵) استدلال هیجانی[4]: فرد بـه خـود اجـازه مـی‌دهـد کـه احساساتش تفسیر وی از واقعیت را هدایت کننـد. بـرای مثال: احساس افسردگی می‌کنم و این یعنی ازدواجم به بن بست خورده است یا دلم گواهی می‌دهـد کـه قبـول نمی شوم.

(۱۶) ناتوانی در عـدم تأییـد شـواهد: فـرد همـه مـدارک یـا شواهد بر علیه افکار منفی خود را رد می‌کند. برای مثال وقتی این تفکر را دارد که دوست داشـتنی نیسـتم، هـر مدرکی که نشان بدهد آدمها وی را دوسـت دارنـد را رد می‌کند. در نتیجه افکار فرد قابل رد کردن نیستند. برای مثال: موضوع واقعا این نیست مشکلات عمیق تر از ایـن حرفها هستند، دلایل و عوامل دیگری در کارند.

(۱۷) برخورد قضاوتی: فرد در این خطای شناختی، خودش، دیگران و اتفاقها را به جای این که صـرفاً فقـط توصـیف کند بپذیرد یا درک کند، به صورت سیاه و سفید ارزیابی می‌کند. خودش و دیگران را بر مبنای معیارهای دلبخواه و سلیقه ای قضاوت می‌کند و به این نتیجه می‌رسد کـه خودش یا دیگران کوتاهی کرده‌اند.

به قضاوت دیگران یا به قضـاوت سـختگیرانه از خـودش درباره‌ی خـویش بهـای زیـادی مـی‌دهـد. بـرای مثـال «در دانشگاه خوب درس نخواندم» یا «اگر تنیس کار کنم خـوب از آب در نمی‌آید» یا «ببین چقدر موفق است، من نیستم».

### ۴. نقد طبقه‌بندی

با نظر به آنچه گفته شد، دو نکته حائز اهمیت است:

الف. با دقتی منطقی در مثلث شناختی بک، اقسـام ایـن مثلـث بایـد بـه گونـه‌ای دیگـر بـازطراحی شـوند؛ زیـرا تقسیم‌بندی یادشـده از دو جهـت بـا اشـکال مواجـه اسـت. نخست آنکه این اقسام از حیـث زمـانی بـا یکـدیگر تـداخل دارند؛ به این معنا که تحریف‌های مربوط به باورهای بنیادین درباره «خود» لزوماً به زمان حال محدود نبوده و مـی‌تواننـد ناظر به گذشـته یـا آینـده نیـز باشـند. بـه همـین ترتیـب، تحریف‌های مربوط به «دیگران» نیز می‌توانند معطوف به هر یک از سـه سـاحت زمـانیِ گذشـته، حـال و آینـده باشـند. تحریف‌های معطوف بـه «دنیـا» نیـز از ایـن قاعـده مسـتثنا نیستند و نمی‌توان آنها را به زمان خاصی محـدود کـرد. دوم آنکه اساسـاً تجمیـع «دنیـا» و «دیگـران» در یـک ضـلع، از توجیـه منطقـی کـافی برخـوردار نیسـت؛ زیـرا «خـود»، «دیگـران» و «دنیـا» سـه موضـوع متمـایز بـرای باورهـا و ارزیابی‌های شناختی به شمار می‌روند و هر یک می‌توانند به صـورت مسـتقل موضـوع تحریـف قـرار گیرنـد. ازایـن‌رو، مناسب‌تر است در تقسیمی جامعتر، تحریف‌ها را یـا مـرتبط بـا خویشـتن دانسـت و یـا غیـر. و تحریـف‌هـای مـرتبط بـا غیرخویشتن را یا درباره انسانهای دیگـر دانسـت و یـا سـایر موجودات. هرکدام نیز می‌تواند در یکی از زمان‌های سه‌گانه، اتفاق افتد. شکل شماره ۲، شمایی از این تقسیم بندی است:

1 . blaming
2 . unfair comparisons
3 . what if?
4 . emotional reasoning



**تقسیم جامع‌تر تحریف‌ها**

| زمان وقوع | تحریف‌های مرتبط با خود (دربارهٔ خویشتن) | تحریف‌های مرتبط با غیرخویشتن (دربارهٔ غیرخود) | |
|---|---|---|---|
| | | دربارهٔ انسان‌های دیگر | دربارهٔ سایر موجودات |
| **گذشته** (آنچه بوده) | **تحریف‌های مربوط به گذشتهٔ خود** (باورهای نادرست دربارهٔ تجربیات، تصمیمات و ویژگی‌های گذشتهٔ خود) | **تحریف‌های مربوط به گذشتهٔ انسان‌های دیگر** (باورها، برداشت‌ها و اعمال، (گفتار و ویژگی‌های گذشتهٔ آن‌ها) | **تحریف‌های مربوط به گذشتهٔ سایر موجودات** (باورهای نادرست دربارهٔ موجودات (غیرانسانی در گذشته) |
| **حال** (آنچه هست) | **تحریف‌های مربوط به حال خود** (برداشت‌های نادرست از وضعیت، احساسات، توانایی‌ها و انتخاب‌های کنونی خود) | **تحریف‌های مربوط به حال انسان‌های دیگر** (برداشت‌های نادرست از وضعیت، رفتار، (قصدها و احساسات کنونی آن‌ها) | **تحریف‌های مربوط به حال سایر موجودات** (برداشت‌های نادرست از وضعیت و رفتار (موجودات غیرانسانی در حال حاضر) |
| **آینده** (آنچه خواهد بود) | **تحریف‌های مربوط به آیندهٔ خود** (پیش‌بینی‌های نادرست دربارهٔ اتفاقات، موفقیت‌ها، شکست‌ها و مسیر آیندهٔ خود) | **تحریف‌های مربوط به آینده انسان‌های دیگر** (پیش‌بینی‌های نادرست دربارهٔ تصمیمات، رفتارها و سرنوشت آیندهٔ آن‌ها) | **تحریف‌های مربوط به آینده سایر موجودات** (پیش‌بینی‌های نادرست دربارهٔ موجودات (غیرانسانی در آینده) |

**شکل شماره ۲: تقسیم جامعتر تحریف‌ها**

ب. مهم‌ترین محدودیت طبقه‌بندی رایج تحریف‌های شناختی آن است که ملاک طبقه‌بندی روشنی برایش ارائه نمی‌شود. برای مثال: چرا ذهن‌خوانی یک تحریف مستقل است؛ اما علت جعلی (یکی از مغالطات) تحریف محسوب نمی‌شود؟ چرا استدلال هیجانی وجود دارد ولی استناد به مرجع کاذب (یکی دیگر از مغالطات) در فهرست تحریفات شناختی دیده نمی‌شود؟ و...

در منابع روان‌شناسی پاسخ روشنی به این پرسش دیده نمی‌شود. اما به نظر می‌رسد دلیلش آن باشد که هدف بِک، تدوین یک نظام جامع خطاهای شناختی نبوده، بلکه معرفی رایج‌ترین الگوهای مؤثر در درمان افسردگی و اضطراب و سایر اختلالات هیجانی از اهداف موردنظر او به‌شمار می‌آمده است. بنابراین نمی‌توان انتظار داشت که طبقه‌بندی وی جامع همه خطاهای شناختی باشد. لذا به نظر نگارنده، تعداد قابل توجهی از مغالطات منطقی را می‌توان با یک شرط به‌عنوان الگوهای پایدار تحریفات شناختی بازتفسیر کرد و آن درصورتی است که این مغالطات مایه درونی کردن خطاهای شناختی و تعمیق آن در ناهشیار انسان شوند، حتی اگر همه آن‌ها لزوماً تحریف شناختی به معنای خاصِ بک تلقی نشوند.

## مغالطه در منطق

### ۱. تعریف

یکی از مختصرترین تعاریف مغالطه عبارت از قیاسی مرکب است که از وهمیات یا مشبهات حاصل می‌شود [۱۴]. تعریف دیگر، آن را قیاس فاسدی می‌داند که منتج به نتیجه صحیح نبوده و فسادش یا از جهت ماده است یا صورت و یا هردو [۱۵]. در عامترین تعریف، گاه مغالطه به چیزی در حد یک باور نادرست تلقی می‌شود [۱۹].

## ۲. سیر تاریخی

اما به جهت تاریخی، تدوین منظم و علمی مباحث مربوط به مغالطات اولین بار توسط ارسطو صورت گرفت. مبحث مغالطات یکی از هشت رساله‌ای بود که ارسطو در علم منطق تدوین کرد. کتاب‌های منطقی دو بخشی (تصورات و تصدیقات)، بحث تصدیقات را در دو شاخه صوری و مادی مطرح می‌کنند. در شاخه صوری پس از بیان انواع قضیه و استدلال روشهای صحیح استنتاج از قضایای صادق مورد بررسی قرار می‌گیرند، اما در شاخه مادی انواع استدلال به پنج نوع تقسیم می‌شوند که هر یک را صنعت و مجموع آنها را صناعات خمس یعنی مهارت‌های پنجگانه می‌نامند که عبارت اند از برهان جدل خطابه شعر و مغالطه [۵]. در دوران معاصر نیز پژوهشگرانی مانند همبلین [۱۷]، والتون [۱۸] و... نظریه مغالطات را توسعه داده‌اند.

## ۳. طبقه بندی

در کتاب های منطق سنتی، بنابر طبقه بندی رایج، مغالطات ابتدا به دو قسم مغالطه در قیاس و مغالطه در امور خارج از قیاس تقسیم می شود. مراد از قسم دوم مواردی است هم چون شرمنده کردن مخاطب، ناسزا گفتن، مسخره کردن، و ... اما مغالطه در قیاس بر دو قسم لفظی و معنوی است که مغالطات لفظی یا بسیط هستند یا مرکب. مغالطات مرکب یا در نفس ترکیب است یا در ترکیب مفصل و یا در تفصیل مرکب و مغالطات بسیط یا در نفس ذات الفاظ است یا در هیأت و احوال الفاظ. اما مغالطات معنوی یا در یک قضیه رخ می دهد که شامل مغالطات ایهام انعکاس اخذ غیر ذاتی به جای ذاتی و سوء اعتبار حمل می باشد و یا در قضایای مرکبه که مشتمل است بر چهار مغالطه سوء تألیف، مصادره به مطلوب، غیر علت را علت شمردن و جمع چند مسئله در یک مسئله. به این ترتیب سیزده نوع مغالطه بیان شده به وسیله ارسطو تقریباً به شکل یک حصر عقلی فهرست می شود. در آثار منطق دانان اروپایی بیشتر مغالطات در تقسیم اولیه به دو بخش صوری و غیرصوری تقسیم می شوند. برخی برای مغالطات غیر صوری دو قسم ربطی و ایهامی ذکر می‌کنند و برخی برای آن پنج قسم ربطی، استنتاج ضعیف، فرض نادرست، ابهامی و ناشی از مشابهت های دستوری را بر می‌شمرند. در دایرۀ المعارف پل ادواردز برای مغالطات دو قسم اصلی قیاسی (صوری و غیر صوری) و غیرقیاسی (استقرا، تمثیل و طبقه بندی) ذکر شده و در پایان دو قسم دیگر، یعنی مغالطات خطابی و فلسفی نیز افزوده شده است. تقسیم بندی دیگر انواع مغالطه را عبارت از سه نوع استدلال می‌داند: الف) استدلال دارای مقدمات نادرست، ب) استدلال دارای مقدمات درست اما بی ربط به نتیجه، ج) استدلال دارای مقدمات درست و مربوط اما غیر کافی برای اثبات نتیجه [۵]. اما آنچه در این پژوهش مورد نظر قرار گرفته، عدول از تقسیم مغالطات بر حسب علت مغالطات، به تقسیم برحسب محل ارتکاب مغالطات است؛ چراکه این شیوه بهتر می‌تواند تنوع گسترده مغالطات و لغزش‌های فکری را پوشش دهد. مغالطه‌ای که تعریف آن هر باور نادرستی را اعم از استدلال و قضیه ساده شامل می‌شود. این تقسیم بندی اقتباسی است از کتاب مغالطات اثر مادسن پیری که با تلاشهای دکتر علی اصغر خندان در کتاب مغالطات، در پنج دسته اصلی: تبیین‌های مغالطی، ادعای بدون استدلال، مغالطات مقام نقد، مغالطات مقام دفاع و مغالطات مقام استدلال قرار گرفته است [۵]. خلاصه‌ای از این مغالطات در هفت محور به شرح زیر است:

### ۱. تبیین‌های مغالطی:

این بخش شامل مغالطاتی است که خطا در مرحله تبیین، گزارش یا انتقال اطلاعات رخ می‌دهد و سه منشأ برای آنها ذکر می‌شود: ابهام، گزارش و خبر غیردقیق، و نقل نادرست. در میان نمونه‌های این حوزه می‌توان به مغالطات مربوط به ابهام واژگانی و ساختاری، عدم دقت برای گمراه‌سازی و خطا در نقل اشاره کرد.

### ۲. ادعای بدون استدلال:

در این دسته، فرد مدعایی را مطرح می‌کند ولی برای آن دلیل کافی ارائه نمی‌دهد و با ترفندهای مختلف، ادعا را مستدل جلوه می‌دهد. از موارد این بخش می‌توان به بستن راه استدلال، توسل به مرجع یا شخصیت، توسل به احساسات، تأکید یا تکرار ادعا و استفاده از امور ظاهرا بدیهی برای بی‌نیاز نشان دادن ادعا از دلیل اشاره کرد.

### ۳. مغالطات مقام نقد:

این دسته هنگامی رخ می‌دهد که شخص در مقام نقد دیدگاه یا استدلال دیگری، به جای پاسخ منطقی به آن، از شیوه‌های انحرافی استفاده کند. از مهم‌ترین موارد این بخش

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۹۲-۲۷۹
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 279-292

می‌توان به پارازیت، تکذیب، حرف شما مبهم است، انگیزه و انگیخته یا نیت‌خوانی، منشأ، توهین، پهلوان‌پنبه، بهانه، تخصیص، کامل نامیسر و خلط علت و دلیل اشاره کرد.

**۴. مغالطات مقام دفاع:**

در اینجا شخص در مقام دفاع از ادعای خود قرار دارد و برای حفظ موضع خویش از روش‌های مغالطی استفاده می‌کند. از جمله موارد این دسته عبارت‌اند از: نکته انحرافی، شوخی بی‌ربط، تغییر موضع، تغییر تعریف، استثنای قابل چشم‌پوشی، تبعیض‌طلبی و رها نکردن پیش‌فرض.

**۵. مغالطات صوری:**

در این دسته، خطا در ساختار منطقی استدلال رخ می‌دهد. بنابراین، حتی اگر محتوای مقدمات ظاهراً پذیرفتنی باشد، شکل استنتاج ممکن است اعتبار منطقی لازم را نداشته باشد.

**۶. مغالطات ناشی از پیش‌فرض نادرست:**

در این نوع مغالطه، استدلال بر مبنای یک پیش‌فرض نادرست یا اثبات‌نشده بنا می‌شود. در نتیجه، حتی اگر از آن پیش‌فرض نتیجه‌ای به‌صورت ظاهراً منظم استخراج شود، ضعف یا نادرستی پیش‌فرض، استدلال را با مشکل مواجه می‌کند.

**۷. مغالطات ربطی:**

در مغالطات ربطی، میان دلیل ارائه‌شده و نتیجه‌ای که از آن گرفته می‌شود، ارتباط منطقی کافی وجود ندارد. به عبارت دیگر، دلیل ممکن است از نظر موضوعی مرتبط به نظر برسد، اما برای اثبات نتیجه کفایت نکند. ازاین‌رو، مسئله اصلی در اینجا عدم ارتباط منطقی میان مقدمات و نتیجه است.[1]

## مغالطات منطقی و بازتفسیر آن‌ها به‌مثابه الگوهای تحریف شناختی

در این بخش کوشش می‌شود تا با نظر به محورهای مغالطات و مهمترین انواع آن، چارچوبی جامع‌تر برای تحریف‌های شناختی ارائه شود. اساسا انتخاب مغالطات مورد بررسی بر اساس دو ملاک صورت می‌گیرد: الف، میزان ارتباط مستقیم مغالطه با فرایند پردازش، تفسیر و ارزیابی اطلاعات؛ ب، امکان صورت‌بندی روان‌شناختی آن به‌عنوان مدلی تکرارشونده در شناخت. بر این اساس، مغالطاتی انتخاب شدند که علاوه بر خطای در اندیشه، ظرفیت تبیین برخی الگوهای پایدار و ناکارآمد شناختی را نیز داشته باشند. پیشتر، تناظر تقریبی (از جهت کارکرد) میان تحریف‌های شناختی و مغالطات را می‌توان در قالب جدول زیر نمایان ساخت:

---

۱. فهرست مغالطات این محورهای هفت گانه به قرار زیر است: اشتراک لفظ، ابهام ساختاری، ترکیب مفصل، تفصیل مرکب، واژه‌های مبهم، اهمال سور، سور کلی‌نما، تعریف دوری، کنه و وجه، علت جعلی، بزرگ‌نمایی، کوچک‌نمایی، متوسط، نمودارهای گمراه‌کننده، دروغ، توریه، نقل قول ناقص، تحریف، تفسیر نادرست، تأکید لفظی، بستن راه استدلال، هر بچه مدرسه‌ای می‌داند، مسموم کردن چاه، تله‌گذاری، توسل به جهل، طلب برهان از مخالف، طرد شقوق، تکرار، فضل‌فروشی، کمیت‌گرایی، بیان عاطفی، توسل به احساسات، تهدید، تطمیع، جلب ترحم، آرزواندیشی، عوام‌فریبی، توسل به مرجع کاذب، تجسم، پارازیت، حرف شما مبهم است، تکذیب، این که چیزی نیست، این‌که مغالطه است، انگیزه و انگیخته، توهین، منشأ، پهلوان پنبه، ارزیابی یک‌طرفه، رد دلیل به‌جای رد مدعا، مناقشه در مثال، تخصیص، بهانه، سؤال مرکب، نکته انحرافی، شوخی بی‌ربط، توسل به واژه‌های مبهم، توسل به معنای تحت‌اللفظی، تغییر تعریف، تغییر موضع، استثنای قابل چشم‌پوشی، خودت هم، تبعیض‌طلبی، رها نکردن پیش‌فرض، البته، اما، عدم تکرار حد وسط، وضع تالی، رفع مقدم، مقدمات منفی، مقدمات ناسازگار، افراد غیرموجود، ایهام انعکاس، سوء تألیف، سنت‌گرایی، عدم سابقه، تجددگرایی، سنت‌گریزی، برتری فقر، برتری ثروت، توسل به اکثریت، علت شماردن امر مقدم، علت شمردن امر مقارن، ترکیب، تقسیم، میانه‌روی، قماربازان، سنت‌گرایی، عدم سابقه، تجددگرایی، سنت‌گریزی، برتری فقر، برتری ثروت، توسل به اکثریت، علت شماردن امر مقدم، علت شمردن امر مقارن، ترکیب، تقسیم، میانه‌روی، قماربازان.

**جدول ۱. تطبیق برخی تحریف‌های شناختی با مغالطات منطقی بر اساس شباهت کارکردی**

| ردیف | تحریف شناختی | مغالطه منطقی متناظر | وجه شباهت |
|---|---|---|---|
| ۱ | ذهن‌خوانی | انگیزه و انگیخته | نسبت دادن افکار، انگیزه یا نیت به دیگری بدون برخورداری از شواهد کافی |
| ۲ | فاجعه‌سازی | بزرگ‌نمایی | تشدید اهمیت، شدت یا پیامدهای یک رویداد فراتر از واقعیت و شواهد موجود |
| ۳ | دست‌کم‌گرفتن جنبه‌های مثبت | کوچک‌نمایی | کاهش اهمیت و ارزش جنبه‌ها یا نتایج مثبت و کم‌اهمیت جلوه دادن آن‌ها |
| ۴ | تعمیم افراطی | تعمیم شتاب‌زده | تعمیم دادن نتیجه حاصل از یک یا چند مورد محدود به موارد گسترده‌تر، بدون کفایت شواهد |
| ۵ | استدلال هیجانی | توسل به احساسات | استفاده از احساس یا هیجان به جای شواهد و دلایل مناسب برای تأیید یک باور یا نتیجه |
| ۶ | مقصر دانستن | علت جعلی | نسبت دادن یک رویداد یا پیامد به شخص یا عاملی خاص، بدون وجود شواهد کافی برای رابطه علّی |
| ۷ | برچسب‌زنی | توسل به منشأ / حمله شخصی | جایگزین کردن ارزیابی شخص، منشأ یا ویژگی او به جای بررسی دقیق ادعا یا رفتار |
| ۸ | تفکر دو قطبی | طرد شقوق | فروکاستن موقعیت به چند گزینه محدود، معمولاً دو گزینه، و نادیده گرفتن حالت‌های میانی یا بدیل |
| ۹ | بایدها | پیش‌فرض نادرست / آرزواندیشی | ارزیابی واقعیت بر اساس یک معیار مطلوب یا پیش‌فرض‌شده، به جای توجه به وضعیت واقعی و شواهد موجود |

اما نسبت به توسعه تحریف‌های شناختی با نظر به مهمترین مغالطات پیش گفته، موارد زیر را می‌توان به دایره تحریفات اضافه نمود. از یاد نبریم که درصورتی این اقسام می‌توانند بنابر ادبیات روانشناسی جدید، تحریف به حساب آیند که کاربست‌شان مایه درونی کردن خطاهای شناختی و تعمیق در ناهشیار انسان شوند؛ به دیگر سخن؛ هرگاه این مغالطات به یک الگوی نسبتاً پایدار در شیوه فکر کردن فرد تبدیل شود و او به‌طور تکرارشونده، اطلاعات را از همان مسیر خطادار پردازش و تفسیر کند، آنگاه به سوی تحریف شناختی قدم برداشته است: توسل به مرجع کاذب، مصادره به مطلوب، علت جعلی، پهلوان‌پنبه، توسل به اکثریت، توسل به جهل، سؤال مرکب، تغییر موضع، وضع تالی و رفع مقدم، کنه و وجه. در جدول ۲ به تفصیل به این موارد اشاره شده است:

**جدول ۲ .مغالطات منطقی و امکان بازتفسیر آن‌ها به‌مثابه الگوهای تحریف شناختی**

| ردیف | مغالطه | معنای مغالطه | چگونگی تبدیل به الگوی تحریف شناختی | مثال روان‌شناختی |
|---|---|---|---|---|
| ۱ | توسل به مرجع کاذب | پذیرش یک ادعا صرفاً به دلیل گفته‌شدن از سوی فردی که صلاحیت یا ارتباط کافی با موضوع ندارد. | اگر فرد اعتبار اشخاص را به‌طور پایدار جایگزین ارزیابی شواهد کند، قضاوت او درباره خود و دیگران تحت تأثیر مرجع قرار می‌گیرد | فردی که بارها از سوی یکی از نزدیکانش «بی‌عرضه» خطاب شده، این قضاوت را حقیقت قطعی تلقی می کند و هر شکست کوچکی را تأییدی بر ناتوانی خود می‌داند؛ این الگو می‌تواند به تداوم خودارزیابی منفی و احساس ناکارآمدی کمک کند. |

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۲۹۲-۲۷۹
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 279-292

**ادامه جدول ۲ .مغالطات منطقی و امکان بازتفسیر آن‌ها به‌مثابه الگوهای تحریف شناختی**

| ردیف | مغالطه | معنای مغالطه | چگونگی تبدیل به الگوی تحریف شناختی | مثال روان‌شناختی |
|---|---|---|---|---|
| ۲ | مصادره به مطلوب | نتیجه‌ای که باید اثبات شود، از ابتدا در مقدمات فرض گرفته می‌شود. | فرد باور اولیه خود را بدیهی فرض می‌کند و سپس هر تجربه را در چارچوب همان باور تفسیر می‌کند؛ در نتیجه باور تقریباً امکان اصلاح پیدا نمی‌کند | فردی که باور دارد «هیچ‌کس واقعاً مرا دوست ندارد»، دیر جواب دادن دوستش را نشانه بی‌علاقگی می‌داند و توضیح او را نیز صرفاً تلاشی برای آرام کردن خود تلقی می‌کند؛ در نتیجه باور اولیه هم نتیجه‌گیری و هم معیار تفسیر شواهد می‌شود. |
| ۳ | علت جعلی | برقرار کردن رابطه علّی میان دو رویداد بدون وجود شواهد کافی | فرد به‌صورت پایدار میان رویدادها رابطه علّی نادرست برقرار می‌کند و اتفاقات منفی را به علت‌های خاص و اغلب شخصی نسبت می‌دهد. | فرد پس از تعارض خانوادگی می‌گوید : «هر وقت درباره خواسته‌هایم حرف می زنم، رابطه خراب می‌شود؛ پس مشکل از خود من است » .این اسناد علّی نادرست می‌تواند به اجتناب از بیان نیازها و افزایش اضطراب بین‌فردی منجر شود |
| ۴ | پهلوان‌پنبه | تحریف دیدگاه طرف مقابل و سپس رد کردن نسخه تحریف‌شده آن | فرد به‌طور مکرر دیدگاه دیگران را افراطی، خصمانه یا ساده‌سازی‌شده تفسیر می‌کند و به جای موضع واقعی آنان با نسخه ذهنی خود مواجه می‌شود. | فردی که همکارش می‌گوید« در این بخش بهتر است کمی دقت بیشتری کنیم»، آن را به «او فکر می‌کند من کاملاً بی‌کفایتم» تبدیل می‌کند و نسبت به همکارش حالت دفاعی می‌گیرد؛ تکرار این الگو می‌تواند حساسیت به انتقاد و مشکلات بین‌فردی را تشدید کند. |
| ۵ | توسل به اکثریت | درست دانستن یک باور صرفاً به دلیل رایج یا پذیرفته بودن آن در میان دیگران | فرد ارزش و صحت باورهای خود را به تأیید اجتماعی وابسته می‌کند و نبود تأیید جمعی را نشانه نادرستی یا بی‌ارزشی خود می‌داند | فردی که درباره مراجعه به روان‌شناس دچار تردید است، می‌گوید: «بیشتر افراد خانواده و دوستانم معتقدند مشکلات روان‌شناختی را باید خودمان حل کنیم و نیازی به روان‌شناس نیست؛ پس مراجعه به روان‌شناس کار درستی نیست. |
| ۶ | توسل به جهل | از نبودن دلیل برای رد یک ادعا، درستی آن نتیجه گرفته می‌شود یا برعکس | فرد نبود شواهد مخالف را به‌عنوان شواهد موافق تفسیر می‌کند و عدم‌قطعیت را به یقین تبدیل می‌کند. | فرد می‌گوید: «هیچ مدرکی ندارم که دیگران از من خوششان نمی‌آید؛ اما هیچ مدرکی هم ندارم که واقعاً دوستم داشته باشند، پس احتمالاً مرا نمی‌پسندند. این الگو می‌تواند نگرانی و احساس طردشدگی را حفظ کند |
| ۷ | سؤال مرکب | چند ادعا یا پیش‌فرض در یک سؤال گنجانده می‌شود، به گونه‌ای که پاسخ دادن به سؤال مستلزم پذیرفتن آن پیش‌فرض‌هاست | فرد مسائل را از ابتدا در قالب پرسش‌هایی صورت‌بندی می‌کند که حاوی پیش‌فرض‌های منفی یا اثبات‌نشده‌اند؛ بنابراین پیش از بررسی واقعیت، نتیجه‌ای خاص در ذهن تثبیت می‌شود | فرد از خود می‌پرسد: «چرا من همیشه در روابط شکست می‌خورم؟» سؤال از ابتدا فرض کرده که او همیشه در روابط شکست می‌خورد؛ در نتیجه موارد موفق یا روابط سالم کمتر دیده می‌شوند. |

**ادامه جدول ۲ .مغالطات منطقی و امکان بازتفسیر آن‌ها به‌مثابه الگوهای تحریف شناختی**

| ردیف | مغالطه | معنای مغالطه | چگونگی تبدیل به الگوی تحریف شناختی | مثال روان‌شناختی |
|---|---|---|---|---|
| ۸ | تغییر موضع | فرد در جریان استدلال موضع خود را تغییر می‌دهد اما تغییر را نمی‌پذیرد یا توجیه نمی‌کند. | اگر فرد برای حفظ یک باور یا تصویر خاص از خود شواهد جدید را هر بار با تغییر معیارهای قضاوت بازتفسیر کند، نظام ارزیابی او ثبات خود را از دست می‌دهد | فرد ابتدا می‌گوید «اگر دوستم به من پیام بدهد، یعنی برایش مهم هستم؛» وقتی پیام می‌دهد می‌گوید این پیام فقط از روی رودربایستی بود . تکرار این الگو می‌تواند احساس ناامنی و طردشدگی را حفظ کند |
| ۹ | وضع تالی و رفع مقدم | . در وضع تالی، از «اگر A، آنگاه B» و «B» نتیجه گرفته می‌شود که «A»؛ و در رفع مقدم، از «اگر A، آنگاه B» و «نه A» نتیجه گرفته می‌شود که «نه B». در هر دو، استنتاج معتبر نیست. | اگر فرد به‌طور مکرر روابط شرطی ساده و نامعتبر را مبنای تفسیر رویدادها قرار دهد، می‌تواند از نشانه‌های ناقص به نتایج قطعی برسد | فرد می‌گوید: «اگر من برای دیگران مهم باشم، حتماً به من سریع پاسخ می‌دهند الان پاسخ نداده‌اند؛ پس برایشان مهم نیستم.» این استنتاج می‌تواند نشانه‌های مبهم را به‌عنوان شواهد قطعی طردشدگی تفسیر کند |
| ۱۰ | کنه و وجه | این مغالطه زمانی رخ می‌دهد که فرد به دلیل وجود یک ویژگی، جنبه یا مصداق خاص در یک چیز، آن را با کل ماهیت و حقیقت آن چیز یکی می‌گیرد؛ یعنی یک جزء یا وجه را به جای کل در نظر می‌گیرد. | هنگامی که فرد یک ویژگی، جزء یا جنبه محدود از یک پدیده را با کل آن یکی می‌گیرد و بر اساس همان جزء درباره تمامیت آن قضاوت می‌کند، این الگو می‌تواند به تحریف پایدار در ارزیابی خود، دیگران یا موقعیت‌ها تبدیل شود. | فردی پس از ارتکاب یک اشتباه در محیط کار با خود می‌گوید: «من اشتباه کردم، پس آدم بی‌کفایتی هستم.» در اینجا یک وجه محدود از عملکرد فرد، یعنی «اشتباه کردن»، با کل شخصیت و توانمندی او یکی گرفته شده است. تکرار این الگو می‌تواند به خودارزیابی منفی و تثبیت باور ناکارآمد درباره خود منجر شود. |

در پایان، اشاره به دو نکته ضروری است. نخست اینکه نگارنده کوشیده است با بهره‌گیری از مهم‌ترین مغالطات منطقی، گامی در جهت توسعه الگوهای تحریف شناختی بردارد؛ ازاین‌رو، این طبقه بندی را نمی‌توان نهایی و بسته تلقی کرد و چه‌بسا بتوان مغالطات دیگری را نیز در این زمینه شناسایی و به آن افزود. دوم اینکه هر یک از مثال‌های ارائه‌شده در جدول ۲ ممکن است از منظرهای دیگری نیز قابل تحلیل باشد و در برخی موارد، منشأ آن‌ها را بتوان به مغالطه یا تحریف شناختی دیگری نیز نسبت داد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بازاندیشی در مفهوم و طبقه‌بندی تحریف‌های شناختی، با نظر به مغالطات منطقی، انجام شد. یافته‌های حاصل از تحلیل مفهومی و مقایسه‌ای نشان داد که میان شماری از تحریف‌های شناختی و مغالطات منطقی، شباهت‌های قابل توجهی از حیث شیوه پردازش، تفسیر و ارزیابی اطلاعات وجود دارد. بر این اساس، برخی مغالطات منطقی را می‌توان، در صورت تکرار و تثبیت در نظام شناختی فرد، نه صرفاً خطاهایی موردی در استدلال، بلکه به‌عنوان الگوهای نسبتاً پایدار و ناکارآمد پردازش شناختی مورد توجه قرار داد. از این منظر، استفاده از ظرفیت مفهومی مغالطات منطقی می‌تواند به شناسایی و صورت‌بندی برخی الگوهای شناختی کمک کند که در طبقه‌بندی‌های رایج تحریف‌های شناختی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. در همین راستا، در پژوهش حاضر ده الگوی پیشنهادی بر اساس مغالطات منطقی، شامل توسل به مرجع کاذب، مصادره به مطلوب، علت جعلی، پهلوان‌پنبه، توسل

به اکثریت، توسل به جهل، سؤال مرکب، تغییر موضع، وضع تالی و رفع مقدم و کنه و وجه، مورد بررسی قرار گرفتند. مقصود از طرح این موارد، افزودن شتاب‌زده چند عنوان جدید به فهرست تحریف‌های شناختی نیست؛ بلکه نشان دادن این امکان است که برخی الگوهای مغالطه‌آمیز، هنگامی که به‌صورت تکرارشونده و تثبیت‌شده در فرایند شناختی فرد ظاهر می‌شوند، قابلیت بررسی به‌عنوان تحریف‌های شناختی را پیدا می‌کنند. بنابراین، میان «مغالطه به‌عنوان خطای استدلالی» و «تحریف شناختی به‌عنوان الگوی نسبتاً پایدار پردازش اطلاعات» تمایز وجود دارد و تبدیل یکی به دیگری نیازمند احراز تکرار، تثبیت و نقش آن در نظام شناختی فرد است. از سوی دیگر، بررسی ساختار طبقه‌بندی تحریف‌ها نشان داد که تقسیم‌بندی سه‌گانه بر اساس «خود»، «دیگران و جهان» و «آینده» می‌تواند از حیث منطقی با هم‌پوشانی مواجه شود؛ زیرا «آینده» از جنس موضوعی متفاوت با «خود» و «دیگران» نیست و تحریف مربوط به خود یا دیگران نیز می‌تواند ناظر به گذشته، حال یا آینده باشد. بر این اساس، در پژوهش حاضر، «موضوع» و «جهت زمانی» به‌عنوان دو محور تحلیلی از یکدیگر تفکیک شدند. این صورت‌بندی امکان می‌دهد تحریف‌ها بر اساس موضوع شناخت، از جمله خود، دیگران و سایر موجودات یا جهان، و نیز بر اساس جهت زمانی، شامل گذشته، حال و آینده، مورد تحلیل قرار گیرند. مقصود از این صورت‌بندی، ارائه یک طبقه‌بندی نهایی، جامع و مانع نیست، بلکه پیشنهاد چارچوبی جامع‌تر برای تحلیل و پوشش دادن صورت‌های مختلف تحریف‌های شناختی است. ازاین‌رو، یک تحریف ممکن است با توجه به محتوای شناخت و جهت زمانی آن، در بیش از یک خانه از این چارچوب قابل صورت‌بندی باشد. از منظر دیگر، می‌توان میان تحریف‌های شناختی موجود و الگوهای پیشنهادی جدید، علاوه بر رابطه شباهت کارکردی، احتمال یک رابطه تکوینی را نیز مطرح کرد. به این معنا که برخی تحریف‌ها ممکن است در فرایند تکرار و تثبیت، زمینه را برای شکل‌گیری یا تقویت الگوهای پیچیده‌تر فراهم کنند. بااین‌حال، پژوهش حاضر به دلیل ماهیت مفهومی و تطبیقی خود، درصدد اثبات روابط علّی یا توالی تحولی میان تحریف‌ها نیست. بنابراین، رابطه تکوینی میان تحریف‌های موجود و تحریف‌های پیشنهادی را باید در حد یک امکان نظری قابل بررسی در پژوهش‌های بعدی تلقی کرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که ماهیت آن مفهومی و تطبیقی بوده و الگوهای پیشنهادی بر اساس تحلیل مفهومی و مقایسه با مغالطات منطقی صورت‌بندی شده‌اند؛ ازاین‌رو، وجود تجربی، فراوانی، استقلال و ویژگی‌های روان‌شناختی هر یک از این الگوها در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی به‌طور تجربی آزمون نشده است. همچنین، این پژوهش نمی‌تواند درباره رابطه تکوینی میان تحریف‌های موجود و تحریف‌های پیشنهادی، یا درباره اینکه کدام تحریف می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری تحریف دیگر باشد، داوری قطعی ارائه کند. محدودیت دیگر آن است که چارچوب پیشنهادی موضوع و زمان، با وجود فراهم کردن امکان پوشش گسترده‌تر تحریف‌ها، هنوز نیازمند بررسی تجربی و ارزیابی از نظر کفایت و تمایزگذاری میان مقوله‌هاست. بر پایه این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده ابتدا الگوهای پیشنهادی را از طریق مطالعات کیفی و سپس ابزارهای سنجش روان‌شناختی، از نظر وجود و ویژگی‌های آنها بررسی و اعتبارسنجی کنند. همچنین می‌توان با استفاده از پژوهش‌های طولی، بررسی کرد که آیا برخی تحریف‌های شناختی واقعاً در امتداد و تداوم تحریف‌های پیشین شکل می‌گیرند و آیا می‌توان برای آنها توالی یا الگوی تکوینی مشخصی شناسایی کرد. در مجموع، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مطالعه تحریف‌های شناختی از منظر مغالطات منطقی می‌تواند افق تحلیلی گسترده‌تری برای شناسایی و صورت‌بندی برخی الگوهای ناکارآمد شناختی فراهم آورد. بر این اساس، شماری از مغالطات منطقی، در صورت تکرار و تثبیت در نظام شناختی فرد، قابلیت آن را دارند که فراتر از خطاهای موردی استدلال و به‌عنوان الگوهای نسبتاً پایدار پردازش و تفسیر اطلاعات مورد مطالعه قرار گیرند. همچنین، تفکیک «موضوع» از «جهت زمانی» می‌تواند چارچوبی جامع‌تر برای تحلیل دامنه تحریف‌ها فراهم کند، بدون آنکه ادعای ارائه یک طبقه‌بندی نهایی و جامع داشته باشد. بنابراین، دستاورد اصلی پژوهش حاضر نه ارائه فهرستی قطعی از تحریف‌های شناختی، بلکه گشودن مسیری برای بازاندیشی در مرز میان خطاهای منطقی و تحریف‌های شناختی و فراهم کردن زمینه‌ای برای بررسی تجربی و بالینی این رابطه است.

## ملاحظات اخلاقی

### اصول اخلاقی

با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع مطالعات نظری و کتابخانه‌ای است و هیچ گونه مداخله انسانی، جمع‌آوری داده از نمونه‌های زنده یا آزمایش بالینی در آن انجام نشده است، رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش عمدتاً ناظر به جنبه‌های زیر بوده است:


## حامی مالی

این پژوهش به‌صورت مستقل انجام شده است و هیچ نهاد، سازمان یا مؤسسه‌ای اعم از دولتی، خصوصی، دانشگاهی یا صنفی، حمایت مالی، معنوی از آن به عهده نداشته است. همچنین، هیچ گونه تضاد منافع مالی یا غیرمالی مرتبط با نتایج پژوهش وجود ندارد.


## منابع


1- Berthet V. The measurement of individual differences in cognitive biases: a review and improvement. Front Psychol. 2021;12:630177. doi:10.3389/fpsyg.2021.630177.

2- Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.

3- Covin R, Dozois DJA, Ogniewicz A, Seeds PM. Measuring cognitive errors: initial development of the Cognitive Distortions Scale (CDS). Int J Cogn Ther. 2011;4(3):297-322. doi:10.1521/ijct.2011.4.3.297.

4- De Oliveira IR, Seixas C, Osório FL, Crippa JAS, de Abreu JN, Menezes IG, Pidgeon A, Sudak D, Wenzel A. Evaluation of the psychometric properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) in a sample of undergraduate students. Innov Clin Neurosci. 2015;12(7-8):20-27.

5- Khandan AA. Moghalat. Qom: Entesharat-e Bostan-e Ketab; 1380. [in Persian]

6- Motabi F, Fathi L. Rah o Rasm-e Darmangari dar Nazariye-ye Shenakhti Raftari. 13th ed. Tehran: Nashr-e Danjeh; 1402. [in Persian]

7- Anderson JR. Cognitive psychology and its implications. 9th ed. New York: Worth Publishers; 2020.

8- American Psychological Association. APA dictionary of psychology. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2015.

9- Kahneman D. Thinking, fast and slow. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.

10- Goldstein EB. Cognitive psychology: connecting mind, research, and everyday experience. 5th ed. Boston: Cengage Learning; 2022.

11- Clark DA, Beck AT, Alford BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley & Sons; 1999.

12- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.

13- Beck AT, Freeman A, Davis DD, Associates. Cognitive therapy of personality disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004.

14- Saliba J. Farhang-e Falsafi. Translated by Manouchehr Saneyi Dareh-Bidi. 4th ed. Tehran: Hekmat; 1393. [in Persian]

15- Tusi N. Asas al-Eqtebas. Edited by Modarres Razavi. Tehran: Entesharat-e Daneshgah-e Tehran; 1361. [in Arabic]

16- Mozafar M. Al-Manteq. Qom: Dar al-Elm; 1374. [in Arabic]

17- Hamblin CL. Fallacies. London: Methuen; 1970.

18- Walton D. Informal logic: a pragmatic approach. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

19- Mackie JL. Fallacies. In: Edwards P, editor. The encyclopedia of philosophy. Vol. 3. New York: Macmillan; 1967. p.169-179.

20- Özdel K, Taymur I, Guriz SO, Tulaci RG, Kuru E, Turkcapar MH. Measuring cognitive errors using the Cognitive Distortions Scale (CDS): psychometric properties in clinical and non-clinical samples. PLoS One. 2014;9(8):e105956. doi:10.1371/journal.pone.0105956.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 279-292
DOI: 10.22070/cpap.2026.22258.1989

**Research Article**

# Rethinking Cognitive Distortions in Light of Logical FallaciesIntroduction

**Authors**

**Mohammad Javad Pashaei** [1*]

*1. Associate Professor, Department of Philosophy, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*

**Abstract**

**Receive Date:** 28/03/2025

**Accept Date:** 19/09/2026

**Introduction:** Cognitive distortions are among the fundamental concepts in cognitive psychology and cognitive-behavioral therapy, playing a key role in the formation of maladaptive emotions and judgments. Despite the functional overlap between some cognitive distortions and logical fallacies, no systematic study has yet been conducted to integrate these two domains. The present study aimed to develop a classification of cognitive distortions by drawing upon logical fallacies

**Method:** This research was conducted using a conceptual analysis and comparative study approach. First, common cognitive distortions were extracted from authoritative sources in cognitive psychology, and their characteristics were identified. Then, the most important logical fallacies were identified, screened, and reinterpreted based on the criterion of "capability of being transformed into stable and repetitive patterns of information processing."

**Results:** In this study, seventeen common cognitive distortions were identified. Furthermore, among the logical fallacies examined, ten fallacies that met the conditions for being transformed into stable cognitive patterns were enumerated.

**Discussion and conclusion:** The findings indicate that alongside the known cognitive distortions, a considerable set of logical fallacies have the potential to be reinterpreted as patterns of cognitive distortion, provided that these fallacies become repetitive and internalized in the individual's process of information processing and interpretation. This approach, while establishing a link between cognitive psychology and logic, provides a more comprehensive framework for conceptualizing cognitive errors and can pave the way for the development of diagnostic tools and therapeutic interventions within the cognitive-behavioral approach.

**Keywords**

Cognitive errors, Cognitive distortions, Logical fallacies, Cognitive-behavioral therapy, Reasoning

**Corresponding Author's E-mail**

mjpashaei@shahed.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 279-292
DOI: 10.22070/cpap.2026.22258.1989

## Extended Abstract

**Introduction**

Cognitive distortions are a central concept in cognitive psychology and cognitive-behavioral therapy (CBT) and have an important role in explaining maladaptive emotions, psychological difficulties, and erroneous decision-making. From the cognitive perspective associated with Aaron Beck, emotional problems are not produced directly by events but are substantially shaped by the way individuals interpret and evaluate those events. Accordingly, identifying and modifying distorted patterns of interpretation has become a major component of cognitive therapy. However, the commonly used classifications of cognitive distortions generally contain a relatively limited set of recurrent patterns, such as mind reading, fortune telling, catastrophizing, labeling, minimizing positives, negative filtering, overgeneralization, dichotomous thinking, should statements, personalization, blaming, unfair comparisons, emotional reasoning, and judgmental thinking. In contrast, the logical tradition has examined errors of thought and reasoning for centuries and has developed a much broader taxonomy of fallacies. Despite the conceptual overlap between these two traditions, cognitive psychology and logic have largely developed as separate bodies of literature. The present study addresses this conceptual gap by examining whether logical fallacies can illuminate cognitive distortions that are underrepresented in conventional psychological classifications. Its main objective is to compare the two systems and propose a more comprehensive framework for understanding cognitive errors, while also clarifying the conditions under which a logical fallacy may be interpreted as a relatively stable cognitive distortion.

**Method**

The present study is a theoretical investigation conducted through conceptual and comparative analysis. Because the study does not involve an intervention or empirical testing with human participants, it does not include a statistical population, sample, sampling procedure, or psychometric instruments. The analysis proceeded in three stages. First, the psychological literature on cognitive errors and cognitive distortions was examined, with particular attention to Aaron Beck's cognitive model and selected works in cognitive-behavioral therapy, in order to identify the defining features, levels, and commonly recognized forms of cognitive distortion. Second, major classifications and examples of logical fallacies were examined conceptually, drawing on traditional and contemporary sources in logic and informal reasoning. Particular attention was given to fallacies that could plausibly correspond to recurrent patterns of information processing, interpretation, evaluation, or attribution. Third, the two conceptual systems were compared according to their functional similarities and their potential to describe stable and maladaptive patterns of cognition. On this basis, existing correspondences were identified and additional fallacies were considered as candidates for reinterpretation as cognitive distortions. The analysis also examined the proposed classification of cognitive distortions in terms of its conceptual scope and organizing principles. The central criterion for extending the psychological category was not merely the occurrence of a fallacious argument, but the repeated internalization of the fallacious pattern as a relatively stable way of processing and interpreting information.

**Results**

The comparative analysis produced two main findings. First, several established cognitive distortions show close functional correspondence with familiar logical fallacies. Mind reading corresponds approximately to the fallacy of motive and motivation, because both involve attributing another person's thoughts, motives, or intentions without sufficient evidence. Catastrophizing corresponds to exaggeration, while minimizing positive aspects corresponds to minimization. Overgeneralization is comparable to hasty generalization, and emotional reasoning corresponds to appeal to emotion. Blaming can be related to false cause when responsibility or causation is assigned without adequate evidence. Labeling also has an approximate relationship with appeals to origin or personal attack, and dichotomous thinking can be compared with rejecting alternatives by reducing a situation to a small number of exclusive options. Should statements and wishful thinking likewise show a conceptual connection with erroneous premises and evaluations based on preferred rather than actual conditions. These correspondences indicate that the two literatures often describe overlapping patterns using different conceptual vocabularies.

Second, the analysis identified logical fallacies that may extend the conventional range of cognitive distortions when they become internalized and recurrent patterns of cognition. Proposed candidates include appeal to false authority, begging the question, false cause, straw man, appeal to popularity, appeal to ignorance, complex question, shifting position, affirming the consequent, denying the antecedent, and essence-and-accident reasoning. Their inclusion is conditional: a single fallacious argument should not automatically be classified as a cognitive distortion. The fallacious pattern becomes relevant when it is repeatedly applied to self, others, or situations and develops into a relatively stable mode of information processing and interpretation.

The analysis also revealed a conceptual limitation in the conventional cognitive-triangle framework. The categories of self, world, and others are not fully mutually

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 279-292
DOI: 10.22070/cpap.2026.22258.1989

exclusive, because beliefs about each can concern the past, present, or future. Combining the world and other people into one category also lacks sufficient conceptual justification. A more comprehensive organization may distinguish distortions concerning the self from those concerning non-self entities, and then differentiate other people from other aspects of the world.

Overall, the findings support a broader and integrative conception of cognitive distortions rather than a closed list of predefined categories.

**Conclusion**

The findings support the principle that cognitive distortions may be understood not only as a limited collection of clinically common errors, but also as recurrent patterns of reasoning and interpretation that can be illuminated through the study of logical fallacies. The main theoretical implication is that logic and cognitive psychology provide complementary perspectives: logic clarifies the structure and inferential weakness of erroneous reasoning, whereas cognitive psychology explains how such patterns may become internalized, repeated, and linked to emotion and behavior. This integrated perspective may contribute to a broader conceptualization of cognitive error and foster dialogue across these fields.

The proposed framework nevertheless has important limitations. The correspondences between fallacies and cognitive distortions are functional and approximate rather than one-to-one or definitive. The study is theoretical and conceptual and therefore does not establish the empirical prevalence, clinical specificity, or causal effects of the proposed patterns. Examples may also be interpreted through more than one category, and the proposed classification should not be regarded as final or exhaustive.

In practical terms, the framework may help clinicians and researchers identify recurrent reasoning patterns overlooked by conventional lists and provide additional targets for cognitive assessment. Future research should empirically examine the frequency and clinical relevance of these patterns across psychological disorders and determine which fallacies are most likely to become stable cognitive distortions. Clinical studies could test whether modifying such patterns improves cognitive-behavioral interventions.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** This study was a theoretical and conceptual investigation and did not involve human participants, intervention, or the collection of personal data; therefore, ethical approval was not required.

**Funding:** This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

**Conflict of Interest:** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 263-278
DOI: 10.22070/cpap.2026.20228.1685

**Research Article**

# Examining the psychometric properties of the Persian version of the Self-Connection Scale (SCS-P)

**Authors**

**Seyed Amirhossein Ahmadi [1], Bahman Bahmani [2*], Parvin Jafari [3], Raziyeh Bidhendi Yarandi [4], Seyed Mohsen Kheirkhah Alavi [5]**

*1. M.A. in Rehabilitation Counseling, School of Behavioral Sciences, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. ahmadiamir234@gmail.com*
*2. Ph.D. in Counseling, Associate Professor of the Department of Counseling, School of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*
*3. Ph.D. in Rehabilitation Counseling, Assistant Professor of the Department of Counseling, School of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. japa_1352@yahoo.com*
*4. Ph.D. in Biostatistics, Assistant Professor of the Department of Biostatistics and Epidemiology, Neuromusculoskeletal Rehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. razi_bidhendi@yahoo.com*
*5. M.A. in Family Counseling, Department of Counseling, School of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. muhsenkheirkhah@gmail.com*

**Abstract**

**Receive Date:** 10/08/2025

**Accept Date:** 15/03/2026

**Introduction:** The aim of this study was to translate the Self-Connection Scale developed by Klossman et al. into Persian and to evaluate its psychometric properties.
**Method:** This study employed a cross-sectional descriptive psychometric design. The statistical population comprised residents of Isfahan aged over 18 years during the spring of 2024. A total of 128 participants were selected through convenience sampling. The measurement instruments included the Persian version of the Self-Connection Scale (SCS-P), the Meaning in Life Questionnaire (MLQ), the Five-Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ), and the Short Form of the Self-Compassion Scale (SCS-SF). Data were processed and analyzed using SPSS version 26 and AMOS version 24 software.
**Results:** The face and content validity of the SCS-P were examined and confirmed by experts and the target group. In the criterion validity study, the three subscales—self-awareness, self-acceptance, and self-alignment—showed significant positive correlations with the FFMQ, SCS-SF, and MLQ ($p < 0.01$). Confirmatory factor analysis also supported the existence of these three factors. Both Cronbach's alpha and split-half reliability analyses confirmed the instrument's reliability. The Cronbach's alpha coefficients for the subscales of awareness, acceptance, and self-alignment were 0.787, 0.682, and 0.738, respectively, with a total Cronbach's alpha of 0.817.
**Discussion and conclusion:** The findings of this study indicate that the SCS-P is a valid and reliable tool for measuring self-connection in the Iranian population.

**Keywords**

Self-Connection, Self-Awareness, Self-Acceptance, Self-Alignment, Psychometry

**Corresponding Author's E-mail**

bbahmani43@yahoo.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 263-278
DOI: 10.22070/cpap.2026.20228.1685

## Extended Abstract

### Introduction

Self-connection is a concept introduced by Klossman and colleagues that focuses on the relationship with one's inner self. It consists of three interrelated components:

1. Self-Awareness: Recognizing how one thinks, feels, and behaves, along with understanding personal values, goals, and priorities. This involves paying attention to internal states, preferences, resources, and intuitions over time.
2. Self-Acceptance: Unconditionally embracing the insights revealed through self-awareness, including internal states and values. Without acceptance, awareness alone may be ineffective or even harmful, as it can leave a person misaligned with their inner truths.
3. Self-alignment: Ensuring that one's actions are consistent with the self-awareness and self-acceptance one has achieved. When behavior aligns with the inner self, psychological needs are fulfilled, and cognitive dissonance is minimized.

The construct of self-connection is distinct from related concepts such as authenticity, mindfulness, and self-compassion. Although authenticity involves acting in accordance with one's true self, it primarily pertains to external expression. Similarly, while mindfulness emphasizes non-judgmental awareness, it does not necessarily encompass self-alignment. Self-compassion, on the other hand, focuses on caring for oneself during hardships rather than on deep self-exploration.

Research indicates that levels of self-connection are linked to mental health outcomes, with lower self-connection associated with increased anxiety and depression, as well as reduced well-being. Recognizing its unique dimensions, Klossman and colleagues developed a dedicated 12-item scale in 2022. Since a Persian version of this scale is not yet available, the present study aims to translate it into Persian and evaluate its psychometric properties within the Iranian population.

### Method

This cross-sectional psychometric study evaluated the properties of the Self-Connection Scale. Initially, the original version was translated into Persian using a forward–backward translation method. Face validity was then assessed by five expert psychologists and counselors, each with at least five years of relevant experience, as well as by ten laypersons from the target population. Their feedback on clarity and comprehensibility prompted necessary revisions. Subsequently, content validity was examined by calculating the Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI) based on the evaluations of ten experts. The CVR values ranged from 0.65 to 1.00, and the CVI values ranged from 0.82 to 1.00, confirming acceptable content validity.

For further evaluation of criterion validity, construct validity, and reliability, sampling was conducted from the target population—comprising all residents over 18 years old in Isfahan during Spring 2024. A sample of 128 participants (with at least 10 individuals per item on the scale) was selected by randomly choosing four busy parks and recruiting 30–40 individuals from each. Inclusion criteria included fluency in Persian, basic literacy, and a minimum age of 18, while questionnaires with more than 10% missing responses were excluded. The study instruments included: (1) the Persian version of the Self-Connection Scale (SCS-P), (2) the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), (3) the Short Form of the Self-Compassion Scale (SCS-SF), and (4) the Meaning in Life Questionnaire (MLQ).

### Results

To evaluate the validity and reliability of the Persian version of the Self-Connection Scale, a sample of 128 participants was selected. Among them, 71 (55.5%) were women and 57 (44.5%) were men; 67 (52.3%) were single, while 61 (47.7%) were married. Educational levels varied: 18.8% had up to a high school diploma, 61.7% held an associate's or bachelor's degree, and 19.5% possessed a master's degree or higher. Participants' ages ranged from 20 to 50 years (mean = 34.35 ± 8.38), with approximately one-third in each of the 20–30, 30–40, and 40–50 age groups. Participants' scores were reported as follows: on the SCS-P, scores ranged from 42 to 84 (mean = 55.10 ± 8.60); on the FFMQ, from 86 to 170 (mean = 129.30 ± 19.18); on the SCS-SF, from 14 to 60 (mean = 37.38 ± 7.28); and on the MLQ, from 21 to 69 (mean = 52.52 ± 10.10).

For concurrent validity, Pearson's correlation coefficients demonstrated significant positive relationships between the self-awareness subscale and the FFMQ ($r = 0.491$, $p < 0.01$), the self-acceptance subscale and the SCS-SF ($r = 0.459$, $p < 0.01$), and the self-alignment subscale and the MLQ ($r = 0.308$, $p < 0.01$), thereby confirming the concurrent validity of the SCS-P.

Construct validity was assessed using confirmatory factor analysis (CFA). The initial model demonstrated poor fit. After modifying the model by adding covariances between items 1 and 4, 9 and 11, and 10 and 12, the fit indices improved: the $\chi^2/df$ ratio was 1.984, RMSEA was 0.088, IFI was 0.900, and RMR was 0.197—all within acceptable ranges. Indices such as GFI (0.890), NFI (0.817), CFI (0.896), TLI (0.857), and RFI (0.749) approached acceptable thresholds. Lower AIC and BIC values in the modified model further indicated better fit. Although not all indices fully met the cutoff criteria, the overall model fit improved, with all factor loadings exceeding 0.40 and reaching statistical significance ($p < 0.05$), as shown in Figure 1.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 263-278
DOI: 10.22070/cpap.2026.20228.1685

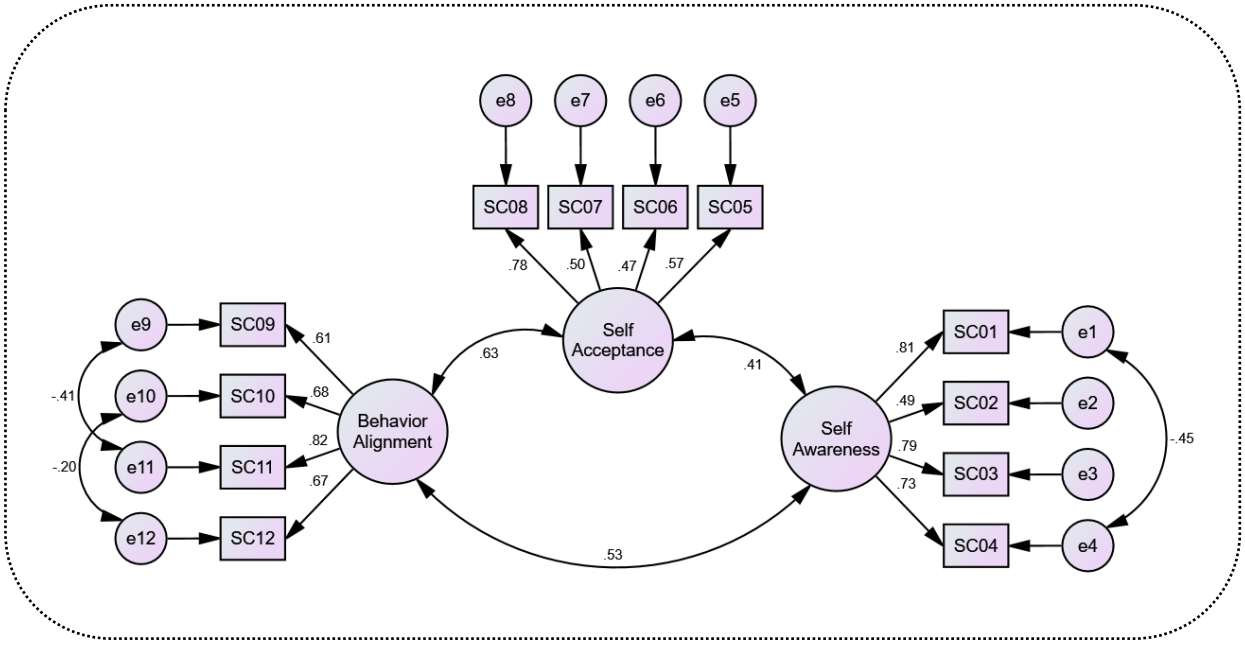



**Figure 1: Standardized Coefficients of Modified Model**

Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha, yielding values of 0.817 for the overall scale, 0.767 for the self-awareness subscale, 0.682 for the self-acceptance subscale, and 0.738 for the self-alignment subscale—all within acceptable ranges. Finally, split-half reliability was evaluated by dividing the items into two groups (odd-numbered versus even-numbered). The Spearman–Brown coefficients indicated satisfactory split-half reliability: 0.879 for the total scale, 0.766 for the self-awareness subscale, 0.781 for the self-acceptance subscale, and 0.818 for the self-alignment subscale.

**Conclusion**

Self-contact is a novel construct that has garnered significant attention from researchers. This study translated the 12-item Self-Contact Scale and examined its psychometric properties, thereby providing a validated tool for assessing this construct. The findings confirmed the scale's face, content, criterion, and construct validity, as well as its reliability. Confirmatory factor analysis supported the existence of three factors: self-awareness, acceptance of that awareness, and self-alignment with that awareness. Further research with a more diverse population is recommended to enhance the tool's validity. Additionally, future studies should explore the relationship between self-contact and related constructs in mental health and psychological disorders to clarify its role in well-being and associated challenges.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** The proposal for this study was approved on Apr. 17, 2024, and for its conduct, the code of ethics number IR.USWR.REC.1403.104 was received on Aug. 17, 2024, from the Ethics Committee of the University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran. In the study process, the ethical principles of authority, independence, and confidentiality regarding the subjects were considered. Written informed consent was obtained from all participants to enter the study, and their participation in the study was voluntary. They were also assured that their information would remain confidential. Before submitting the questionnaires, the participants were also given the necessary information about the purpose and method of the study.

**Funding:** This article is extracted from the results of the master's thesis in rehabilitation counseling of the first author at the Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran, and has not received any financial support.

**Authors' Contribution:** Conceptualization: Dr. Bahman Bahmani and Seyed Amirhossein Ahmadi; Methodology: All authors; Investigation: Seyed Amirhossein Ahmadi; Statistical Analysis: Dr. Razieh Bidahandi Yarandi and Seyed Mohsen Kheirkhah Alavi; Writing, Review, and Editing: All authors

**Conflict of Interest:** According to the authors, there were no conflicts of interest.

**Acknowledgments:** The researchers extend their heartfelt thanks and appreciation to everyone involved in this study, especially the participants.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 251-262
DOI: 10.22070/cpap.2025.18954.1516

**Research Article**

# Investigating the Psychometric Properties (Validity and Reliability) of the Student Stress Questionnaire (SSQ)

**Authors**

**Hamid Yaghubi [1], Samane Noori [2], Rohollah Abbasi [3*]**

*1. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. yaghubi@shahed.ac.ir*

*2. Ph.D student in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. Samane.n.psy@gmail.com*

*3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*

**Abstract**

**Receive Date:** 18/05/2025

**Accept Date:** 12/11/2025

**Introduction:** Stress is an inevitable aspect of modern life and a major contributor to various physical and mental health disorders. One common form of stress is student stress, which can significantly reduce individuals' efficiency. Therefore, it is essential to have a reliable instrument to measure students' stress levels, particularly for use in student counseling centers. Given the lack of such tools in this area, the purpose of this study is to examine the psychometric characteristics of the Student Stress Questionnaire (SSQ) in Iran.

**Method:** This research is a descriptive correlational study. The sample consists of 441 Iranian students who were selected using a convenience sampling method and completed the Student Stress Questionnaire (SSQ) and the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21). The validity of the SSQ was assessed through convergent validity with the DASS-21 scale and confirmatory factor analysis. Additionally, internal consistency (Cronbach's alpha) and binomialization methods were used to evaluate its reliability.

**Results:** The research findings indicated that the internal consistency coefficient for the entire scale is 0.91, and the correlation between the two halves is 0.64. Convergent validity between the SSQ and DASS-21 questionnaires demonstrated a correlation of 0.80, indicating a strong and significant positive relationship. Additionally, the confirmatory factor analysis showed a good fit for the factor structure of this questionnaire.

**Discussion and conclusion:** Based on the research findings, the Persian version of the Student Stress Questionnaire (SSQ) is a valid and reliable instrument for measuring students' stress levels.

**Keywords**

Student Stress, Confirmatory Factor Analysis, Validity, Reliability

**Corresponding Author's E-mail**

abbasi.ro@shahed.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 251-262
DOI: 10.22070/cpap.2025.18954.1516

## Extended Abstract

### Introduction

Stress is a natural response to threatening or unusual situations and plays a crucial role in helping individuals adapt to challenges. Hans Selye was the first to introduce the concept of stress into psychometrics and is recognized as the founder of stress theory. Research shows that stress is an inevitable part of human life, capable of causing emotional, behavioral, and physical disturbances. According to Long and Bloom, a large proportion of physical and mental illnesses originate from stress. Chronic stress weakens the immune system and increases the risk of cardiovascular diseases, substance abuse, and depression. Other symptoms include sleep disorders, digestive problems, fatigue, irritability, and concentration loss. Globally, stress levels are rising: in the United States, 44% of people report higher stress than in the past, and in Iran, about 61% of individuals experience psychological and physical symptoms related to stress. The university period is considered one of the most stressful life stages, with around 85% of students experiencing stress caused by academic competition, family expectations, and concerns about the future. Excessive stress during this period can reduce academic performance and self-confidence.Various tools have been developed to measure stress. Classical instruments such as the Holmes and Rahe Stress Scale were designed for working adults and are less suitable for students. In contrast, the Student Stress Inventory (SSI) developed by Arip assesses stress across four dimensions—physical, academic, interpersonal, and environmental—making it more relevant to student life. This instrument has been validated among Iranian students, highlighting its reliability in academic research on stress assessment.

### Method

This study employed a descriptive-correlational research design to evaluate the psychometric features of the Student Stress Inventory (SSI) by statistically correlating its outcomes with those derived from the DASS-21 scale. The target population comprised all currently enrolled students at Shahed University and Mohaghegh Ardabili University during the 2022–2023 academic year, resulting in a final sample of 441 students (316 female, 125 male) selected via convenience sampling, exceeding the minimum suggested sample size of 200. The primary instrument, the Student Stress Inventory (SSI) developed by Arip (2015), consists of 40 items across four dimensions (physical, interpersonal, academic, and environmental), scored on a 4-point Likert scale, yielding a total score range of 40 to 160. The SSI demonstrated high reliability, with an overall Cronbach's alpha of 0.857. To establish convergent validity, the DASS-21 scale (measuring depression, anxiety, and stress) was used; previous research confirms its internal consistency with coefficients up to 0.91. The research methodology involved translating and validating the SSI into Persian, administering the survey online due to COVID-19 closures via university social media groups, and ensuring ethical compliance through anonymity. Data analysis was performed using SPSS v26 and AMOS v24 on the 441 complete and valid responses, utilizing Cronbach's alpha, split-half, and confirmatory factor analysis to confirm reliability and validity measures.

### Results

The demographic findings from the current study, involving a total sample of 441 students, clearly established the participant structure: 316 were female (71.7%) and 125 were male (28.3%); regarding marital status, the vast majority (82.1%, or 362 individuals) were single, with 79 married participants (17.9%). The distribution across academic fields showed a clear predominance in the Humanities, accounting for 44% (194 students), followed sequentially by Basic Sciences (32%, 141 students), Technical-Engineering (15.9%, 70 students), Medical/Paramedical (7%, 31 students), and finally Arts (1.1%, 5 students). A critical preliminary check confirmed data suitability, as the skewness and kurtosis values for all research variables were found to be well within the acceptable range of ±2\pm 2±2, thus indicating that the variables adhere to a normal distribution. Assessing the reliability of the Student Stress Inventory (SSI), the overall Cronbach's alpha across all components registered 0.70, a high and acceptable score. This internal consistency was further supported by the split-half correlation, which exceeded 0.50 in all instances, and the alpha values for each subscale were observed to be very close to those previously reported by Arip. To establish validity, a correlation matrix was calculated between the subscales and total scores of the SSI and the DASS-21; this revealed a strong, positive, and significant relationship between the two instruments, with their total scores correlating at 0.80, signifying robust positive convergence. Furthermore, Construct Validity was examined via Confirmatory Factor Analysis (CFA) on the four primary factors (Physical, Interpersonal, Academic, and Environmental Stress). The results showed that the factor loading for every single item was above 0.40, justifying the retention of all items. The subscale factor loadings were high: Physical (0.809), Interpersonal (0.842), Academic (0.759), and Environmental (0.838). Importantly, the second-order factor model of the SSI, as utilized in this research, demonstrated good and desirable overall model fit based on established fit indices.

### Conclusion

Stress is fundamentally defined as a process that compromises students' achievements, leisure, and well-being, often arising when environmental demands are perceived as threats to one's equilibrium. The Student

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 251-262
DOI: 10.22070/cpap.2025.18954.1516

Stress Inventory (SSI), authored by Arip, systematically measures this phenomenon across four distinct dimensions: Physical stress (somatic symptoms), Interpersonal stress (interactions with peers and faculty), Academic stress (exam pressure, heavy workloads, financial burdens), and Environmental stress (congestion, pollution, safety concerns). This validation study, conducted on 441 Iranian university students, sought to confirm the SSI's psychometric properties using both convergent validity checks against the DASS-21 and Confirmatory Factor Analysis (CFA). The validity results were robust, showing a strong positive correlation of 0.80 between the total scores of the SSI and DASS-21, with subscale correlations ranging from 0.57 to 0.64. The CFA, investigating the hypothesized factor structure, confirmed a good overall fit for the model, aligning well with the original structure; factor loadings for the four dimensions were high (ranging from 0.76 to 0.84), and individual item loadings were consistently between 0.41 and 0.68. Regarding reliability, the instrument demonstrated excellent internal consistency with an overall Cronbach's Alpha of 0.91 and a split-half correlation of 0.64. Furthermore, these findings closely mirrored Arip's original Persian validation data (e.g., overall Alpha: 0.80), reaffirming the consistency across versions. In conclusion, the evidence strongly supports that the Student Stress Inventory (SSI) possesses sufficient validity and reliability to be effectively utilized for assessing stress levels within the Iranian student population.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 227-250
DOI: 10.22070/cpap.2026.21018.1810

**Research Article**

# From Confirmatory Factor Modeling to Machine Learning: A Multi-Method Examination of the Factor Structure and Psychometric Properties of the PSS-10

**Authors**

**Noorollah Yousefi [1*], Alireza Pirkhaefi [2], Marzieh Yousefi [3], Ehsan Ahmadi Khave [4]**

1. *PhD in Educational Psychology, Independent Researcher, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*
2. *Associate Professor, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran. apirkhaefi@iau.ac.ir*
3. *M.A. in General Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran. marzieh1984y@gmail.com*
4. *Ph.D. in Philosophy of Education, Payame Noor University, Tehran South, Iran. kelkesheida@yahoo.com*

**Abstract**

**Receive Date:** 28/11/2025

**Accept Date:** 09/06/2026

**Introduction:** The Perceived Stress Scale (PSS-10) is one of the most widely used self-report instruments for measuring stress. This study aimed to provide a comprehensive psychometric evaluation of the PSS-10 by employing a multi-method approach that integrates five advanced techniques: structural equation modeling, item response theory, exploratory graph analysis, network analysis, and machine learning.

**Method:** In this psychometric study, a convenience sample of 1,278 students from the Islamic Azad University, Garmsar Branch, was recruited. Data were analyzed using confirmatory factor analysis models (CFA, ESEM, ESEM-within-CFA), item response theory models (GRM, GPCM, MPGCM), exploratory graph analysis (EGA), network analysis (including centrality indices), and the random forest algorithm. Key indices from each approach were integrated to rank items based on their performance, thereby identifying core, complementary, and revision-recommended items.

**Results:** The ESEM-within-CFA model demonstrated excellent fit (RMSEA = .000; CFI = 1.00) and was selected as the final model. Independent analyses, including IRT (MGPCM), EGA, and network analysis, consistently supported a two-factor structure for the PSS-10: Perceived Helplessness and Perceived Self-Efficacy. Based on the integrated ranking, items 10 and 2 were identified as core items; items 1, 3, 8, and 9 as complementary items; and items 4, 5, 6, and 7—especially item 5—as requiring revision.

**Discussion and conclusion:** The findings not only support the strong construct validity of the PSS-10 but also demonstrate that a multi-method approach is an effective strategy for accurately identifying key items and optimizing psychometric instruments.

**Keywords**

Perceived Stress Scale, Factor Structure, Item Response Theory, Psychological Network Analysis, Machine Learning

**Corresponding Author's E-mail**

n.y3562@gmail.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 227-250
DOI: 10.22070/cpap.2026.21018.1810

## Extended Abstract

### Introduction

Stress, a key construct in health psychology, profoundly affects both mental and physical health and is associated with disorders such as anxiety, depression, and occupational burnout. The Perceived Stress Scale (PSS-10) is one of the most widely used self-report instruments for assessing stress, grounded in the transactional model of stress. Although numerous studies have confirmed its two-factor structure—Perceived Helplessness and Perceived Self-Efficacy—most have relied on traditional methods such as confirmatory factor analysis (CFA) or basic forms of item response theory (IRT). This methodological limitation underscores the need for more comprehensive and advanced approaches to precisely evaluate the factorial structure and psychometric properties of this widely used measure. To address this gap, the present study examined the psychometric properties of the PSS-10 by employing an innovative combination of five advanced methods: structural equation modeling (CFA, ESEM, and ESEM-within-CFA), item response theory (IRT), exploratory graph analysis (EGA), network analysis, and machine learning (random forest algorithm). The ultimate aim was not only to confirm the factorial structure but also to identify core items (those with the highest contribution to construct measurement), complementary items (valuable items worth retaining), and items requiring revision based on the integration of multiple psychometric indices. This comprehensive multimethod framework provides deeper insights into item performance and offers practical guidance for optimizing the scale's application across diverse research and clinical contexts.

### Method

This study employed a multi-method psychometric approach. The statistical population comprised students from Islamic Azad University, Garmsar Branch, during the 2024–2025 academic year. A total of 1,278 students were recruited through convenience sampling and completed the PSS-10. Data analyses were performed using R (version 4.5.1) within a multimethod framework: (1) Factorial structure: Four models (CFA-1F, CFA-2F, ESEM, and ESEM-within-CFA) were compared using the WLSMV estimator; (2) IRT: Three models (GRM, GPCM, and MGPCM) were evaluated; (3) EGA: Dimensionality was identified using the GLASSO algorithm with EBIC, and stability was assessed via 2,500 bootstrap replications; (4) Network analysis: The network of inter-item relationships was estimated, and centrality indices (strength, betweenness, closeness) were calculated; (5) Machine learning: Item importance in predicting latent factor scores was assessed using the random forest algorithm and the mean squared error (MSE) increase index. Stability was further tested through 2,500 bootstrap samples. Finally, integrated item rankings were derived by combining key indices across all approaches (factor loadings, discrimination parameters, network strength, importance, and stability). Missing data were addressed using method-specific procedures: pairwise deletion (lavaan default) for CFA/ESEM/ESEM-within-CFA; multiple imputation (MI) for IRT, EGA, and network analysis; and full information maximum likelihood (FIML) for random forest.

### Results

The sample included 1,278 participants with a mean age of 25.54 years (SD = 6.77). The factorial structure of the PSS-10 was evaluated using CFA, ESEM, and ESEM-within-CFA models (see Table 1).

**Table 1. Fit indices of competing models for the PSS-10 structure**

| Model | $\chi^2$ (df) | CFI | TLI | RMSEA [90% CI] | SRMR | ΔCFI | ΔRMSEA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CFA-1F | 919.315 (35) | 0.930 | 0.910 | 0.141 [0.133–0.149] | 0.141 | – | – |
| CFA-2F | 784.400 (34) | 0.941 | 0.922 | 0.131 [0.124–0.144] | 0.098 | 0.011 | –0.010 |
| ESEM | 11.047 (28) | 1.000 | 1.000 | 0.000 [0.000–0.020] | 0.012 | 0.059 | –0.131 |
| ESEM-within-CFA | 6.930 (26) | 1.000 | 1.000 | 0.000 [0.000–0.012] | 0.010 | 0.000 | –0.008 |

As shown in Table 1, the ESEM-within-CFA model demonstrated superior fit indices (CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = 0.000, SRMR = 0.010), highlighting the advantages of flexible modeling approaches. In the IRT analyses, the multidimensional MGPCM outperformed unidimensional models, confirming the two-factor structure identified by the ESEM-within-CFA. Similarly, Exploratory Graph Analysis (EGA) independently replicated and fully supported the two-factor structure with 100% stability. Network analysis further revealed two clusters consistent with previous methods, with items 3 and 8 exhibiting the highest betweenness centrality and items 8 and 10 showing the greatest strength. The random forest algorithm accurately classified items into their respective factors and quantified their relative importance. The integrated item ranking across all methods is presented in Table 2.

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 227-250
DOI: 10.22070/cpap.2026.21018.1810

**Table 2. Final item ranking across methods**

| Item | EWC λ | MGPCM Discrimination | Network Strength | Random Forest Importance | Stability | Total Rank |
|---|---|---|---|---|---|---|
| pss1 | 2 | 2 | 9 | 8 | 2 | 23 |
| pss2 | 1 | 1 | 4 | 9 | 3 | 18 |
| pss3 | 3 | 4 | 8 | 10 | 1 | 26 |
| pss4 | 6 | 6 | 5 | 6 | 8 | 31 |
| pss5 | 9 | 5 | 7 | 4 | 10 | 35 |
| pss6 | 4 | 8 | 10 | 7 | 4 | 33 |
| pss7 | 5.5 | 10 | 6 | 3 | 9 | 33.5 |
| pss8 | 8 | 7 | 2 | 5 | 5 | 27 |
| pss9 | 7 | 9 | 3 | 2 | 7 | 28 |
| pss10 | 5.5 | 3 | 1 | 1 | 6 | 16.5 |

Note. EWC = ESEM-within-CFA; MGPCM = Multidimensional Generalized Partial Credit Model.

Based on Table 2, items 2 and 10 emerged as *core items*, items 1, 3, 8, and 9 were identified as *complementary items*, while items 4, 5, 6, and 7—particularly item 5—showed the weakest performance.

**Conclusion**

The findings indicate that the PSS-10 demonstrates robust construct validity and a stable two-factor structure. Importantly, the multimethod approach provided a more comprehensive understanding of item functioning. The integration of ESEM-within-CFA, MGPCM, EGA, network analysis, and random forest methods enabled precise identification of core, complementary, and weak items. Items 2 and 10, identified as core indicators, exhibited the highest stability, discrimination, and structural alignment, suggesting their usefulness for rapid stress screening, particularly in time-constrained contexts. Items 1, 3, 8, and 9 were deemed acceptable complementary items, whereas items 4, 5, 6, and 7 require revision or elimination, with item 5 showing the poorest performance. These results highlight that the strength of a scale cannot be fully captured by a single method or index; rather, integrating multiple indices and perspectives yields a deeper and more accurate evaluation of item quality. Accordingly, a shorter yet valid version of the scale can be constructed by combining core and complementary items, offering benefits for both research and clinical applications. Overall, this study underscores the value of multimethod approaches in psychometrics and introduces a replicable framework for optimizing measurement tools in behavioral and health sciences. A limitation of the study is its reliance on a student sample from a single university (Islamic Azad University, Garmsar Branch).

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** In the current study, ethical considerations such as informing participants about the research objectives, obtaining informed consent and agreement to participate in the study, not forcing participants to participate in the study, keeping the participants' information confidential and maintaining confidentiality were observed.

**Funding:** The present study was carried out without any financial support from any particular organization.

**Authors' Contribution:** All authors actively participated in drafting, rewriting, and revising the manuscript.

**Conflict of Interest:** The authors of the article declare that they have no conflict of interest.

**Acknowledgments:** We hereby express our gratitude to all the dear ones who helped us in carrying out this study; We are especially grateful to the students of Islamic Azad University of Garmsar branch.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226
DOI: 10.22070/cpap.2026.20635.1731

**Research Article**

# Effectiveness of Integrative Body-Mind-Spirituality (IBMS) Intervention on Quality of Life, Psychological Distress, and Intolerance of Uncertainty in Women with Polycystic Ovary Syndrome

**Authors**

**Arzoo Ghasemkhanloo [1], Ali Eissazadegan [2*], Esmail Soleimani [3]**

*1. PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. psy.arezoo@gmail.com*

*2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. (Corresponding Author)*

*3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. soleymani.psy@gmail.com*

**Abstract**

**Receive Date:** 30/06/2025

**Accept Date:** 05/01/2026

**Introduction:** There is a bidirectional relationship between polycystic ovary syndrome (PCOS) and psychological factors, which exacerbates psychological, physical, and spiritual symptoms. Given that PCOS manifests with physical, psychological, and spiritual symptoms, integrated treatment approaches are essential. This study examines the effectiveness of an integrated body-rational-meaning intervention on quality of life, psychological distress, and intolerance of uncertainty in women with PCOS.

**Method:** The present study employed a semi-experimental design with pre-test and post-test assessments. The target population consisted of patients with polycystic ovary syndrome, from which 40 individuals were selected and randomly assigned to experimental and control groups. After completing the pre-test, the intervention group participated in eight individual sessions of body-integrity therapy, each lasting 45 minutes. Follow-up assessments were conducted immediately after the intervention and again one month later. Data were collected using the Quality of Life Questionnaire, Psychological System Questionnaire, and the Intolerance of Uncertainty Questionnaire. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) in SPSS version 22.

**Results:** The between-group analysis of variance revealed significant improvements in the experimental group compared to the control group. Quality of life showed a significant effect ($p < 0.001$; $F_{1, 38} = 317.75$) with an eta coefficient of 92 percent. Intolerance of uncertainty also improved significantly ($p < 0.001$; $F_{1, 38} = 45.77$) with an eta coefficient of 77 percent. Anxiety decreased significantly ($p < 0.001$; $F_{1, 38} = 34.73$) with an eta coefficient of 55 percent. Depression showed significant improvement ($p < 0.001$; $F_{1, 38} = 62.11$) with an eta coefficient of 68 percent, and stress was significantly reduced ($p < 0.001$; $F_{1, 38} = 63.24$) with an eta coefficient of 69 percent. These results indicate the effectiveness of the integrative treatment.

**Discussion and conclusion:** Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a multifaceted disorder. The present study demonstrated that psychological symptoms associated with PCOS can be significantly alleviated through psychotherapy. These findings underscore the importance of incorporating such interventions into standard PCOS treatment protocols as a complement to conventional medical therapies.

**Keywords**

Quality of life, Psychological distress, Ambiguity, Awareness, Psychotherapy, PCOS

**Corresponding Author's E-mail**

a.essazade@gmail.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226
DOI: 10.22070/cpap.2026.20635.1731

## Extended Abstract

### Introduction

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the most common endocrine disorders affecting women, with a prevalence ranging from 5 to 20 percent. It is a leading cause of infertility, primarily due to impaired ovulation. According to the Rotterdam criteria, a diagnosis of PCOS requires the presence of at least two of the following three features: ovulatory dysfunction, elevated androgen levels (such as testosterone), and the presence of multiple ovarian cysts observed via ultrasound. Beyond fertility issues, PCOS is associated with a variety of other symptoms, including excessive hair growth (hirsutism), acne, obesity, and insulin resistance, all of which can significantly impact patients' quality of life.

Importantly, PCOS is not only a physical disorder but also profoundly affects women's mental health. Many patients struggle with issues such as anxiety, depression, and, in particular, "intolerance of uncertainty." This psychological state is especially pronounced in women trying to conceive, as uncertainty about the future of treatment and the disease's progression creates chronic stress. This stress can exacerbate hormonal imbalances by increasing cortisol levels and worsening PCOS symptoms. Consequently, a vicious cycle develops between psychological stress and the worsening of physical symptoms, complicating disease management. This bidirectional interaction between the body and mind leads to a significant decline in the health-related quality of life (HRQoL) for these patients.

Common treatments for polycystic ovary syndrome (PCOS) include lifestyle modifications such as diet and exercise, hormonal medications like birth control pills and metformin, and, in some cases, surgery. Although these approaches can be partially effective, they are often insufficient on their own, and many patients continue to experience residual symptoms and psychological challenges. Therefore, there is a growing need for complementary and holistic treatments. One such emerging approach is the Integrated Body-Mind-Spirituality (I-BMS) intervention, which is designed based on the interconnectedness of physical, mental, and spiritual health.

I-BMS is a non-pharmacological treatment approach that combines techniques such as mindfulness, meditation, breathing exercises, and activities designed to enhance psychological resilience. Studies have demonstrated that this approach is effective in improving chronic conditions such as depression, anxiety, diabetes, and heart disease. In the case of PCOS, I-BMS can help patients better manage the physical and psychological challenges of the syndrome by reducing stress, improving hormonal balance, and fostering acceptance of the condition. Additionally, it enhances patients' quality of life by promoting a positive attitude and increasing self-efficacy.

In summary, polycystic ovary syndrome (PCOS) is a multifaceted condition that necessitates comprehensive treatment due to the complex interplay of hormonal, metabolic, and psychological factors. While conventional medical approaches primarily target physical symptoms, psychotherapeutic methods such as Integrative Body-Mind-Spirit (I-BMS) therapy can serve as valuable complements by addressing psychological and spiritual dimensions. Combining these approaches can help disrupt the vicious cycle of stress and symptom exacerbation, ultimately enhancing the quality of life for women with PCOS.

### Method

The present study, designed with a practical purpose and implementation method, is a quasi-experimental study employing a pre-test, post-test design with a control group. The statistical population comprises all women with polycystic ovary syndrome (PCOS) who visited health centers in Khoy city during the first half of 1404 (Iranian calendar). From this population, 40 participants were selected using convenience sampling due to accessibility. These 40 individuals were then randomly assigned to two groups of 20: an experimental group receiving treatment based on an integrated body-mind-spiritual intervention, and a control group. Participants were aged between 18 and 40 years and met the following inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria were: 1) confirmed diagnosis of PCOS; 2) willingness and informed consent to participate; and 3) no psychological interventions received in the past six months. Exclusion criteria included: 1) absence from more than two sessions; 2) unwillingness to cooperate or continue interventions; and 3) use of psychiatric or psychotropic medications. After obtaining ethical approval, in collaboration with gynecologists and the Infertility Center of Khoy Faculty of Medical Sciences, the treatment program was explained to eligible women. Those willing to participate were screened according to the inclusion and exclusion criteria, resulting in the selection of approximately 40 women. Participants were then randomly assigned to the two groups, and informed consent was obtained before administering pre-tests. Weekly individual therapy sessions of 45 minutes were conducted for the experimental group at the counseling center. The control group was placed on a waiting list to receive the intervention later. Upon completion of the therapy sessions, post-tests were administered to both groups, followed by a one-month follow-up. After the follow-up, the control group also received the treatment. Data were collected, and after accounting for sample attrition, entered into SPSS software for analysis. Descriptive statistics such as means and standard deviations, as well as analysis of covariance (ANCOVA), were performed. The instruments used in this study included the integrative body-mind-spirituality intervention package, the Psychological Distress Scale, the Intolerance of Uncertainty Scale, and the Health-Related Quality of Life Scale. The treatment program consisted of eight sessions incorporating exercises targeting physical, psychological, and spiritual health, as proposed by Chan et al. in 2006.

### Results

This study was conducted with two independent groups using a pre-test and post-test design, including a control

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 215-226
DOI: 10.22070/cpap.2026.20635.1731

group, and featured a one-month follow-up period. Demographic analysis revealed that the mean age of the experimental group was 27.15 ± 4.42 years, while the control group had a mean age of 25.60 ± 3.13 years, with no significant difference between the groups. Additionally, there were no significant differences between the groups regarding education, marital status, medical history, psychotherapy history, or obesity status.

A comparison of psychological distress indices (anxiety, stress, and depression), intolerance of uncertainty, and quality of life between the two groups showed no significant differences before the intervention in terms of depression, stress, anxiety, intolerance of uncertainty, or quality of life. However, after the intervention and at follow-up, significant differences were observed in these variables ($p < 0.05$).

The results of the mixed within-group and between-group analysis of variance for depression, anxiety, stress, intolerance of uncertainty, and quality of life indicate a significant effect over time. Specifically, there is a decreasing trend in scores for anxiety, depression, stress, intolerance of uncertainty, and quality of life. Additionally, the interaction effect between time and group is significant, demonstrating differences between the two groups across the variables studied. The integrative mind-body-spirituality intervention produced significant changes compared to the control group at all three time points: before the intervention, after the intervention, and at follow-up. These findings highlight the effectiveness of this therapeutic approach.

**Conclusion**

This study examined the effects of integrated body-mind-spirituality (IBMS) therapy on reducing psychological symptoms—specifically depression, anxiety, and stress—enhancing tolerance to uncertainty, and improving quality of life in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). The findings demonstrated that IBMS produced significant improvements across all variables compared to the control group. Although no directly comparable studies have been conducted on PCOS patients, these results align with findings from similar research in other populations. For instance, Hoffman et al. (2014) reported in a meta-analysis that mindfulness-based interventions significantly reduce symptoms of depression and anxiety. Additionally, Majidzadeh et al. (2020) found that combining cognitive-behavioral therapy (CBT) with breathing exercises led to stress reduction and enhanced quality of life in women with PCOS.

In the context of intolerance of uncertainty, the results of this study align with the research of Carlton et al. (2012), who demonstrated that mindfulness training can increase tolerance of ambiguity. McEvoy et al. (2019) also confirmed that intolerance of uncertainty is a key factor in exacerbating anxiety and depression in chronic patients. These findings suggest that reducing intolerance of uncertainty may be a primary mechanism through which IBMS improves mental health. Additionally, Selajkeh et al. (2023) showed that mindfulness-based treatments can reduce health and fertility-related concerns in women with PCOS.

Although most studies support the effectiveness of integrative treatments, some, such as the Linden study (2022), have reported that spiritually based interventions have limited effects. This discrepancy may be due to variations in sampling or treatment protocols. Yaden (2022) also noted that the effectiveness of these methods may depend on individual beliefs and preferences, underscoring the need to personalize treatment.

IBMS appears to work through several different pathways: 1) reducing physiological stress responses by modulating the HPA axis, 2) improving emotional self-regulation by increasing mindfulness and acceptance, and 3) enhancing a sense of meaning and resilience through spiritual components. This holistic approach may help patients better cope with the challenges of PCOS.

This study has several limitations, including the absence of an active comparison group (such as standard medication or cognitive-behavioral therapy), a short follow-up period of only one month, and a sample limited to women attending specialist clinics, which may restrict the generalizability of the findings. Future research should compare IBMS with other interventions, employ more objective methods to assess physiological effects, and consider individual differences in treatment response.

Despite these limitations, the findings support the efficacy of IBMS as a comprehensive approach to improving mental health and quality of life in women with PCOS. By integrating physical, psychological, and spiritual components, this intervention not only reduces symptoms but also enhances patients' adaptive capacity and resilience. The results of this study provide a foundation for designing multidisciplinary treatment protocols for similar clinical populations and represent an important step toward more comprehensive management of this complex syndrome.

## Ethical Considerations

This study is derived from the author's doctoral dissertation in psychology, which has received ethical approval from the Bioethics Committee of Urmia University under the number IR.URMIA.REC.1404.001.

**Funding:** This research did not receive any financial support.

**Conflict of Interest:** There are no conflicts of interest among the authors

**Acknowledgments:** We are extremely grateful to the faculty members of the Department of Psychology at Urmia University, the gynecologists of Khoy city, and all the patients who generously accompanied us in this study.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 199-214
DOI: 10.22070/cpap.2026.20413.1707

**Research Article**

# Structural Model of the Relationship Between Attachment Styles and Obsessive-Compulsive Symptoms: The Mediating Role of Alexithymia and Cognitive Flexibility

**Authors**

**Mahsa Mohammadi [1], Manijeh Firoozi [2*], Reza Rostami [3]**

*1. PhD Student in Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.*
*mahsa.mohamadi@ut.ac.ir*

*2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*

*3. Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.*
*rrostami@ut.ac.ir*

**Abstract**

**Receive Date:** 26/02/2026

**Accept Date:** 23/08/2026

**Introduction:** The purpose of this study was to examine the mediating roles of alexithymia and cognitive flexibility in the relationship between attachment styles and obsessive-compulsive symptoms.

**Method:** This study employed a descriptive-correlational design. The statistical population consisted of Iranian adults over the age of 18, including both genders and individuals from various educational backgrounds, without a diagnosis of significant mental or physical illness in 2023. Convenience sampling was used, resulting in a total of 251 participants (60 men and 191 women) from a non-clinical setting. The research instruments included the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), the Adult Attachment Inventory (AAI), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and the Cognitive Flexibility Inventory (CFI). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics through structural equation modeling (SEM). Statistical analyses were performed using SPSS version 21 and AMOS version 22.

**Results:** The findings indicated that the research model exhibited a good fit with the data. The direct path from attachment styles to obsessive-compulsive symptoms was not significant, whereas the direct paths from alexithymia and cognitive flexibility to obsessive-compulsive symptoms were significant. Additionally, the indirect effects of attachment styles on obsessive-compulsive symptoms, mediated by alexithymia and cognitive flexibility, were also significant.

**Discussion and conclusion:** Based on the results of this study, alexithymia and cognitive flexibility play significant mediating roles in the relationship between attachment styles and obsessive-compulsive symptoms. It is suggested that psychological interventions should address the effects of alexithymia and cognitive flexibility to better understand the development and manifestation of obsessive-compulsive symptoms.

**Keywords**

Attachment Styles, Obsessive-Compulsive Symptoms, Obsessive-Compulsive Disorder, Alexithymia, Cognitive Flexibility

**Corresponding Author's E-mail**

mfiroozy@ut.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 199-214
DOI: 10.22070/cpap.2026.20413.1707

## Extended Abstract

### Introduction

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a prevalent psychological condition characterized by intrusive thoughts, images, and impulses that cause significant distress. These symptoms lead individuals to engage in compulsive behaviors aimed at alleviating their anxiety. Although individuals with OCD recognize the irrationality of these behaviors, they struggle to control them, resulting in considerable impairments in daily functioning. Attachment styles, which originate from early caregiver relationships, play a crucial role in emotional regulation and interpersonal interactions. Insecure attachment styles, including anxious and avoidant types, are associated with increased sensitivity to uncertainty, which may contribute to the persistence of obsessive-compulsive symptoms. Research suggests that insecure attachment styles may lead individuals to engage in compulsive behaviors as a means of gaining control and certainty in their internal world. Alexithymia and cognitive flexibility are two important psychological factors that may mediate the relationship between attachment styles and OCD symptoms. Alexithymia has been associated with increased severity of obsessive-compulsive disorder (OCD). Individuals with insecure attachment styles often struggle with emotion regulation, which reinforces emotional avoidance and compulsive behaviors. Similarly, cognitive flexibility—the ability to adapt thinking and behavior in response to changing situations—is frequently impaired in individuals with OCD, contributing to rigid thought patterns and compulsivity. Secure attachment is linked to greater cognitive flexibility, whereas anxious attachment may hinder adaptive cognitive processes.

Given the complex interplay among attachment styles, alexithymia, and cognitive flexibility, this study aimed to explore the structural relationships between attachment styles and obsessive-compulsive symptoms, considering the mediating roles of alexithymia and cognitive flexibility.

### Method

This study utilized a descriptive-correlational research design to examine how alexithymia and cognitive flexibility mediate the relationship between attachment styles and obsessive-compulsive symptoms. The research population comprised Iranian adults aged 18 and older, representing diverse educational backgrounds. The sample size was determined by applying a rule of five participants per parameter, resulting in 251 respondents (191 females and 60 males). Participants were recruited using convenience sampling, and data were collected online through social media platforms (Instagram, Telegram, and WhatsApp) during January and February 2023. The data collection instruments included the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), Adult Attachment Inventory (AAI), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and Cognitive Flexibility Inventory (CFI). The inclusion criteria for the study comprised individuals aged 18 years or older without significant physical or mental health conditions, willingness to participate, possession of at least basic literacy skills, and active use of social media. Conversely, the exclusion criteria included incomplete questionnaire responses and withdrawal from participation during questionnaire completion. Descriptive statistics, including the mean and standard deviation, were used to measure the research variables. For inferential analysis, structural equation modeling was employed to examine the relationships between variables. SPSS version 21 and AMOS version 22 software were utilized to analyze the collected data.

### Results

The sample included 251 adults, including 191 women (76.1%) and 60 men (23.9%). Regarding marital status, 223 participants (88.8%) were single, while 28 (11.2%) were married. The majority (81.7%) were aged between 18 and 28 years. Educational backgrounds varied across the sample. The results indicated that the direct path from attachment styles to obsessive-compulsive symptoms was not significant, whereas the direct paths from alexithymia and cognitive flexibility to obsessive-compulsive symptoms were significant. Additionally, the indirect effects of attachment styles on obsessive-compulsive symptoms through alexithymia and cognitive flexibility were also significant. Table 1 presents the fit indices of the research model. The model fit indices confirmed an adequate measurement model, with RMSEA and SRMR values below 0.08, and CFI and IFI values above 0.90, indicating a strong fit. Mediation analyses revealed significant indirect effects. Alexithymia significantly mediated the relationship between anxious attachment ($b = 0.06$, $p < 0.05$) and avoidant attachment ($b = 0.077$, $p < 0.05$) with obsessive-compulsive symptoms, but not for secure attachment ($b = -0.021$, $p > 0.05$). Cognitive flexibility significantly mediated the effects of secure attachment ($b = -0.015$, $p < 0.05$) and anxious attachment ($b = 0.013$, $p < 0.05$) on obsessive-compulsive symptoms, whereas no significant mediation was found for avoidant attachment ($b = 0.003$, $p > 0.05$).

**Table 1. fit indicators of the research model**

| Measure | Obtained Value | Acceptable Value |
|---|---|---|
| Chi-square ($\chi^2$) | 104.821 | – |
| $\chi^2$ / df | 2.438 | Less than 3 |
| Comparative Fit Index (CFI) | 0.935 | Greater than 0.90 |
| Incremental Fit Index (IFI) | 0.937 | Greater than 0.90 |
| Goodness of Fit Index (GFI) | 0.942 | Greater than 0.90 |
| Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) | 0.076 | Less than 0.08 |
| Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) | 0.072 | Less than 0.08 |

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 199-214
DOI: 10.22070/cpap.2026.20413.1707

**Conclusion**

In examining the relationship between attachment styles (secure, avoidant, and anxious) and OCD symptoms, the analysis found no direct correlation, contradicting previous research. This suggests that attachment styles may be more closely linked to disorders such as depression and anxiety rather than directly contributing to obsessive-compulsive symptoms. However, alexithymia and cognitive flexibility played significant mediating roles in these relationships. Alexithymia was positively associated with obsessive-compulsive symptoms, indicating that individuals with greater difficulty identifying and expressing emotions were more likely to experience obsessive-compulsive behaviors. In contrast, reduced cognitive flexibility was associated with an increase in obsessive-compulsive symptoms. Secure attachment is associated with enhanced cognitive flexibility, which may serve a protective function against the development of obsessive–compulsive symptoms. These findings underscore the importance of addressing both emotional and cognitive processes in understanding obsessive–compulsive disorder. It is recommended that future studies recruit more gender-balanced and clinically diagnosed samples and utilize performance-based tasks to assess cognitive flexibility. Additionally, monitoring participants' mood during data collection is advised to enhance data accuracy. Furthermore, to gain a deeper understanding of OCD, future research should investigate other potential mediators.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** In the present study, the ethical approval of research, including secrecy, confidentiality and privacy of individuals, was observed, and participation in the research did not cause any possible harm to the participants.

**Funding:** The study was conducted without the funding of any institution or organization.

**Authors' Contribution:** The first author is the main researcher of this study. The second author is the supervisor. The third author is the advisor. This article is derived from the master's thesis of the first author at the Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran.

**Conflict of Interest:** According to the authors, this article has no funding or conflict of interest.

**Acknowledgments:** The authors deem it necessary to extend their sincere appreciation to all individuals who participated in this study and whose cooperation made its execution possible.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 185-198
DOI: 10.22070/cpap.2026.20309.1694

**Research Article**

# The Effectiveness of Integrated Cognitive Behavioral-Based Acceptance and Commitment Therapy (CBT-ACT) on Sexual Performance and Self-Esteem in Women with Vaginismus

**Authors**

**Zahra Alizadeh Birjandi [1], Zohre Nadeali [2*]**

*1. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Imam Reza International University, Mashhad, Iran. z.alizadeh@imamreza.ac.ir*

*2. Master of Science in Clinical Psychology, Hakim Toos Institute of Higher Education, Mashhad, Iran. (Corresponding Author)*

**Abstract**

**Receive Date:** 09/12/2025

**Accept Date:** 19/05/2026

**Introduction:** Vaginismus is one of the most common sexual disorders affecting women, significantly impacting their sexual activities and related issues. Consequently, the aim of the present study was to evaluate the effectiveness of integrated cognitive-behavioral acceptance and commitment therapy (CBT-ACT) on the sexual function and self-esteem of women with vaginismus in Mashhad.

**Method:** The method of this study was a quasi-experimental pre-test-post-test design with a control group. For this purpose, 30 women diagnosed with vaginismus were purposively selected from among all women visiting gynecologists' offices and psychological service clinics in Mashhad. Diagnosis was confirmed by a gynecologist. The participants were then randomly assigned to either the experimental or control group. The intervention was delivered in a group format over 12 sessions to the experimental group. The instruments used in the study were the Rosen Female Sexual Function Index (FSFI) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), which participants completed during both the pre-test and post-test phases. Analysis of covariance (ANCOVA) was employed to analyze the data.

**Results:** Analysis of the results showed that the CBT-ACT intervention is effective in improving sexual function ($P < 0.01$) and promoting self-esteem ($P < 0.001$) in women with vaginismus.

**Discussion and conclusion:** CBT-ACT treatment can serve as an effective, flexible, and practical therapeutic intervention for sexual disorders, particularly vaginismus.

**Keywords**

Self-esteem, Integrated Cognitive Behavioral-Based Acceptance and Commitment Therapy (CBT-ACT), Sexual function, Vaginismus

**Corresponding Author's E-mail**

nadali.zohreh@yahoo.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 185-198
DOI: 10.22070/cpap.2026.20309.1694

## Extended Abstract

### Introduction

Sexual health is a crucial aspect of overall well-being, shaped by physical, emotional, psychological, and social factors, and it faces numerous challenges [1, 2]. Sexual dysfunction includes difficulties related to desire, arousal, orgasm, and pain during sexual activity [3, 4]. Vaginismus, a common condition among women, involves involuntary muscle spasms that impede penetration [5, 6]. The prevalence of this disorder varies across cultures [7, 8, 9], with studies indicating that 33% of women in Iran report experiencing pain or fear during intercourse [10]. Additionally, vaginismus is associated with psychological issues such as anxiety and negative body image [6, 7, 13, 14]. This condition can result in severe consequences, including pain, depression, and marital disruptions [6, 11, 12]. Many studies have demonstrated that the medical perception of vaginismus as merely a spasmodic response is reductionist and unreliable. Consequently, numerous researchers advocate for a multidisciplinary approach to understanding and treating vaginismus [17]. Contemporary research has shifted toward personalized, process-based treatments to improve client adherence, reduce dropout rates, and maximize treatment effectiveness with limited resources [30, 31]. One such process-based treatment (PBT) is the integrated ACT-CBT approach, which, grounded in the theory of relational frame theory (RFT), aims to promote valued action and psychological flexibility [32, 33]. Cognitive techniques combined with mindfulness can help modify dysfunctional beliefs and foster non-judgmental awareness of pain [32, 34]. Given the limitations of CBT in addressing women's sexual disorders [24], this study aims to evaluate the efficacy of integrated ACT-CBT treatment for women experiencing vaginismus.

### Method

This study employed an applied, quantitative, quasi-experimental research design using a pre-test-post-test control group format. It examined the effectiveness of combined Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (CBT-ACT) on sexual function and self-esteem in women diagnosed with vaginismus. The study population comprised women diagnosed with vaginismus by gynecologists in Mashhad, Iran, during the first half of 2023. Thirty eligible women (aged 17–45, non-menopausal, in good physical and mental health, without significant physical or sexual problems or severe psychiatric disorders, and who provided informed consent) were selected through purposive sampling and randomly assigned to either an experimental group (receiving CBT-ACT treatment) or a control group. Exclusion criteria included missing more than two sessions or lack of active participation. Data were collected using demographic questionnaires, the validated Female Sexual Function Index (FSFI), and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). The experimental group underwent twelve 120-minute CBT-ACT group therapy sessions. After the loss of five participants from each group, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was conducted using SPSS version 27 at a significance level of 0.05 on data from the remaining ten participants per group to evaluate the intervention's effects on the study hypotheses.

### Results

This study involved evaluating 20 women diagnosed with vaginismus, who were divided into two groups of 10 participants each by specialists. The groups were matched based on demographic factors such as age, education level, and duration of marriage. The experimental group had an average age of 25 years, while the control group's average age was 29 years. Regarding education, 60% of the experimental group had a high school diploma or lower, whereas 70% of the control group held a bachelor's degree or less. Most participants in both groups had been married for one to two years. Descriptive statistics from both groups during the pre-test and post-test phases indicated a positive change in average scores related to self-esteem and sexual performance in the experimental group. This group showed noticeable increases in the orgasm and satisfaction subscales and a decrease in pain subscale scores. In contrast, the control group's average scores remained stable. These findings suggest that cognitive-behavioral integrated interventions effectively improve sexual performance and self-esteem among women suffering from vaginismus. Before conducting multivariate analysis of covariance, essential assumptions were verified. The Kolmogorov-Smirnov test confirmed the normal distribution of scores, while Levene's test indicated homogeneity of variance across groups. The M-box test also supported covariance homogeneity. To evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral integrated therapy on sexual performance and self-esteem, multivariate analysis of covariance was applied. The results revealed significance levels below 0.05, indicating a significant difference between the two groups concerning sexual performance and self-esteem. In conclusion, the analysis confirmed that cognitive-behavioral integrated therapy significantly impacts sexual performance and self-esteem ($p < 0.05$). The effect size was reported as 81% for sexual performance and 73% for self-esteem.

### Conclusion

This study demonstrates a significant positive effect ($P < 0.01$) of an integrated Cognitive-Behavioral Therapy based on Acceptance and Commitment Therapy (CBT-ACT) intervention on improving sexual function and increasing self-esteem in women with vaginismus. These results align with research indicating CBT's efficacy in modifying maladaptive thoughts [19, 22, 23, 25, 28] and ACT's effectiveness in promoting psychological flexibility and reducing anxiety severity [24, 26, 29, 31]. These

findings are important because they address the multidimensional nature of vaginismus, a condition rooted in both psychological factors (fear, anxiety) and socio-cultural factors (negative attitudes, lack of sexual awareness) [16, 17, 18, 21]. The limited effectiveness of traditional CBT interventions alone [23, 24] underscores the importance of comprehensive, integrative approaches to addressing the complexities of vaginismus.

Success in CBT-ACT treatment stems from its multifaceted approach, which addresses cognitive, behavioral, and acceptance-commitment components [30, 32–35]. The synergy between CBT (cognitive restructuring, coping skills training, behavioral modification) and ACT (acceptance of negative emotions, value-based action) is essential [26]. This approach targets both psychological and sociocultural factors contributing to vaginismus [17, 18, 19].

The mechanism of action involves cognitive-behavioral therapy (CBT) correcting maladaptive thoughts and behaviors stemming from the fear of pain [16], while acceptance and commitment therapy (ACT) promotes mindful acceptance of unpleasant emotions without avoidance [33, 42]. This approach enhances behavioral flexibility and reduces the impact of negative thoughts [42]. Emphasizing values and value-consistent actions, rather than avoidance, is also crucial [33]. Acceptance of pain, without attempts to change or avoid it, leads to better adaptation and reduced pain intensity [42]. Improved self-acceptance, resulting from challenging negative thoughts and behaviors, enhances self-image and self-esteem [33].

In summary, CBT-ACT is an effective treatment for vaginismus, significantly improving sexual function and self-esteem. Future research should focus on its long-term effectiveness, comparisons with other therapies, and the investigation of moderating factors such as personality traits, socio-cultural influences, and neurobiological mechanisms.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** Ethical considerations were fully addressed in this research, as evidenced by the ethical code IR.MUMS.REC.1401.264 obtained from Mashhad University of Medical Sciences. This research is based on a thesis with [The effectiveness of integrated cognitive behavior-based acceptance and commitment therapy (CBT – ACT) on sexual performance and self-esteem in women with vaginismus], defended on [Defense Date] at Hakim Educational Complex. Informed consent was obtained from all participants, and the confidentiality and privacy of their data were strictly maintained by the researcher.

**Funding:** This study was conducted without any financial support from any institution or organization.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 169-184
DOI: 10.22070/cpap.2026.21391.1860

**Research Article**

# Post-Traumatic Growth in Mothers of Children with Intellectual Disabilities: The Role of Personality Traits with the Mediating Effect of Self-Compassion

**Authors**

**Elahe Aslami** [1*]

*1. Assistant Professor, Department of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*

**Abstract**

**Receive Date:** 24/12/2025

**Accept Date:** 09/09/2026

**Introduction:** The present study aimed to examine the mediating role of self-compassion in the relationship between the Big Five personality traits (extraversion, neuroticism, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness) and post-traumatic growth among mothers of children with intellectual disabilities.

**Method:** This study employed a descriptive-correlational research design and utilized structural equation modeling. The statistical population comprised mothers of children with intellectual disabilities in Fars Province, from which 300 participants were selected through convenience sampling. The instruments used included the NEO Five-Factor Inventory, Neff's Self-Compassion Scale, and the Post-Traumatic Growth Inventory developed by Tedeschi and Calhoun. Data were analyzed using statistical software and the Partial Least Squares (PLS) technique.

**Results:** The findings indicated that openness to experience, extraversion, agreeableness, and conscientiousness were positively and significantly associated with self-compassion and post-traumatic growth, whereas neuroticism was negatively and significantly related to both variables. Furthermore, self-compassion mediated the relationship between the Big Five personality traits (extraversion, neuroticism, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness) and post-traumatic growth.

**Discussion and conclusion:** According to the research findings, enhancing self-compassion is an effective intervention strategy in psychological and support programs for mothers facing the challenges of parenting under difficult circumstances.

**Keywords**

Personality Traits, Self-Compassion, Post-Traumatic Growth, Children with Intellectual Disabilities

**Corresponding Author's E-mail**

aslami.e@pnu.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 169-184
DOI: 10.22070/cpap.2026.21391.1860

## Extended Abstract

### Introduction

Post-traumatic growth (PTG) is recognized as a key construct in both clinical and positive psychology, referring to positive psychological changes that occur following highly stressful or chronically adverse experiences. Unlike deficit-oriented approaches, which primarily focus on negative outcomes such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder, contemporary clinical psychology perspectives emphasize that individuals can experience personal growth, enhanced self-awareness, strengthened interpersonal relationships, and a greater sense of meaning through confronting psychological suffering. However, not all individuals respond to adverse experiences in the same way. Individual differences, particularly personality traits and emotion regulation capacities, play a critical role in shaping these outcomes. Mothers of children with intellectual disabilities constitute a population chronically exposed to potentially stressful conditions. Intellectual disability is a stable neurodevelopmental disorder characterized by cognitive and adaptive limitations. Caring for these children imposes sustained psychological pressure, emotional exhaustion, uncertainty about the future, and increased caregiving demands on mothers. Clinically, this group is at an elevated risk for mental health difficulties. Nevertheless, empirical evidence indicates that many of these mothers also experience meaningful post-traumatic growth. Post-traumatic growth (PTG) is recognized as a key concept in both clinical and positive psychology, referring to positive psychological changes that occur following highly stressful or chronically adverse experiences. Unlike deficit-oriented approaches, which primarily focus on negative outcomes such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder, contemporary clinical psychology perspectives emphasize that individuals can experience personal growth, enhanced self-awareness, strengthened interpersonal relationships, and a greater sense of meaning through confronting psychological suffering. However, not all individuals respond to adverse experiences in the same way. Individual differences, particularly personality traits and emotion regulation capacities, play a critical role in shaping these outcomes. Personality traits, as relatively stable individual differences, provide a valuable framework for understanding variations in responses to stressful events. The Big Five personality model—comprising extraversion, openness to experience, agreeableness, conscientiousness, and neuroticism—is one of the most robust and widely applied frameworks in personality research, including clinical studies. Previous research suggests that extraversion, openness, agreeableness, and conscientiousness are generally associated with adaptive psychological outcomes and better mental health, whereas neuroticism is linked to emotional vulnerability and diminished psychological adjustment. However, the specific psychological mechanisms through which personality traits facilitate post-traumatic growth remain underexplored. In this context, self-compassion has emerged as a clinically relevant and modifiable construct. It involves adopting a kind, non-judgmental attitude toward oneself in the face of suffering, recognizing the universality of human suffering, and mindfully engaging with painful emotions. Evidence suggests that self-compassion is associated with effective emotion regulation, reduced rumination, decreased self-criticism, and increased psychological flexibility. Consequently, self-compassion may serve as a key mechanism through which personality traits influence post-traumatic growth. The present study aimed to investigate a causal model of post-traumatic growth based on the Big Five personality traits, with self-compassion as a mediating variable, in mothers of children with intellectual disabilities.

### Method

This study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling (SEM). The population included all mothers of children with intellectual disabilities in Fars Province, Iran. A total of 300 mothers were selected through convenience sampling from special schools and welfare centers. Participants were assured of confidentiality and provided informed consent. Three questionnaires were used in this study: the Post-Traumatic Growth Questionnaire (PTG), consisting of 21 items across five subscales—relationships with others, new possibilities, personal strength, appreciation of life, and spiritual change—with a Cronbach's alpha of 0.78 in this study; the Big Five Personality Questionnaire (Short Form, 60 items), measuring neuroticism, extraversion, openness, agreeableness, and conscientiousness, with Cronbach's alpha values ranging from 0.74 to 0.87 for the subscales; and the Self-Compassion Scale (SCS), comprising 26 items across three components: self-kindness versus self-judgment, common humanity versus isolation, and mindfulness versus over-identification, with a total scale Cronbach's alpha of 0.76.

### Results

Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) using SmartPLS was employed to analyze the data. This method was appropriate because all variables were non-normally distributed, and PLS-SEM does not require normality. The sample consisted of 300 mothers of children with intellectual disabilities. Most had one or two children and were either homemakers, employees, or self-employed. The means (M) and standard deviations (SD) of the main variables were as follows: Neuroticism, 38.23 (6.58); Extraversion, 73.31 (4.96); Agreeableness, 34.17 (6.54); Conscientiousness, 28.93 (6.58); Openness, 36.77 (4.94); Self-Compassion, 75.69 (7.69); and Post-Traumatic

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 169-184
DOI: 10.22070/cpap.2026.21391.1860

Growth (PTG), 101.58 (7.69). Kolmogorov-Smirnov tests confirmed non-normal distributions ($p < 0.05$). Data were analyzed using PLS-SEM via SmartPLS due to the non-normality of variables. The measurement model demonstrated high reliability (Cronbach's $\alpha = 0.736–0.914$) and exhibited good convergent and discriminant validity. In the structural model, $R^2$ values indicated strong explanatory power for self-compassion (0.337) and post-traumatic growth (0.367), while $Q^2$ values confirmed good predictive relevance. Effect sizes ranged from moderate to strong, and all path coefficients—both direct and indirect—were statistically significant ($t > 1.96$, $p < 0.05$). The overall model fit (GOF = 0.387) indicated a good fit. These findings support the hypothesized model: personality traits influence post-traumatic growth both directly and indirectly through self-compassion in mothers of children with intellectual disabilities. The results confirm the suitability of the proposed causal model for explaining positive psychological adaptation in this population. The study results showed significant positive relationships between the components of extraversion, openness, conscientiousness, and agreeableness with post-traumatic growth, while neuroticism exhibited a significant negative relationship with post-traumatic growth. Additionally, self-compassion significantly mediated the relationships between extraversion, openness, conscientiousness, agreeableness, neuroticism, and post-traumatic growth.

**Conclusion**

The present study examined posttraumatic growth (PTG) in mothers of children with intellectual disabilities, focusing on personality traits and the mediating role of self-compassion. The findings indicated that PTG is not a random outcome but arises from the interaction between stable personality traits and modifiable cognitive–emotional processes. Openness to experience, extraversion, agreeableness, and conscientiousness were positively associated with PTG, whereas neuroticism was negatively associated. Self-compassion emerged as a significant mediator, helping individuals reduce self-criticism, accept painful experiences, and reinterpret adversity constructively, thereby facilitating PTG.

These results underscore post-traumatic growth (PTG) as a dynamic, multidimensional phenomenon influenced by both stable personality traits and process-oriented variables such as self-compassion. Clinically, interventions that enhance self-compassion—such as mindfulness-based or acceptance and commitment therapy (ACT) approaches—can support PTG, particularly in mothers exhibiting higher levels of neuroticism, by improving emotional regulation and mitigating the negative effects of personality vulnerabilities.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** This study was correlational in nature and did not require any specific ethical approval.

**Funding:** This study was conducted without financial support from any institution or organization.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Acknowledgments:** The authors sincerely thank the Welfare Organization of Fars Province and all mothers of children with intellectual disabilities who participated in this study despite their busy schedules.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 153-168
DOI: 10.22070/cpap.2026.20585.1727

**Research Article**

# Structural Model of Mental Toughness based on Emotional Creativity with the Mediating Role of Rumination in Mothers of Adolescents with Autism

**Authors**

**Zohreh Karami [1], Ameneh Moazedian [2*], Reza Ziyari [3], Faezeh Jahan [4]**

*1. Department of Psychology, Se.C. Islamic Azad University, Semnan, Iran. zohre.karami@iau.ac.ir*

*2. Corresponding Author, Department of Psychology, Se.C. Islamic Azad University, Semnan, Iran. (Corresponding Author)*

*3. Assistant Professor, Department of Accounting, Se.C. Islamic Azad University, Semnan, Iran. reza.ziyari@iau.ac.ir*

*4. Department of Psychology, Se.C. Islamic Azad University, Semnan, Iran. faezeh.jahan@iau.ac.ir*

**Abstract**

**Receive Date:** 03/11/2025

**Accept Date:** 19/05/2026

**Introduction:** The aim of the present study was to investigate the structural model of mental toughness based on emotional creativity, with rumination serving as a mediating factor, in mothers of adolescents with autism.

**Method:** This descriptive-correlational study employed structural equation modeling. The statistical population comprised mothers of adolescents with autism in Tehran during the winter of 2025. The sample size of 360 mothers was determined based on Kline's model (2023) and selected through convenience sampling. Data were collected using the Gilliam Autism Rating Scale-3 (GARS-3) by Gilliam (2014), the Mental Toughness Questionnaire (MTQ) by Clough et al. (2002), the Emotional Creativity Inventory (ECI) by Averill et al. (1991), and the Ruminative Response Scale (RRS) by Nolen-Hoeksema and Morrow (1991). Data analysis was conducted using SPSS version 29 and AMOS software, employing Pearson correlation and structural equation modeling techniques.

**Results:** The findings demonstrated a significant direct effect of emotional creativity ($\beta = 0.53$, $p = 0.001$) and rumination ($\beta = -0.73$, $p = 0.001$) on mental toughness. Additionally, rumination was found to have a significant mediating role in the relationship between emotional creativity ($\beta = -0.57$, $p = 0.001$) and mental toughness. The final research model exhibited a good fit (RMSEA = 0.06, SRMR = 0.03, $p < 0.05$), explaining 83% of the variance in mental toughness.

**Discussion and conclusion:** It can be concluded that enhancing emotional creativity and reducing rumination, with the support of psychologists and counselors, can improve the mental toughness of mothers of adolescents with autism.

**Keywords**

Autism, Emotional creativity, Mental toughness, Rumination

**Corresponding Author's E-mail**

moazedian@iau.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 153-168
DOI: 10.22070/cpap.2026.20585.1727

## Extended Abstract

### Introduction

According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), autism is a neurodevelopmental disorder [1] and one of the most disabling chronic childhood conditions [2, 3]. It is characterized by abnormalities in social interactions, restricted interests, communication deficits, and repetitive behaviors [4]. The behavioral and interactional challenges observed in individuals with autism are attributed to impairments in perceptual processing, as these individuals may perceive or interpret sensory information differently from typically developing individuals. These core characteristics often result in limited opportunities for interaction and communication, which hinder their learning and development [5]. In addition to the difficulties experienced by children with autism, parents—especially mothers—face unique challenges and demands in caring for their child, which can negatively affect their psychological well-being [6, 7, 8]. Furthermore, the challenges faced by mothers of children with autism are often misunderstood by those around them, exacerbating their parenting difficulties. This impacts their mental toughness, as welfare and rehabilitation centers tend to prioritize the well-being of children over that of mothers [10]. Mental toughness has been defined as a stable characteristic that enables individuals to face and cope with various physical, mental, and emotional stresses, allowing them to achieve an optimal level of functioning [11]. The aim of the present study was to investigate a structural model of mental toughness based on emotional creativity, with the mediating role of rumination, in mothers of adolescents with autism.

### Method

The present study was descriptive and correlational. The statistical population consisted of mothers of adolescents with autism in the winter of 2025. According to Kline [38], the minimum required sample size is 200. Therefore, based on Kline's recommendation, a sample size of 460 individuals was selected for this study. After contacting psychology and medical service centers in Tehran, 460 mothers whose adolescent children had been diagnosed with autism and who were willing to participate completed the questionnaires within a two-week period. Of these, 100 responses were identified as outliers or incomplete. Consequently, the analysis was conducted on data from 360 individuals. Inclusion criteria included informed consent to participate and the mothers' self-reported absence of acute or chronic psychological problems. Exclusion criteria were insufficient cooperation and failure to complete the research questionnaires. The research variables were measured using the Gilliam Autism Rating Scale-3 [39], the Mental Toughness Questionnaire [42], the Emotional Creativity Inventory [48], and the Ruminative Response Scale [52]. Descriptive statistics, including mean and standard deviation, were used to summarize the data. At the inferential level, Pearson's correlation coefficient and structural equation modeling were employed to examine relationships between variables. Data analysis was performed using SPSS version 29 and AMOS version 29.

### Results

In this study, 460 participants completed the questionnaires, of whom 100 were identified as outliers or had missing data. Therefore, the analysis was conducted on the remaining 360 participants. The results demonstrated a significant direct effect of emotional creativity ($\beta = 0.53$, $p = 0.001$) and rumination ($\beta = -0.73$, $p = 0.001$) on mental toughness. Additionally, rumination was found to have a significant mediating role in the relationship between emotional creativity ($\beta = -0.57$, $p = 0.001$) and mental toughness. The final research model exhibited a good fit (RMSEA = 0.06, SRMR = 0.03, $p < 0.05$), explaining 83% of the variance in mental toughness. Table 1 presents the fit indices of the research model.

**Table 1: fit indicators of the research model**

| Measure | Threshold | acceptable value |
|---|---|---|
| CMIN | 137.17 | - |
| DF | 62 | - |
| CMIN/DF | 2.21 | <3 |
| Sig | 0/001 | - |
| RMSEA | 0.06 | <0.08 |
| PCLOSE | 0.001 | >0.90 |
| SRMR | 0.03 | <0.08 |
| CFI | 0.92 | >0.90 |
| AGFI | 0.96 | >0.90 |
| PCFI | 0.67 | >0.60 |
| PNFI | 0.73 | >0.60 |
| IFI | 0.92 | >0.90 |
| GFI | 0.95 | >0.90 |
| NFI | 0.97 | >0.90 |

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 153-168
DOI: 10.22070/cpap.2026.20585.1727

In this study, the parameter estimation method used was the maximum likelihood method. Based on the results, all fit indices of the research model were favorable, and the root mean square error of approximation (RMSEA) index should be below 0.08 [63, 64, 65]. Additionally, the standardized root mean square residual (SRMR) is defined as the difference between the observed correlation matrix and the model-implied correlation matrix. This index evaluates the average magnitude of the differences between observed and expected correlations, serving as an absolute criterion for model fit [66]. If the SRMR value is less than 0.08 [67], it indicates a good fit; other sources suggest that SRMR values below 0.05 indicate a good fit, while values less than or equal to 0.10 indicate an acceptable fit [65]. According to the results, the RMSEA was 0.06, and the SRMR was 0.03; therefore, it can be concluded that the model fits the data very well and is appropriate. Furthermore, the 95% confidence interval for the RMSEA ranges from 0.048 to 0.057, indicating a favorable model fit.

**Conclusion**

Finally, the results showed that rumination plays a mediating role in the relationship between emotional creativity and mental toughness among mothers of adolescents with autism. To date, no research has demonstrated that rumination mediates this relationship in this population. Therefore, the consistency or inconsistency of this finding with previous studies remains unclear. In explaining this result, it can be noted that recognizing one's own emotions, as well as those of others, requires awareness and involves the ability to distinguish different psychological experiences and use various linguistic cues to decode emotions [20]. Consequently, emotional creativity enables mothers of adolescents with autism to adapt to situations, honestly express their experiences, understand their emotions, and exhibit a greater willingness to explore their feelings compared to others. This emotional creativity may help these mothers to blame themselves less for their child's difficulties and reduce self-criticism. The less they blame themselves, the less likely they are to respond to negative events through rumination. Reduced rumination, in turn, enhances their strength, resilience, and psychological stability when facing the challenges of caring for a child with autism. Therefore, it is reasonable to conclude that rumination mediates the relationship between emotional creativity and mental toughness in mothers of adolescents with autism.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** In the present study, the ethical approval of the research, including secrecy, confidentiality, and privacy of individuals, was observed, and participation in the research did not cause any possible harm to the participants. Ethical approval: The Ethics Committee of Se.C. Islamic Azad University, Semnan, Iran, approved the study (IR.IAU.SEMNAN.REC.1404.025).

**Funding:** This study did not have any funds.

**Authors' Contribution:** This article is taken from the doctoral dissertation of the first author, and the following authors, as supervisors and advisors, perform the role of guidance and supervision for the proper conduct and implementation of the research.

**Conflict of Interest:** None to declare.

**Acknowledgments:** We thank and appreciate all the people and participants (mothers of adolescents with autism) who helped us in conducting this research.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 137-152
DOI: 10.22070/cpap.2026.21208.1831

**Research Article**

# Effect of Adding Olfactory Training to Davanloo's Dynamic Psychotherapy on defense styles in Aggressive adolescents: A Single-Subject Comparative Design

**Authors**

**Masoud Rayatdoust [1], Mahboobe Taher [2*], Abbas Ali Hosseinkhanzadeh [3], Seyed Mosa Tabatabaee [4]**

*1. Ph.D. Student of Psychology, Sha. C, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. M.rayatdoust@iau.ac.ir*
*2. Department of Psychology, Sha. C, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. (Corresponding Author)*
*3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rast, Iran. khanzadehabbas@guilan.ac.ir*
*4. Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Education, Semnan University, Semnan, Iran. s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir*

**Abstract**

**Receive Date:** 06/11/2025

**Accept Date:** 03/05/2026

**Introduction:** Adolescent aggression, by reinforcing maladaptive defense mechanisms, disrupts normal developmental pathways. Given the olfactory system's role in cognitive-emotional processing, employing innovative combined interventions to enhance defensive functioning warrants further investigation. This study aimed to examine the effect of adding olfactory training to Davanloo's Dynamic Psychotherapy on defense styles in aggressive adolescents.

**Method:** This study employed a comparative single-case experimental design with a parallel treatment approach. The study population comprised all aggressive adolescent boys in Juybar County during the 2024–2025 academic year. From this population, eight participants with a mean age of 14.37 years and aggression scores above 78 were selected through purposive sampling and randomly assigned to two intervention groups. Data were collected using the Aggression Questionnaire and the Defense Style Questionnaire. Both groups received 13 sessions of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)-based emotional interventions; however, the second group additionally underwent complementary olfactory training.

**Results:** Based on the Reliable Change Index (RCI ≥ 1.96), Davanloo's Dynamic Psychotherapy demonstrated statistically significant effects on mature, immature, and neurotic defense styles in the first group; however, these improvements were not clinically significant. In contrast, the addition of olfactory training to the interventions in the second group led to improvements in defense styles that were both statistically and clinically significant.

**Discussion and conclusion:** Based on the results obtained, incorporating olfactory training into Davanloo's Dynamic Psychotherapy enhances defense mechanisms in aggressive adolescents by promoting functional connections between olfactory pathways and emotional centers.

**Keywords**

Aggressive adolescent, defense styles, Davanloo's Dynamic Psychotherapy, Olfactory Training

**Corresponding Author's E-mail**

Mahboobe.Taher@iau.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 137-152
DOI: 10.22070/cpap.2026.21208.1831

## Extended Abstract

### Introduction

Adolescence is a sensitive period characterized by significant biopsychological changes, which increase vulnerability to behavioral disorders. Aggression, as a manifestation of deficits in emotion regulation, affects nearly half of all adolescents. Clinical studies identify gender, externalizing problems, and stress exposure as key predictors of aggressive behavior. Aggression is more closely linked to maladaptive defense styles than to deficits in cognitive control. From a psychoanalytic perspective, defenses are unconscious strategies for managing anxiety and internal conflict. Post-Freudian theorists, such as Klein, viewed anger as a response to frustration and annihilation anxiety, regulated through mechanisms like splitting and acting out. Evidence indicates that immature defense styles correlate positively with aggression, while mature defenses, such as sublimation, are associated with reduced anger. Research shows that various short-term psychodynamic therapies, including Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), effectively target maladaptive defense mechanisms and improve emotional regulation. ISTDP has demonstrated significant efficacy in treating functional neurological disorders, depression, anger issues, and somatic symptoms by facilitating access to unconscious emotions and restructuring psychological patterns. Davanloo's Dynamic Psychotherapy offers a flexible framework for integration with other approaches; however, its combination with sensory-neural interventions remains unexplored. Olfactory training, which directly influences emotion-related neural structures such as the amygdala and insula, provides a neurobiological mechanism to enhance ISTDP's effects by modulating emotional circuits and increasing neural plasticity. This study addresses this gap by examining how adding olfactory training to Davanloo's Dynamic Psychotherapy affects defense styles in aggressive adolescents, using a single-case comparative design to evaluate whether simultaneous activation of neural-emotional and psychodynamic processes improves outcomes.

### Method

This study employed a single-case comparative design. The participants consisted of all aggressive adolescent boys attending high school in Juybar County during the 2023–2024 academic year. Using purposive non-random sampling, eight adolescents were selected based on teacher-reported aggressive behavior. Final selection required an aggression questionnaire score exceeding 78. Participants were randomly assigned to either an experimental group receiving Davanloo's Dynamic Psychotherapy alone or a combined intervention group that included complementary olfactory training. To compare intervention efficacy, a parallel treatment design was implemented using a multiple baseline approach with concurrent and staggered implementation. Inclusion criteria included informed consent, an aggression score above 78, an age range of 13–15 years, normal psychological intelligence, and intact olfactory function. Exclusion criteria comprised withdrawal, more than three non-consecutive absences, illnesses affecting smell, use of interfering medications, concurrent psychological interventions, and irregular participation in olfactory training. Research instruments included the Defense Style Questionnaire (DSQ-40), with reliability coefficients ranging from 0.71 to 0.77, assessing mature, immature, and neurotic defense styles, and the Aggression Questionnaire (AQ), with reliability coefficients between 0.70 and 0.83, evaluating physical aggression, verbal aggression, anger, and hostility. Following an orientation session and informed consent, a staggered baseline assessment was conducted. The 13-week Davanloo's Dynamic Psychotherapy was delivered individually in weekly 45-minute sessions. Progress was assessed at sessions 1, 4, 7, 10, and 13, with sequential cohort initiation ensuring systematic data collection. For data analysis, visual analysis methods—including within-condition and between-condition graphs—were employed, and the Reliable Change Index (RCI) was used to determine clinical significance.

### Results

A visual within-situational analysis of mature, immature, and neurotic defense styles was conducted for both intervention phases. According to the 80-20 criterion—where over 80% of baseline data points fall within the stability range—all participants demonstrated stable variability across conditions, except Participant 7, who exhibited unstable variability during the intervention phase. The direction of score changes indicated an increasing trend for mature defense styles and a decreasing trend for both immature and neurotic defense styles; however, Participants 2 and 3 showed no directional changes during the intervention. Clinical efficacy was assessed using "percentage improvement," while statistical significance was measured with the Reliable Change Index (RCI) for each variable. Based on established benchmarks (≥50% = large effect; 25–49% = moderate effect; <25% = minimal effect), the combined intervention integrating Davanloo's Dynamic Psychotherapy with olfactory training demonstrated superior outcomes across all defense styles. This combined approach yielded moderate improvements in mature (32%) and immature (28%) defense styles, with neurotic defenses (22.5%) approaching the moderate efficacy threshold. In contrast, Davanloo's Dynamic Psychotherapy alone showed minimal efficacy across all defense styles (23%, 23%, 19%), although these improvements remained statistically significant (RCI ≥ 1.96). Figure 1 illustrates the trajectory of participants' scores across baseline and intervention phases for each behavioral chain. During baseline, mature defense style scores remained stable, but immediately following the initiation of interventions in the first chain, both groups demonstrated a consistent upward trend that continued throughout subsequent chains. Similarly, while immature defense style scores were stable during baseline, both groups exhibited a gradual yet sustained decrease beginning with the first intervention chain, which persisted across later chains. Neurotic defense style scores, which showed minimal fluctuation during baseline, displayed a steady declining trend throughout the intervention sessions in both groups. Comparative analysis revealed that adding olfactory training to Davanloo's Dynamic Psychotherapy produced more rapid and stable improvements in enhancing mature defense styles while reducing immature and neurotic defense styles.

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 137-152
DOI: 10.22070/cpap.2026.21208.1831

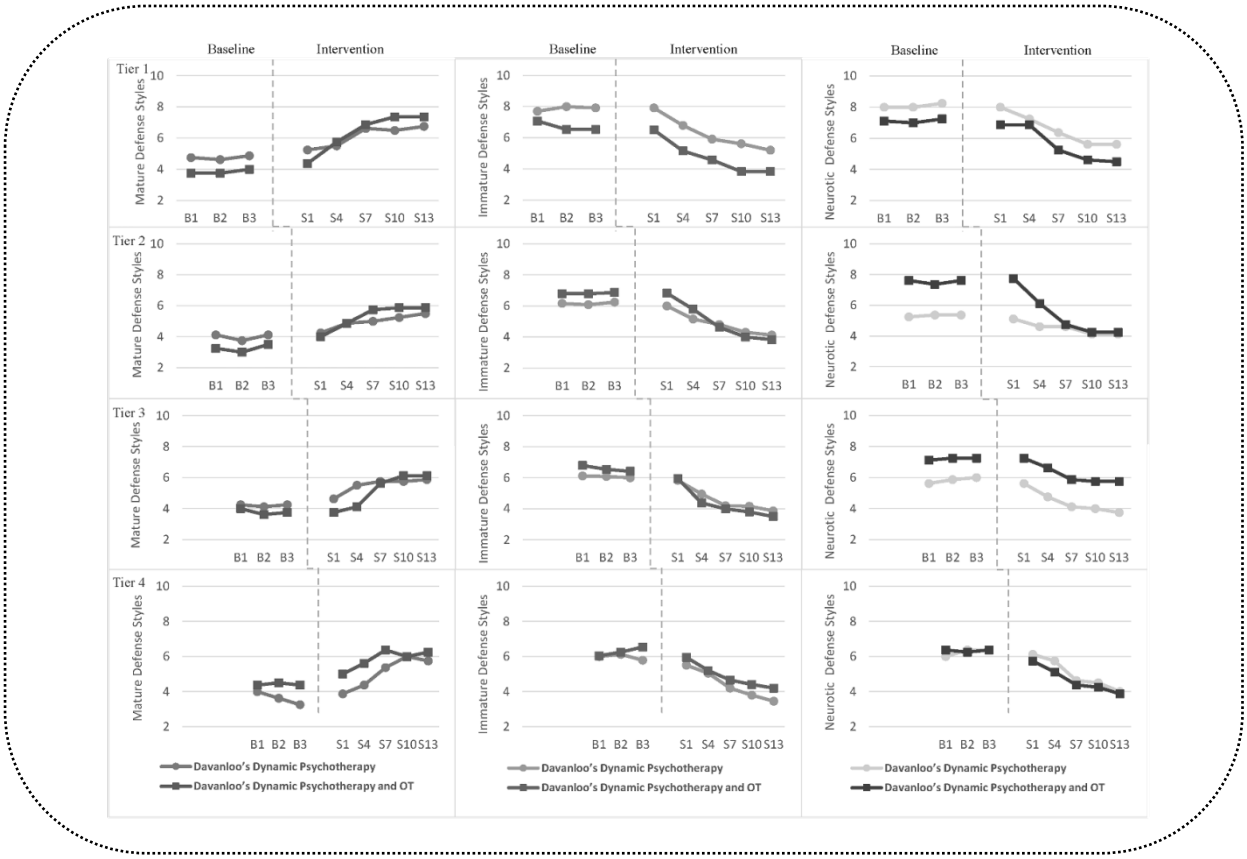



**Figure 1. Trend of participants' defense style scores across baseline (A) and intervention (B)**

**Conclusion**

This study investigated the addition of olfactory training to Davanloo's Dynamic Psychotherapy for aggressive adolescents, focusing on its impact on defense mechanisms using a single-case comparative design. Visual analysis indicated that olfactory training enhanced defensive functioning by increasing mature defenses while decreasing immature and neurotic defenses. This shift toward adaptive emotional regulation suggests a reduced reliance on primitive defenses, potentially leading to decreased aggression through improved emotional processing. The findings are consistent with evidence supporting Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), which has demonstrated efficacy in improving defense mechanisms by reducing maladaptive defenses and increasing mature ones. Similarly, integrating olfactory stimulation with psychological interventions has shown sustained benefits; however, one study reported no additive effect when combining aromatherapy with mindfulness. The improvement in defense mechanisms following Davanloo's Dynamic Psychotherapy is attributed to the processing of repressed emotions within the therapeutic relationship. These interventions restructure internalized object relations through authentic emotional experiences, thereby reducing conflicts and enabling genuine connection. In adolescents, aggression often reflects immature defenses such as displacement and projection. ISTDP facilitates symbolic emotional expression through mentalization, replacing these immature defenses with mature ones like sublimation. The integration of olfactory training accelerates this process by enhancing functional connectivity between olfactory and emotional neural pathways, creating a novel sensory-affective integration approach for neural circuit restructuring. This combined protocol represents an effective clinical strategy for rapidly optimizing defense mechanisms in aggressive adolescents. Despite its innovative use of olfactory stimulation, the study had limitations, including a small sample size and implementation challenges. Future controlled trials with larger samples should evaluate long-term outcomes and determine the optimal timing for intervention.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** This article is derived from the first author's doctoral dissertation in General Psychology at Islamic Azad University, Shahrood Branch, with ethics code IR.IAU.SHAHROOD.REC.1403.018. To adhere to ethical principles in this research, data collection was conducted after obtaining participants' consent. Furthermore, participants were assured of the confidentiality of their personal information and that the results would be presented anonymously, without any identifying details.

**Funding:** This research was conducted as a doctoral dissertation without any financial support.

**Authors' Contribution:** This article is derived from the first author's doctoral dissertation, supervised by the second and third authors, and with advisory support from the fourth author.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflicts of interest regarding the outcomes of this research.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 123-136
DOI: 10.22070/cpap.2026.20908.1779

**Research Article**

# Comparing the Effects of Self-Compassion Training and Cognitive Restructuring Training on the Self-Efficacy of Students with Test Anxiety

**Authors**

**Mohammad Khaknezhad [1], Ali Akbar Samari [2*], Mehdi Nayiri [3]**

*1. Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.*
*m.khaknezhad@iau.ac.ir*

*2. Department of Clinical Psychology, Kash.C., Islamic Azad University, Kashmar, Iran. (Corresponding Author)*

*3. Department of Psychology, ToJ.C, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.*
*mahdi.nayyeri@iau.ac.ir*

**Abstract**

**Receive Date:**
06/09/2025

**Accept Date:**
24/02/2026

**Introduction:** The aim of the present study was to compare the effects of self-compassion training and cognitive restructuring training on the self-efficacy of students experiencing test anxiety.

**Method:** This quasi-experimental study employed a pre-test-post-test design with control and follow-up groups. The statistical population consisted of male high school students in Rashtkhar during the 2024–2025 academic year. A total of 45 students were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants each: two experimental groups and one control group. The research instruments included the Friedman Test Anxiety Scale (1997) and the Scherrer General Self-Efficacy Scale (1982). The experimental groups participated in eight separate 60-minute sessions of self-compassion and cognitive restructuring training, while the control group did not receive any training. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) and the Bonferroni post hoc test.

**Results:** The results indicated that both self-compassion and cognitive restructuring methods significantly improved students' self-efficacy ($P < 0.001$). Both approaches increased students' self-efficacy; however, self-compassion training was more effective than cognitive restructuring training in both the post-test and follow-up periods ($P < 0.05$).

**Discussion and conclusion:** In general, the results indicate that both therapeutic approaches are effective in increasing students' self-efficacy and can be used as valuable methods for empowering students.

**Keywords**

Self-compassion, Cognitive restructuring, Self-efficacy, Test anxiety

**Corresponding Author's E-mail**

Alisamari_47@iau.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 123-136
DOI: 10.22070/cpap.2026.20908.1779

## Extended Abstract

### Introduction

Learning and acquiring academic skills is essential for students in a developing society. However, various individual and psychological factors can sometimes create challenges for students, among which test anxiety is notable. Academic decline caused by test anxiety can lead to a reduced sense of self-efficacy in students. Low self-efficacy has numerous negative effects across academic, social, and psychological domains. Students who lack self-efficacy tend to put less effort into completing assignments and school activities or avoid confronting difficult tasks and subjects altogether. Since self-efficacy beliefs can enhance students' academic capabilities, various educational approaches have been designed and implemented to foster it. One such approach is self-compassion training. This method incorporates techniques from cognitive behavioral therapy, evolutionary psychology, social psychology, developmental psychology, Buddhist psychology, and neuroscience to strengthen psychological resilience. Its goal is to teach individuals how to cope with human suffering, failures, and shortcomings by cultivating kindness, understanding, and nonjudgmental attitudes toward themselves. Another educational approach is cognitive restructuring training, which aims to identify, correct, and replace irrational, distorted, or negative thoughts with more realistic and adaptive ones. By recognizing and addressing cognitive distortions, this method helps individuals adopt more rational thinking and act based on logic and reason. Although self-compassion training and cognitive restructuring share similarities in focusing on an individual's thoughts and feelings, they differ in emphasis. Self-compassion training centers on changing the way individuals communicate with themselves, fostering a kind and understanding inner dialogue. In contrast, cognitive restructuring primarily targets changing the content of thoughts.

On the other hand, in self-compassion training, accepting emotions without judgment serves as the criterion for action, whereas in cognitive restructuring, changing emotions by modifying clients' thoughts constitutes the mechanism of action. This fundamental difference can result in varying effectiveness in enhancing psychological capabilities. Self-compassion aims to activate the calming nervous system and reduce psychological tension through techniques such as meditation, letter writing, self-talk, positive visualization, and identifying and accepting emotions. In contrast, cognitive restructuring seeks to correct distorted thoughts using methods like recording daily thoughts, identifying cognitive errors, and employing a cost-benefit analysis. The differences in techniques and content between these two approaches may lead to distinct outcomes. Therefore, the present study aims to explore these potential differences in the effectiveness of self-compassion training versus cognitive restructuring on the self-efficacy of students experiencing test anxiety. Understanding this distinction is crucial for optimizing the choice of intervention, developing more effective protocols, and clarifying the underlying mechanisms that enhance self-efficacy. In essence, this study intends to address the gap in existing knowledge regarding the relative effectiveness of these two psychological interventions for students with test anxiety and to advance more personalized treatment strategies for this population. Accordingly, the study seeks to answer the question: Is there a difference in the effectiveness of self-compassion training compared to cognitive restructuring training on the self-efficacy of students with test anxiety?

### Method

The present study was semi-experimental in nature, focusing on applied objectives and employing a pre-test-post-test design with a control group for data collection. The statistical population comprised all male students in the second year of high school in Rashtkhar during the 1403-1404 academic year. To determine the sample size, the Cohen table was used with a significance level ($\alpha = 0.05$), a medium effect size ($d = 0.5$), and a test power of 80%. Based on these criteria, 15 participants were selected for each group, totaling 45 individuals. All three groups completed a self-efficacy questionnaire as a pre-test. The first experimental group then underwent self-compassion training for eight weekly sessions, each lasting 60 minutes. The second experimental group received cognitive restructuring training under the same schedule. The control group did not receive any intervention during this period. After the training sessions, all groups completed a post-test, and a follow-up assessment was conducted one month later. Data were analyzed using SPSS version 25, employing repeated measures analysis of variance and the Bonferroni post-hoc test. A brief description of the sessions conducted for each experimental group follows.

**Table 1. Content of self-compassion training sessions**

| Assignment | Content |
|---|---|
| First session | In the first session, an introduction was given to self-compassion and its importance in life, and then the basic principles of compassion-focused therapy and its effect on the thinking system were taught. Also, regarding test anxiety, emotional management methods with an emphasis on self-love and maintaining emotional calm were explained. |
| Second session | In this session, mindfulness exercises were taught and information was provided on sensitivity to the problem. Also, information was provided on paying attention to the present and emphasizing the here and now, and training in case conceptualization based on compassion and identifying existing problems and symptoms, identifying physical and psychological symptoms when anxiety occurs, the current context of the problems, the impact of past life, the main threats and fears formed, security strategies, and unwanted consequences were explained. |

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 123-136
DOI: 10.22070/cpap.2026.20908.1779

**Continue to the Table 1. Content of self-compassion training sessions**

| Assignment | Content |
|---|---|
| Third session | In this session, visualization of the compassionate self was presented and visualization of compassion for others and receiving compassion from others was discussed. Also, visualization of a safe place, the two-chair technique with an emphasis on emotional discharge; Establishing compassion and flexibility between different aspects of oneself and creating compassionate sensitivity, empathy and sympathy towards oneself were taught in a workshop style and using emotional discharge techniques. |
| Fourth session | In this session, efforts were made to create a compassionate identity and cultivate a compassionate mind by influencing thought processes. The importance of cultivating a kind mind was also addressed. Methods were presented to accept negative emotions such as anxiety and attempt to treat emotion-oriented issues with an emphasis on a compassionate perspective on oneself. |
| Fifth session | In this session, behavioral management methods and awareness of the client's ongoing struggle with emotions were explained, and the use of creative helplessness and a guilt-free perspective and breaking away from feelings of shame were discussed |
| Sixth session | In this session, deep thinking was discussed; clarifying valuable goals and choosing a path to success, examining and discovering the core values that give meaning to life. |
| Seventh session | In this session, changes in relationships were discussed; Discovering new methods and adopting a broad approach, becoming aware of and freeing yourself from avoidance and control methods, strengthening compassionate behaviors; including developing intelligent behaviors, gaining strength and courage and kindness, active participation through behavioral activation techniques with an emphasis on anxiety-provoking environments and difficult activities, and methods of positive thinking and compassionate respect for yourself were discussed. |
| Eighth session | This session discussed targeting desires and focusing on your positive points and strengths, becoming the creator of your own valuable goals and paths. |

**Table 2. Content of Cognitive Restructuring Training Sessions**

| Assignment | Content |
|---|---|
| First session | Getting to know the group members and the goals of the sessions, explaining the group rules and the method of holding the sessions, getting to know the treatment method and its logic, getting to know the concept, test anxiety, self-efficacy, perceived competence and academic retention |
| Second session | Getting to know the attributions of perceived competence, understanding the relationship between emotions and behaviors, being aware of the difference between subjectivity and objectivity, getting to know negative thoughts and methods of correcting them, understanding the relationship between negative automatic thoughts, the relationship between negative automatic thoughts that produce anxiety |
| Third session | Reviewing the previous session and asking about how to apply what was learned during the past week, getting to know the cognitive errors that affect self-concept and self-efficacy in personal, academic and social fields. Creating awareness about the physical and psychological symptoms of anxiety and methods of emotional relaxation |
| Fourth session | Getting to know the concepts of cognitive change, knowing how cognitive errors cause a negative view of oneself. Explaining cognitive errors in relation to anxiety production and the role of all-or-nothing thinking and... in reproducing exam anxiety |
| Fifth session | Getting to know the concept of responsibility, getting to know the concept of accepting responsibility for actions and behaviors, being aware of the role of perception in the emergence of behaviors and the need to pay attention to oneself. Explaining emotional relaxation methods regarding the management of anxiety-provoking thoughts |
| Sixth session | Creating the ability to correctly understand the situation, getting to know the methods of correcting erroneous beliefs with the help of cognitive therapy techniques, methods of increasing the feeling of self-efficacy with an emphasis on correcting negative beliefs and negative self-concept |
| Seventh session | Getting to know the method of retraining logical thinking, getting to know the techniques of reviewing thoughts, paying attention to cognitive errors with the aim of increasing academic skills. Increasing emotional capabilities with an emphasis on identifying cognitive errors |
| Eighth session | A summary review of previous sessions, reexamining thoughts and increasing awareness of self-care, accepting one's own behaviors and taking responsibility, suggestions on applying the learned techniques in daily life |

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 123-136
DOI: 10.22070/cpap.2026.20908.1779

**Results**

The results in Table 3 show that, in the post-test and follow-up assessments of self-efficacy and its dimensions (effort, perseverance, initiative), participants in the cognitive restructuring and self-compassion groups had higher average scores than those in the control group. A comparison of the averages indicates that both the cognitive restructuring and self-compassion groups experienced an increase in average scores from pre-test to post-test. However, there was no significant change from post-test to follow-up.

In examining the assumptions of the multivariate factorial repeated measures analysis of variance, the Shapiro-Wilk test indicated that the distribution of all variables by group was normal ($P > 0.05$). The homogeneity of variances was assessed using Levene's test of equality of error variances, which confirmed that this assumption was met ($P > 0.05$). The Box's M test also demonstrated that the assumption of homogeneity of the variance-covariance matrix was satisfied ($P > 0.05$, $F = 1.09$, Box's $M = 47.163$). The Bartlett test indicated a moderate and significant correlation between the dimensions of self-efficacy ($P < 0.001$, $\chi^2 = 11.298$). Finally, Mauchly's test revealed that the assumption of sphericity was violated ($P < 0.05$), suggesting that the Greenhouse-Geisser epsilon correction should be applied to estimate differences. The multivariate Wilks' Lambda test was significant for test stages, group membership, and the interaction between test stages and group membership ($P < 0.001$).

Results of the repeated measures analysis of variance for self-efficacy are presented in Table 4. The findings indicate a significant difference between the cognitive restructuring and self-compassion groups compared to the control group in self-efficacy and its dimensions across test stages, group membership, and the interaction effect of test stage and group membership ($P < 0.001$). The Bonferroni post hoc test comparing means across test stages shows that, in both experimental groups, scores significantly increased from pre-test to post-test and from pre-test to follow-up ($P < 0.001$). However, no significant change was observed from post-test to follow-up in either group ($P > 0.05$). The Bonferroni post hoc test results for between-group comparisons at post-test and follow-up are presented in Table 3.

**Table 3. Results of the Bonferroni post hoc test to compare differences by group membership**

| Variables | Group | Posttest | | Follow-up | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | AD | Sign | AD | Sign |
| Effort | Cognitive restructuring - self-compassion | -0.86 | 0.001 | -0.88 | 0.001 |
| | Cognitive restructuring - control | 1.98 | 0.001 | 1.97 | 0.001 |
| | Self-compassion - control | 2.84 | 0.001 | 2.58 | 1.001 |
| Diligence | Cognitive restructuring - self-compassion | -1.98 | 0.001 | -2.02 | 0.002 |
| | Cognitive restructuring - control | 0.94 | 0.001 | 0.89 | 0.001 |
| | Self-compassion - control | 2.92 | 1.001 | 2.91 | 0.002 |
| Initiative | Cognitive restructuring - self-compassion | -1.07 | 0.001 | -1.08 | 0.001 |
| | Cognitive restructuring - control | 0.94 | 0.001 | 0.94 | 0.001 |
| | Self-compassion - control | 2.01 | 0.001 | 2.02 | 1.001 |
| Self-efficacy | Cognitive restructuring - self-compassion | -3.91 | 0.001 | -3.98 | 0.001 |
| | Cognitive restructuring - control | 3.86 | 0.001 | 3.8 | 0.001 |
| | Self-compassion - control | 7.77 | 0.001 | 7.78 | 0.001 |

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 123-136
DOI: 10.22070/cpap.2026.20908.1779

**Conclusion**

The findings demonstrated that both self-compassion and cognitive restructuring training effectively enhanced the self-efficacy of students experiencing test anxiety. Both approaches increased self-efficacy, with self-compassion training proving more effective than cognitive restructuring during both the post-test and follow-up periods. Generally, this may be because students with test anxiety fear being judged; self-compassion therapy, which emphasizes addressing the fear of judgment and promotes compassionate behavior, can more effectively boost their self-efficacy. In contrast, cognitive restructuring targets only irrational thoughts, making it less effective for these students. Self-compassion directly reduces the fear of judgment by creating a safe psychological space, whereas cognitive restructuring focuses solely on changing thoughts and cannot fully address this deep emotional fear. Furthermore, the greater effectiveness of self-compassion training in enhancing self-efficacy may be attributed to its ability to reduce effort avoidance, leading to a more significant increase compared to cognitive restructuring. Self-compassion strengthens motivation to persevere by encouraging acceptance of difficult situations without judgment. Conversely, cognitive restructuring may be less accessible during moments of anxiety, as emotions can hinder logical reasoning, limiting its impact on self-efficacy. Since test anxiety is often linked to pathological perfectionism, self-compassion training can mitigate destructive perfectionism by replacing obsessive tendencies for perfect results with a healthier learning process, thereby fostering students' self-efficacy beliefs. Cognitive restructuring, however, primarily addresses perfectionistic thoughts and often fails to control the emotional fear of imperfection. This distinction further supports the superiority of self-compassion over cognitive restructuring. Regarding the limitations of this study, the sample was restricted to male second-grade high school students in Rashtkhar city, which limits the generalizability of the results. Additionally, the study lacked long-term follow-up, as the follow-up period was limited to one month due to time constraints. Based on these findings, it is recommended that schools prioritize self-efficacy and implement appropriate interventions through school psychologists and counselors. Given the positive effects of both self-compassion training and cognitive restructuring on self-efficacy, the use of these educational methods is encouraged. It is also suggested that comprehensive programs be developed to introduce these methods to school counselors and administrators through in-service training, enabling counselors to support students in developing self-efficacy and thereby play a preventive role in reducing academic and anxiety-related problems.

## Ethical Considerations

During the implementation of this research, informed consent to participate in the research was obtained from the subjects. Also, the principle of confidentiality and protection of the subjects' secrets and taking appropriate measures to prevent their publication were observed. The code of ethics with the ID IR.IAU.TJ.REC.1404.002 was also received. At the end of the research, after collecting the post-test and completing the intervention sessions, in order to respect the subjects' rights, 3 sessions of self-compassion therapy were implemented for the control group.

**Funding:** This research has no financial sponsor

**Authors' Contribution:** This article is taken from the author's master's thesis.

**Conflict of Interest:** This article is adapted from the second author's doctoral dissertation.

**Acknowledgments:** We would like to thank all the people who cooperated with the researchers in this study

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 105-122
DOI: 10.22070/cpap.2026.20594.1754

**Research Article**

# Predicting Suicide Probability in Adolescents Based on Meaning in Life with the Mediation of Resilience and Cognitive Emotion Regulation

**Authors**

**Zahra Ramzanzadeh Badeleh [1*], Seyyed Mohammad Hoseini Souraki [2], Masood Janbozorghi [3]**

*1. PhD in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. (Corresponding Author)*

*2. Assistant Professor, Department of Moral Philosophy, Faculty of Literature and Humanities, University of Qom, Qom, Iran. M.hoseini@qom.ac.ir*

*3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Behavioral Sciences, Research Institute of Hawzah and University (RIHU), Qom, Iran. psychjan@gmail.com*

**Abstract**

**Receive Date:** 05/08/2025

**Accept Date:** 07/01/2026

**Introduction:** Previous studies have confirmed the protective role of spirituality in suicide prevention; however, the underlying psychological mechanisms require more precise investigation. The present applied research aimed to examine the role of meaning in life as a predictor of suicide probability in adolescents, exploring the potential mediating effects of resilience and cognitive emotion regulation.

**Method:** The statistical population in this descriptive-correlational study included all female high school students studying in Qom city during the 2022–2023 academic year. From this population, 390 individuals were selected as the sample using a multi-stage cluster sampling method. Data were collected using the Suicide Probability Scale, Steger et al.'s Meaning in Life Questionnaire (MLQ), the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

**Results:** Results from statistical data analysis using SPSS version 26 and AMOS indicated that the predictor variables accounted for 75% of the variance in suicide probability. The direct effect of meaning in life on suicide probability was strong and negative ($\beta = -0.52$). Additionally, the indirect effects of meaning in life through resilience ($\beta = -0.095$) and through maladaptive emotion-regulation strategies ($\beta = -0.321$) were also negative and significant. Furthermore, the only significant indirect effect of meaning-seeking was its pathway through maladaptive emotion-regulation strategies ($\beta = 0.108$).

**Discussion and conclusion:** The results underscore the crucial role of life meaning and resilience in suicide prevention. These findings can inform the development of practical interventions focused on promoting spiritual growth and strengthening resilience to reduce suicide risk.

**Keywords**

Suicide Probability, Meaning in Life, Resilience, Cognitive Emotion Regulation, Adolescents

**Corresponding Author's E-mail**

Ramzanzadeh1@gmail.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 105-122
DOI: 10.22070/cpap.2026.20594.1754

## Extended Abstract

### Introduction

Recent studies suggest that difficulties in emotion regulation (ER) significantly contribute to self-harming and suicidal behaviors [10]. Several studies have demonstrated a significant association between difficulties in emotion regulation and an increased risk of suicide [14,15].

Conversely, resilience has received increasing scholarly attention for its protective role in suicide prevention [19]. Meaning in life is considered a key resource in the resilience process [23]. Research on adolescents indicates that suicidal ideation is associated with poor family functioning and feelings of failure, with meaning in life moderating this relationship [32]. Mental health and meaning in life have been identified as strong predictors of suicidal ideation [30].

Despite prior studies emphasizing the significance of meaning in life in relation to suicidal behaviors, inconsistencies remain regarding the influence of its specific subcomponents across studies [33]. Although meaning in life appears to play a crucial role in suicidal behavior, research in this area remains limited [34]. Furthermore, the specific mechanisms through which meaning in life influences suicidal behavior—particularly among adolescents and concerning spiritual or religious dimensions—are still poorly understood. The present study aims to explore these mechanisms.

### Method

This applied research utilized structural equation modeling (SEM) to examine and validate a predictive model of suicide probability among 390 female high school students (aged 15–18) in Qom during the 2022–2023 academic year. Data were collected through multi-stage cluster sampling using standardized questionnaires that assessed suicide probability, meaning in life, resilience, and cognitive emotion regulation.

### Results

Following the development of the initial model and the evaluation of its primary estimation outcomes, the subscales of meaning in life were individually incorporated into a revised model (Figure 1) to improve model fit. The model fit indices indicated that the revised model had a satisfactory fit, with the predictor variables accounting for 75% of the variance in suicide probability. The presence of meaning in life exhibited a strong path coefficient ($\beta$ = 0.89), explaining 72% of the variance in resilience.

All direct paths were statistically significant ($p < 0.05$), except for the paths from the search for meaning to resilience, adaptive emotion regulation strategies, and suicide probability. The only significant direct path from the search for meaning was to maladaptive emotion regulation strategies ($\beta$ = 0.27). The strongest significant direct path was from the presence of meaning to resilience ($\beta$ = 0.89), while the weakest was from the search for meaning to maladaptive emotion regulation ($\beta$ = 0.27). The path coefficients from adaptive ($\beta$ = 0.34) and maladaptive ($\beta$ = 0.38) emotion regulation strategies to suicide probability were both positive and relatively similar in strength. The direct path from the presence of meaning to suicide probability ($\beta$ = –0.51) was stronger than the indirect paths.

**Table 1Table 5. Bootstrap results for indirect paths to suicide probability**

| Indirect Pathway | Path Coefficient | Significance Level |
|---|---|---|
| Presence of Meaning → Resilience → Suicide Probability | –0.095 | 0.000 |
| Presence of Meaning → Maladaptive Emotion Regulation → Suicide Probability | –0.321 | 0.000 |
| Search for Meaning → Maladaptive Emotion Regulation → Suicide Probability | 0.108 | 0.024 |

### Conclusion

The presence of meaning in life has emerged as a strong protective factor that directly reduces the likelihood of suicide among adolescents and indirectly enhances protection by increasing resilience and decreasing the use of maladaptive coping strategies. This finding underscores the critical importance of incorporating meaning in life into preventive interventions. The result is consistent with previous studies in this field [30, 31, 32].

In contrast, the search for meaning is not a direct predictor of suicide. Instead, its influence depends on how individuals cope with existential questions and the extent to which they succeed in finding meaning in life. Failure in this search may lead to the adoption of maladaptive coping strategies, thereby increasing the risk of suicide. This differential impact of the two subscales of meaning in life aligns with findings from other studies [33].

Furthermore, the observed relationship between emotion regulation and suicide probability aligns with previous research [12, 13, 14, 15]. Resilience appears to

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 105-122
DOI: 10.22070/cpap.2026.20594.1754

function as a moderating factor that can mitigate the effects of other risk variables, consistent with the findings of Mohammadi Gondareh and Rashidi (2018) [22]. By examining the influence of two major protective variables—the presence of meaning in life and resilience—this study takes an important step toward better predicting suicide probability among adolescents.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** This study was conducted in full compliance with the rights of the participants. All participants were provided with comprehensive information regarding the study's objectives and the intended use of the collected data. The confidentiality of their information was strictly ensured. Participation was entirely voluntary, with no coercion or obligation, and participants were free to withdraw from the study at any stage.

**Funding:** No financial support was received from any institution or organization for this study.

**Authors' Contribution:** The first author served as the principal researcher of this study. The second author contributed to data collection, editing, and manuscript preparation. The third author acted as an advisor and supervisor, overseeing the proper implementation and execution of the research.

**Conflict of Interest:** The authors declare that they have no conflicts of interest related to this study.

**Acknowledgments:** The authors gratefully acknowledge the participation of all adolescents who took part in this research. Their diligent completion of the questionnaires made it possible to gather valuable data for this study.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 91-104
DOI: 10.22070/cpap.2025.20789.1758

**Research Article**

# The Effectiveness of Emotion Regulation on Mental Health and Marital Satisfaction in Mothers' Children with Autism Spectrum Disorder

**Authors**

**Ali Taghvaeinia [1*], Sara Travian [2]**

*1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran. (Corresponding Author)*

*2. MSc student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran. sarataravian75@gmail.com*

**Abstract**

**Receive Date:** 08/08/2025

**Accept Date:** 10/12/2025

**Introduction:** The present study aimed to examine the effectiveness of emotion regulation training on the mental health and marital satisfaction of mothers of children with autism spectrum disorder in 2024.

**Method:** This quasi-experimental study employed a pre-test and post-test design with a control group. The sample comprised 30 mothers of children with autism who attended counseling centers in Shiraz. Participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups: an experimental group (n = 15) and a control group (n = 15). During the pre-test phase, all participants completed the General Health Questionnaire (GHQ) developed by Goldberg (1972) and the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire (2000). The experimental group then underwent an emotion regulation training program consisting of ten weekly sessions, while the control group remained on a waitlist. Following the intervention, both groups completed the same questionnaires as a post-test. The study's findings were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

**Results:** The multivariate analysis of covariance revealed that the training sessions significantly affected the mental health and marital satisfaction of mothers of children with autism ($p < 0.01$). Additionally, the findings indicated that mothers in the control group had significantly lower mental health and marital satisfaction scores compared to those in the experimental group ($p < 0.01$).

**Discussion and conclusion:** Given the effectiveness of this training program in enhancing mental well-being and marital satisfaction among mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD), it can be effectively utilized as a psychological intervention.

**Keywords**

Mental Health, Marital Satisfaction, Mothers, Child, Autism

**Corresponding Author's E-mail**

ali.taghvaei@yu.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 91-104
DOI: 10.22070/cpap.2025.20789.1758

## Extended Abstract

### Introduction

Autism is a neurodevelopmental disorder characterized by impairments in social interaction, communication, and repetitive behaviors, typically manifesting before 36 months of age. Its severity is influenced by family conditions. Children with autism exhibit deficits in communication, sensory processing, and social interaction, which may include self-injurious and obsessive behaviors. Autism also affects motor skills, language development, and imitation abilities. According to the broad autism phenotype theory, subthreshold autistic traits in parents may contribute to communication difficulties. Having an autistic child impacts family dynamics and increases parental stress. Based on theory of mind, autistic children struggle to understand others' emotions, leading to social challenges. Mothers of autistic children experience elevated stress, anxiety, and reduced marital satisfaction. The emotional and financial burdens may cause marital conflict. Parents often experience shock, anger, depression, and guilt. Caregiving stress adversely affects family relationships. Marital satisfaction, a key factor in family stability, is threatened, and couple interactions suffer. Emotion regulation helps manage negative emotions and improve mental health. Training in emotion regulation reduces depression, anxiety, and stress, thereby enhancing family cohesion and adaptability. Research shows that parents of autistic children, especially mothers, have lower psychological well-being than parents of neurotypical children. Parent-focused interventions and emotion regulation training improve mental health and reduce family strain. With the rising prevalence of autism, targeted therapies are increasingly vital. This study examines the impact of emotion regulation training on mothers' psychological well-being and marital satisfaction.

### Method

This quasi-experimental study employed a pre-test and post-test design with a control group and included 30 mothers of children with autism in Shiraz. Participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups, with 15 participants in each. The Goldberg General Health Questionnaire (1972) and the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire (2000) were administered during the pre-test phase. The experimental group attended ten emotion regulation training sessions, while the control group remained on a waiting list. After the intervention, both groups completed the same questionnaires again.

Inclusion criteria required a minimum of six years of marriage, at least one child, at least a secondary education, and no severe psychological disorders. The study utilized the Goldberg General Health Questionnaire, which comprises 28 items across four subscales: somatic symptoms, anxiety, social dysfunction, and depression. Additionally, the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire, containing 47 items, was employed. The validity and reliability of both instruments have been confirmed in multiple studies.

Following the necessary approvals, participants were recruited from counseling centers in Shiraz and randomly assigned to either the experimental or control group. After completing the ten training sessions, the data were analyzed using SPSS software and multivariate analysis of covariance.

### Results

This study involved 30 mothers of children with autism in Shiraz, who were randomly assigned to experimental and control groups (15 participants each). The mean age of the experimental group was 29.44 years, while the control group's mean age was 30.11 years. After completing emotion regulation training, the experimental group showed significant improvements in marital satisfaction and mental health, whereas the control group exhibited no notable changes.

The Levene's test indicated that the variance of dependent variables was approximately equal between the two groups. Additionally, the Kolmogorov-Smirnov test confirmed the normal distribution of all variables. Regression slope analysis validated the assumption of homogeneity, allowing for covariance analysis.

Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) revealed significant differences between the experimental and control groups in at least one of the dependent variables. Subsequent ANCOVA analysis showed that emotion regulation training led to increased marital satisfaction and improved mental health components, except for somatic symptoms, in the experimental group.

### Conclusion

This study examined the effectiveness of emotion regulation training on the mental health and marital satisfaction of mothers of children diagnosed with autism spectrum disorder. The findings revealed significant improvements in all aspects of mental health, except for somatic symptoms. The birth of a child with autism often imposes considerable psychological, emotional, and financial stress on families, posing a serious threat to parental mental well-being. Emotion regulation training helps alleviate negative emotional states such as depression and anger, thereby enhancing positive affect and overall psychological well-being. Furthermore, this intervention reduces psychological distress and perceived stress, leading to greater life satisfaction. By employing adaptive emotion regulation strategies, mothers become better equipped to manage parenting challenges, which in turn improves their quality of life. The training also contributes

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 91-104
DOI: 10.22070/cpap.2025.20789.1758

to improved family interactions and decreased marital conflicts. When mothers are better able to accept and process their emotions, they experience reduced anxiety and enhanced psychological resilience. Ultimately, emotion regulation is a crucial component in both the prevention and treatment of parenting-related psychological disorders.

Recent findings indicate that mothers of children with autism experience lower levels of marital satisfaction compared to mothers of typically developing children. This dissatisfaction often stems from persistent feelings of worthlessness and negative self-appraisals, which may extend to their perceptions of their children, leading them to view their offspring as undesirable. The core deficits associated with autism—particularly in communication, social interaction, and cognitive functioning—create ongoing stress within the family system, contributing to heightened anxiety among mothers. This anxiety, frequently triggered by ambiguous or conflicting emotional stimuli, impairs maternal cognitive functioning and fosters distorted perceptions, thereby exacerbating marital strain. Emotion regulation training has proven effective in mitigating such psychological disruptions by promoting emotional awareness, acceptance, and adaptive coping strategies. These improvements not only reduce cognitive distortions and mental distress but also enhance mothers' sense of control over their circumstances, ultimately contributing to significantly greater marital satisfaction.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** In conducting this study, all ethical considerations related to human research were carefully observed. Prior to data collection, the purpose of the research, the structure of the emotion regulation training sessions, and the intended use of the data were clearly explained to the participants. Informed consent was obtained from all participating mothers, who were assured that their involvement was entirely voluntary and that they could withdraw from the study at any time without any negative consequences. Confidentiality of personal information and responses was strictly maintained, and all data were used solely for academic purposes. The entire research process was carried out in accordance with ethical principles in psychology and was approved by relevant institutional review boards.

**Funding:** This study was conducted without financial support from any institution or organization.

**Authors' Contribution:** The first author was responsible for drafting the manuscript and developing the theoretical framework of the study. The second author conducted the statistical analyses and contributed to the editing and refinement of the final manuscript. Both authors equally participated in the clinical implementation of the research and shared responsibility for the practical aspects of the intervention.

**Conflict of Interest:** No conflicts of interest have been declared by the authors.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 73-90
DOI: 10.22070/cpap.2025.20276.1688

**Research Article**

# Evaluation the Structural Model of Obsessive-Compulsive Syndrome based on Traumatic Childhood Experiences, Cognitive Fusion, and Ambiguity Tolerance: The Mediating Role of Fear of Guilt

**Authors**

**Seyfollah Aghajani [1], Mohammad Zarei Nouroozi [2*], Shayan Noori Lasaki [3], Mohadese Moradi [4]**

*1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. sf_aghajani@yahoo.com*
*2. Ph.D. Student, Department of Psychology and Education of Individuals with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)*
*3. M.Sc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. shayannoori60@gmail.com*
*4. B.A Student of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, khuzistan, Iran. moradimohaddeseh1@gmail.com*

**Abstract**

**Receive Date:** 26/03/2025

**Accept Date:** 10/11/2025

**Introduction:** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most debilitating psychological disorders, characterized by intrusive thoughts, disturbing mental images, and persistent doubts. It significantly impairs individuals' health across various domains. Therefore, the present study aims to evaluate a structural model of OCD based on traumatic childhood experiences, cognitive fusion, and tolerance of ambiguity, with a focus on the mediating role of fear of guilt.

**Method:** This study employed a descriptive-correlational structural equation modeling approach. A total of 312 students were selected from the entire student population of Mohaghegh Ardabili University for the 2024-2025 academic year. Data collection instruments included the Obsessive-Compulsive Inventory (PI-WSUR), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), the Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale (MSTAT), and the Fear of Guilt Scale (FOGS). Data analysis involved calculating means and standard deviations for descriptive statistics, and conducting Pearson correlation tests and structural equation modeling for inferential statistics, using SPSS version 27 and AMOS version 24 software.

**Results:** The findings of the study indicated that the conceptual model demonstrated a good fit ($\chi^2/df = 1.3$, RMSEA = 0.08, SRMR = 0.07, GFI = 0.91, AGFI = 0.90, CFI = 0.91). Fear of guilt played a significant mediating role in the relationship between cognitive fusion ($\beta = 0.16$, $p < 0.01$) and tolerance of ambiguity ($\beta = -0.08$, $p < 0.05$) with obsessive-compulsive symptoms. However, it did not mediate the relationship between traumatic childhood experiences and obsessive-compulsive symptoms ($\beta = 0.03$, $p < 0.05$).

**Discussion and conclusion:** According to the results of this study, traumatic childhood experiences, cognitive fusion, and fear of guilt are key factors contributing to the development of obsessive-compulsive symptoms. These factors can be utilized to inform the design of educational and therapeutic protocols.

**Keywords**

Obsessive-Compulsive Disorder, Childhood Trauma, Cognitive Fusion, Tolerance of Ambiguity, Guilt

**Corresponding Author's E-mail**

zareinouroozi.m@edu.ui.ac.ir
m.zareiii.n.1997@gmail.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 73-90
DOI: 10.22070/cpap.2025.20276.1688

## Extended Abstract

### Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most common psychiatric conditions, characterized by obsessions or compulsions manifesting as repetitive and persistent thoughts, images, or behaviors. These symptoms can significantly disrupt various aspects of an individual's academic, professional, and social life. According to the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), OCD is defined by a pattern of cognitive and behavioral symptoms marked by excessive preoccupation with order, perfectionism, and the need for control over different areas of personal and interpersonal life. The disorder has a second peak onset between the ages of 20 and 22, coinciding with the typical period of student life. This overlap with the challenges and stressors of student life contributes to the high prevalence of OCD among students. The detrimental consequences of OCD, combined with the vulnerability of student life, underscore the necessity for further research aimed at identifying risk factors, developing prevention strategies, and formulating effective interventions and treatments. Moreover, due to the limited research on the precise impact of tolerance of ambiguity on OCD and the mediating role of guilt in the development of this disorder, these issues represent significant research gaps. The present study sought to address these gaps by evaluating a structural model of OCD based on traumatic childhood experiences, cognitive fusion, and tolerance of ambiguity, with a focus on the mediating role of fear of guilt.

### Method

The present study was classified as applied research in terms of its purpose and as descriptive correlational research of the structural equation modeling type in terms of its methodology. A total of 312 male and female students from Mohaghegh Ardabili University were selected through convenience sampling during the 2024–2025 academic year. The data collection process was as follows: first, the relevant questionnaires were compiled using Google Forms; then, the questionnaires were distributed via cyberspace, specifically through the social networks Telegram and ETA, to various student groups at Mohaghegh Ardabili University. After providing explanations regarding the research objectives, students were asked to complete the questionnaires. Inclusion criteria for participation were consent and willingness to participate, internet access, and active presence on social networks. Exclusion criteria included distorted personal information or invalid completion of the questionnaire. Ethical considerations in this study included providing volunteers access to the results and ensuring confidentiality and trustworthiness. The data collection instruments used were the Obsessive-Compulsive Disorder Inventory (PI_WSUR), the Traumatic Experiences Questionnaire (CTQ), the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), the Tolerance of Ambiguity Scale (MSTATS), and the Fear of Guilt Scale (FOGS). Descriptive data analysis included calculation of means and standard deviations, while inferential analysis involved Pearson correlation tests and structural equation modeling using SPSS version 27 and AMOS version 24 software.

### Results

In structural equation modeling, various fit indices are used, with some of the most important reported in Table 1. According to the table, these indices indicate a desirable level of fit. Therefore, it can be concluded that the conceptual model in this research demonstrates a good fit.

**Table 2. Model fit indices**

| Fit Indices | χ2/df | RMSEA | SRMR | GFI | AGFI | CFI | TLI | NFI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Acceptable Amount | 5> | 0/1> | 0/9< | 0/9< | 0/9< | 0/9< | 0/9< | 0/9< |
| Obtained Value | 3/1 | 0/08 | 0/07 | 0/91 | 0/90 | 0/91 | 0/91 | 0/90 |
| Result | Desirable | Desirable | Desirable | Desirable | Desirable | Desirable | Desirable | Desirable |

According to the information in Table 2, the study also found that the paths from childhood traumatic experiences, cognitive fusion, and fear of guilt to obsessive-compulsive symptoms are significant at the 0.01 level. Additionally, the paths from cognitive fusion and tolerance of ambiguity to fear of guilt are significant at the 0.01 level. However, the paths from tolerance of ambiguity to obsessive-compulsive symptoms and from childhood traumatic experiences to fear of guilt are not significant ($P < 0.05$).

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 73-90
DOI: 10.22070/cpap.2025.20276.1688

**Table 2. Coefficients of the model paths**

| path | Standardized Estimate | S.E | C.R | P |
|---|---|---|---|---|
| Traumatic childhood experiences > Obsessive-compulsive disorder | 0/33 | 0/08 | 5/1 | < 0/01 |
| Cognitive fusion> Obsessive-compulsive disorder | 0/30 | 0/27 | 3/5 | < 0/01 |
| Tolerance of ambiguity > Obsessive-compulsive disorder | -0/02 | 0/02 | -0/25 | 0/79 |
| Fear of guilt > Obsessive-compulsive disorder | 0/29 | 0/07 | 3/4 | < 0/01 |
| Traumatic childhood experiences > Fear of guilt | -0/08 | 0/20 | -01/4 | 0/14 |
| Cognitive fusion > fear of guilt | 0/56 | 1/08 | 6/4 | < 0/01 |
| Tolerance of ambiguity > fear of guilt | -0/22 | 0/06 | -3/9 | < 0/01 |

**Conclusion**

The findings of this study, which demonstrate the significant impact of traumatic childhood experiences and cognitive fusion on the development of obsessive-compulsive symptoms—and which replicate results from previous research—can contribute to the construction of a robust theoretical model in this field. However, like other studies, this research has limitations. The first limitation was the inability to control for variables such as intelligence, and the economic and social status of students, which may hinder the generalizability of the results. Therefore, it is recommended that future studies control for these factors. Another limitation was the inability to employ direct random sampling methods, which compelled the researchers to use virtual accessible sampling. Consequently, future research should utilize direct random sampling techniques. Based on the results obtained, it is also recommended that treatment protocols focused on addressing and adapting to adverse childhood experiences, as well as training to develop effective cognitive patterns, be designed and implemented for individuals with this syndrome. Furthermore, given the significant effect of fear of guilt observed in this study and its recurrence in previous research, awareness-raising initiatives about guilt and its associated fears should be conducted through educational workshops targeting various population segments, especially those affected by this disorder. Additionally, considering the inconsistent findings regarding the lack of effect of tolerance of ambiguity on obsessive-compulsive syndrome, this issue warrants further investigation in future studies.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** In this study, in order to comply with ethical guidelines, the researchers considered that the results should be accessible to volunteers, that no questions about identity should be asked, and that confidentiality and trustworthiness should be observed as ethical principles.

**Funding:** This study was conducted without financial support from any institution or organization.

**Authors' Contribution:** The first author served as the supervisor; the second author served as the author of the article and statistical analyst; the third author served as the scientific and literary editor; and the fourth author served as the data collector.

**Acknowledgments:** The authors would like to express their gratitude to all the students who participated in this study and made it possible to access the original findings.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 61-72
DOI: 10.22070/cpap.2026.20891.1775

**Research Article**

# The Role of the Dark Triad of Personality, Competitiveness, and Moral Intelligence in Students' Schadenfreude

**Authors**

**Fereshte Pourmohseni Koluri [1*], Latife Nemati [2], Sahel Hadian Shibabandani [3]**

*1. Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran,Iran (Corresponding Author)*

*2. MSc in General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran. Latnem5612@gmail.com*

*3. PhD Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. sahelhadian@gmail.com*

**Abstract**

**Receive Date:** 31/08/2025

**Accept Date:** 19/01/2026

**Introduction:** The primary aim of this study is to examine the roles of the dark triad personality traits, competitiveness, and moral intelligence in students' experience of schadenfreude, using a descriptive-correlational research design.

**Method:** The statistical population of this study comprised 2,520 students from universities in Meshgin Shahr during the 2022-2023 academic year. A sample of 200 students was selected using quota sampling. Data were collected using the following questionnaires: Jenison and Wister's Dark Triad Personality Traits (2010), Franken's Competitiveness Scale (1995), Lenik and Kiel's Moral Intelligence Scale (2005), and Yeganeh et al.'s Schadenfreude Questionnaire (2023). The collected data were analyzed using SPSS version 24, employing Pearson's correlation coefficient and multiple linear regression tests.

**Results:** The findings of this study demonstrated that schadenfreude in students is significantly correlated with narcissism ($r = 0.378$), antisocial behavior ($r = 0.406$), competitiveness ($r = 0.260$), and moral intelligence ($r = -0.260$) ($p < 0.05$). Additionally, regression analysis revealed that moral intelligence ($\beta = -0.268$), competitiveness ($\beta = 0.254$), and antisocial behavior ($\beta = 0.234$) were the strongest predictors of students' happiness ($p < 0.05$).

**Discussion and conclusion:** Based on the research findings, the three dark personality traits, competitiveness, and moral intelligence are among the most significant predictors of schadenfreude in students. These factors should be taken into account in treatment and support programs.

**Keywords**

Moral intelligence, Schadenfreude, The Dark Triad Traits, competition, Student

**Corresponding Author's E-mail**

fpmohseni@yahoo.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 61-72
DOI: 10.22070/cpap.2026.20891.1775

## Extended Abstract

### Introduction

Emotions are an integral part of human life. Generally, two emotional reactions occur when individuals witness the misfortune and suffering of others. One is a negative emotional response that leads to sympathy, while the other is a positive emotional reaction known as schadenfreude. Schadenfreude refers to the malicious joy derived from the misfortune of others, as it involves taking pleasure in events that are unpleasant to others. When a person experiences misfortune, and observers subsequently feel happy about that person's suffering, they are experiencing schadenfreude. A lack of empathy is a common characteristic of the dark triad of personality traits, creating a strong conceptual link between these traits and the experience of schadenfreude. The psychological structure of the dark triad may also contribute to individuals' competitiveness. Competitiveness reflects individual differences in the preference for competition. Excessive competitiveness can be a neurotic need to maintain a sense of self-worth and power at all costs. People with dark personality traits, due to a lack of shame and guilt, often accept ideas that others consider immoral. Moral intelligence is the ability to distinguish right from wrong, which requires holding strong moral beliefs, acting in accordance with those beliefs, and behaving with honesty and dignity. By applying moral intelligence, individuals learn to make wise decisions and take the most appropriate actions. The present study aims to examine the roles of dark personality traits, competitiveness, and moral intelligence in students' happiness. Reason: The text was revised to improve clarity, coherence, and flow. Grammar, punctuation, and word choice were corrected to enhance readability and technical accuracy. Complex sentences were restructured for better understanding, and terminology was clarified to ensure precise communication of psychological concepts.

### Method

The study employed a descriptive-correlational method. The statistical population consisted of all university students in Ardabil city during the 1401-1402 academic year, from which 200 individuals were selected through convenience sampling.

The Dark Triad Traits Questionnaire measures the subscales of Machiavellianism, narcissism, and antisociality. The scale demonstrated good reliability, with a Cronbach's alpha of 0.87. Additionally, the convergent validity, assessed using the average variance extracted (AVE), was 0.62, indicating satisfactory validity for the current questionnaire.

Competitiveness Questionnaire: This scale, developed by Franken, measures several subscales, including the desire to win, satisfaction from improving performance, motivation to strive in competitive situations, preference for difficult tasks over easy ones, and satisfaction from doing things well. The test-retest reliability for the entire scale was reported to be 0.89. The scale's validity was established by factor loadings exceeding 0.40 for all indicators.

Moral Intelligence Questionnaire: This scale measures the subscales of honesty, forgiveness, responsibility, and compassion. The reliability of the questionnaire, assessed using Cronbach's alpha, is 0.96. The developers established the face validity and content validity, as well as the internal consistency, of the questionnaire.

Shadendorff Questionnaire: To assess the level and status of Shadendorff, Yeganeh's scale was utilized. All items demonstrated their highest loadings on the designated factor, with factor loadings ranging from 0.46 to 0.88, indicating strong construct validity. The overall reliability of the scale, measured by Cronbach's alpha, was 0.91.

### Results

The present study included 70 men (35%) and 130 women (65%), with a mean age of 29.24 ± 6.46 years. Among the participants, 13% (26) were studying at the associate's level, 72% (144) at the bachelor's level, and 15% (30) at the master's level.

To examine the roles of the dark triad personality traits, competitiveness, and moral intelligence in predicting Schadenfreude, multiple regression analysis was conducted. The data distribution was assessed for normality, and the collinearity diagnostics indicated acceptable levels: the tolerance values for all predictor variables ranged between 0 and 1, and the variance inflation factor (VIF) values were all below 10. Additionally, the Durbin-Watson statistic was 2.27, suggesting no significant autocorrelation. The linear combination of the predictor variables (dark triad traits, competitiveness, and moral intelligence) significantly predicted students' levels of Schadenfreude ($F = 18.112$, $p < 0.001$).

The dark triad, competitiveness, and moral intelligence together explained 31% of the variance in Schadenfreude among students ($R = 0.317$). The regression coefficients indicate that moral intelligence ($\beta = -0.268$, $p = 0.001 < 0.01$) has the largest negative contribution to predicting students' Schadenfreude. Competitiveness also contributes positively to predicting students' Schadenfreude ($\beta = 0.254$, $p = 0.001 < 0.01$).

### Conclusion

The first finding showed that all three characteristics of the dark personality triad significantly contribute to predicting Schadenfreude. Narcissists require constant

feedback from those around them; therefore, it is likely that they use Schadenfreude as a strategy to boost their self-esteem. Machiavellians have a broadly negative view of others, perceiving them as controlling and demanding. Sociopaths are characterized by high levels of sensation seeking, impulsivity, and low levels of empathy. Antisocial individuals exhibit no remorse, and given the lack of empathy associated with antisociality and the need for Schadenfreude, the two are related. The second finding indicates that moral intelligence significantly contributes to predicting Schadenfreude. Moral intelligence is a dimension of intelligence and is considered a predictor of behavior. Seeing a friend in distress usually evokes empathetic responses, while witnessing the pain of a competitor may elicit pleasure. As stated, the intensity of pleasure derived from the misery and pain of others defines Schadenfreude. Another finding revealed that competitiveness also significantly contributes to predicting Schadenfreude. People with a strong need to win tend to view the world negatively. This strong need to win partly stems from the fear of living in a hostile world where survival depends on winning or defeating others. When Schadenfreude occurs, mechanisms are triggered within the individual that may lead to the development of aggressive behaviors toward the competing individual or group.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** To comply with ethical considerations, the questionnaire was anonymous, and participation was entirely voluntary. Participants had the option to withdraw from completing the questionnaire at any time if they did not wish to continue cooperating. Finally, the present study was derived from the second author's master's thesis in the Department of Psychology at Payame Noor University, Ardabil, and was defended on July 18, 2023.

**Funding:** No financial support from government, public, commercial, or non-profit organizations was used in the preparation of this article.

**Authors' Contribution:** The authors are grateful to the students who participated in this study and to the professors who helped us collect data.

**Conflict of Interest:** There are no conflicts of interest in this article.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 45-60
DOI: 10.22070/cpap.2025.20281.1690

**Research Article**

# Presenting a Model of Love Trauma Syndrome Based on Childhood Abuse Experiences: Examining the Mediating Role of Early Maladaptive Schemas

**Authors**

**Esmaeil Soleimani [1*], Zahra Abbasi [2], Mohammad Rostami [3]**

*1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. (Corresponding Author)*

*2. PhD Student in Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran. za.abbasi@urmia.ac.ir*

*3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. mo.rostami@shahed.ac.ir*

**Abstract**

**Receive Date:** 29/03/2025

**Accept Date:** 16/08/2025

**Introduction:** Love is regarded as one of the most fundamental human experiences, and the failure of romantic relationships can have significant effects on various aspects of human health. This study aimed to investigate a structural model examining the relationship between love trauma syndrome and childhood abuse experiences, with the mediating role of early maladaptive schemas.

**Method:** This study employed a correlational research design using structural equation modeling (SEM). The statistical population comprised all students at Urmia University during the 2024–2025 academic year. A sample of 420 students was selected through a multistage cluster sampling method from various faculties. Participants completed the Bernstein Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Young Schema Questionnaire–Short Form (YSQ-SF), and the Ross Love Trauma Inventory (LTI). Data were analyzed using structural equation modeling with SPSS version 27 and SmartPLS version 4.

**Results:** The findings indicate that childhood abuse experiences have a direct and significant effect on the development of love trauma syndrome, with early maladaptive schemas serving as a mediating factor ($P < 0.05$). In other words, the impact of childhood trauma on love trauma symptoms is mediated through early maladaptive schemas.

**Discussion and conclusion:** The findings highlight the importance for mental health professionals to address the underlying factors contributing to love trauma symptoms, particularly childhood trauma and early maladaptive schemas. It is recommended that innovative interventions and targeted skill-based training be developed to enhance students' adaptive capacity in coping with romantic breakups.

**Keywords**

Childhood abuse experiences, Early maladaptive schemas, Love trauma syndrome

**Corresponding Author's E-mail**

E.soleimani@urmia.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 45-60
DOI: 10.22070/cpap.2025.20281.1690

## Extended Abstract

**Introduction**

The experience of love is among the most profound emotional experiences. Romantic relationships are imbued with intense emotions, and the intimacy that binds two individuals can lead to relational fluctuations, potentially fostering conflict. The loss of love and a cherished partner is a painful experience capable of eliciting severe psychological and physiological effects, collectively termed love trauma syndrome. Childhood trauma can cause relational impairments, affecting individuals' ability to form and maintain stable relationships in adulthood, thereby increasing the risk of emotional distress in romantic contexts. Individuals with childhood trauma often hold distinct perceptions of trust and safety. These distorted beliefs may persist throughout life, extending into adult relationships. The dynamics of childhood relationships in adulthood can be explained through schemas. From a cognitive perspective, schemas dictate responses to specific stimuli. Early maladaptive schemas represent self-perpetuating, destructive, and enduring patterns of memories, emotions, and sensations formed in childhood, crystallizing into beliefs about oneself, others, and the environment. Each schema has unique characteristics that differentially influence relationships. Given the multifaceted impact of emotional separation on students' lives, this study aimed to investigate whether the experience of love trauma syndrome is associated with childhood trauma through the mediating role of early maladaptive schemas.

**Method**

This study employed a descriptive-correlational design utilizing structural equation modeling. The statistical population comprised all students at Urmia University during the first semester of the 2023–2024 academic year. Following Kline's (2011) recommendation and accounting for potential dropout, 450 students were selected through multistage cluster sampling. To collect data, the researcher visited various university faculties, obtained permission from instructors, and distributed questionnaires during designated class times. Data were gathered using Bernstein's Childhood Trauma Questionnaire (2003), Young's Short-Form Early Maladaptive Schema Questionnaire (2006), and Ross's Love Trauma Syndrome Inventory (1991). Inclusion criteria included being aged 18 to 40 years and providing informed consent, while exclusion criteria encompassed scoring above the threshold on the childhood trauma questionnaire's validation index, providing incomplete information, or responding uniformly and carelessly to questionnaire items. Consequently, 420 of the initial 450 questionnaires were validated for analysis. Data analysis involved descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (correlation and structural equation modeling), conducted using SPSS version 27 and SmartPLS version 4 software.

**Results**

Of the total participants, 257 (61.2%) were female, and 163 (38.8%) were male. Regarding academic level, 214 (51%) were undergraduate students, 129 (30.7%) were master's students, and 77 (18.3%) were doctoral students. Marital status indicated that 330 (78.6%) were single, and 90 (21.4%) were married, with a mean age of 27.09 years. The highest mean score among childhood trauma components was for emotional neglect (M = 11.86), while among early maladaptive schemas, the unrelenting standards schema scored highest (M = 19.68). The Mahalanobis index confirmed multivariate normality, and the correlation matrix revealed significant positive relationships among the study variables, indicating that higher childhood trauma experiences correspond with increased intensity of early maladaptive schemas and love trauma syndrome. Analysis of direct and indirect effects showed that childhood trauma ($\beta = 0.28$) and early maladaptive schemas ($\beta = 0.43$) exerted significant direct effects on love trauma syndrome ($p < 0.05$). The bootstrap method was used to examine indirect effects.

**Table 1. Direct and Indirect Effects of the Research Model**

| Path | Standardized Coefficient | Standard Error | t-Value | p-Value |
|---|---|---|---|---|
| Direct Effects | | | | |
| Early Maladaptive Schemas → Love Trauma Syndrome | 0.28 | 0.05 | 5.50 | 0.001 |
| Childhood Trauma → Love Trauma Syndrome | 0.43 | 0.05 | 8.47 | 0.001 |
| Indirect Effect | | | | |
| Childhood Trauma → Early Maladaptive Schemas → Love Trauma Syndrome | 0.27 | 0.03 | 8.15 | 0.001 |

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 45-60
DOI: 10.22070/cpap.2025.20281.1690

The results confirmed the significance of the indirect pathway, with early maladaptive schemas mediating the relationship between childhood trauma and love trauma syndrome ($p < 0.05$). T-values further supported the significance of both direct and indirect effects. Cronbach's alpha, composite reliability, and average variance extracted (AVE) indicated satisfactory reliability and validity of the model. The root mean square error of approximation (RMSEA = 0.038) suggested a good model fit. The coefficient of determination ($R^2$) revealed that approximately 42% of the variance in love trauma syndrome was explained by childhood trauma mediated through early maladaptive schemas.

**Conclusion**

The findings demonstrate that childhood trauma has a significant direct effect on love trauma syndrome among students, with early maladaptive schemas acting as a mediator. Specifically, greater childhood trauma intensifies early maladaptive schemas, which predispose individuals to more severe experiences of love trauma syndrome in adulthood. Love is a complex mental function intertwined with memory, attention, perception, and reasoning. Early interactions with parents and caregivers profoundly shape behaviors, beliefs, emotions, and attitudes. Victims of childhood abuse often endure lasting interpersonal consequences. According to schema theory, unmet emotional needs and childhood adversities foster early maladaptive schemas that persist into adulthood. The meaning of romantic relationships varies among individuals. Previous studies have similarly indicated that early maladaptive schemas are associated with increased severity of love trauma syndrome. For example, the abandonment/instability schema may amplify the intensity of love trauma syndrome. Early experiences may unconsciously drive individuals to replicate childhood attachment patterns in adulthood. Those with childhood trauma may seek or repeat relationships that reinforce prior distress and validate core schemas.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** Ethical compliance was ensured by explaining the study's purpose and objectives to participants, emphasizing confidentiality, informed consent, and the right to withdraw. Students were assured that data would be analyzed collectively using coded responses, without requiring personal information such as names or addresses.

**Funding:** This research was conducted without financial support from any institution or organization.

**Authors' Contribution:** The first author designed the theoretical model, provided scientific oversight, managed the project, interpreted results, and approved the final manuscript. The second author contributed to Idea generation, data collection, statistical analysis, initial drafting, editing, and final revisions. The third author participated in conceptualization, validation, review, restructuring, and expanding the results.

**Conflict of Interest:** There is no conflict of interest among the authors.

**Acknowledgments:** The authors of this paper extend their sincere gratitude to all research participants for their invaluable cooperation and support.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 31-44
DOI: 10.22070/cpap.2026.20711.1737

**Research Article**

# Comparing the Effects of Mindfulness-Based Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

**Authors**

**Zahra Dalili [1], Mohammad Hossein Bayazi [2*], Ali Akbar Samari [3]**

*1. PhD student, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. Email: z.dalili@iau.ac.ir*

*2. Assistant Professor, Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran. (Corresponding Author)*

*3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kash.C., Islamic Azad University, Kashmar, Iran. Alisamari_47@iau.ac.ir*

**Abstract**

**Receive Date:** 18/11/2025

**Accept Date:** 04/05/2026

**Introduction:** The aim of the present study was to compare the effects of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy on obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder.

**Method:** The present study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up assessments, including a control group. The statistical population consisted of female patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder who visited the Neurology Clinic of Ibn Sina Hospital in Mashhad in 2024. After screening and initial diagnosis, 45 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 individuals each: two experimental groups and one control group. Data were collected using the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R). The experimental groups underwent either mindfulness-based therapy or cognitive behavioral therapy in eight 90-minute sessions, conducted once weekly. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc test.

**Results:** The results showed that obsessive-compulsive symptoms decreased significantly in both the mindfulness and cognitive-behavioral groups from pre-test to post-test and follow-up ($P < 0.001$), with a greater effect observed in the mindfulness group.

**Discussion and conclusion:** In general, the results indicate that both treatment approaches are effective in reducing patients' obsessive-compulsive symptoms and play a significant role in treating obsessive-compulsive disorder.

**Keywords**

Mindfulness-based therapy, Cognitive-behavioral therapy, Obsessive-compulsive symptoms, Obsessive-compulsive disorder

**Corresponding Author's E-mail**

mh.bayazi@iau.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 31-44
DOI: 10.22070/cpap.2026.20711.1737

## Extended Abstract

### Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disabling psychological disorder characterized by pervasive perfectionism and inflexibility [1]. OCD manifests through intrusive, unwanted thoughts and repetitive behaviors or mental acts, compelling patients to engage in ritualistic behaviors and thoughts, commonly referred to as obsessive symptoms [8]. These symptoms may include unwanted, intrusive, and repetitive thoughts, images, or impulses, as well as compulsive behaviors such as frequent washing, checking, praying, counting, and silently repeating words [9]. The presence of disabling OCD symptoms has prompted the development and use of various treatment methods worldwide. While some treatments have proven effective, others have shown limited or no positive impact on all aspects of the disorder. These limitations underscore the need to develop and evaluate complementary and alternative interventions with different mechanisms of action [14]. Among psychological therapies, mindfulness-based therapy and cognitive behavioral therapy (CBT) are commonly employed to influence thought processes and modify dysfunctional behaviors [15]. Although these approaches share similarities in their mechanisms, mindfulness-based therapies emphasize cultivating nonjudgmental, present-moment awareness of thoughts, feelings, and bodily sensations. Their goal is not to change cognitive content but to alter the individual's relationship with internal experiences. This approach contrasts with the core of CBT, which focuses on identifying and challenging dysfunctional beliefs and gradually exposing patients to feared stimuli to extinguish anxiety responses [31]. CBT places greater emphasis on changing maladaptive thoughts and behaviors, whereas mindfulness emphasizes accepting thoughts without judgment and reducing reactive responses [32]. This difference in therapeutic goals may result in varying effectiveness in alleviating obsessive symptoms. Unlike CBT, which targets gradual exposure to obsessional stimuli and cognitive restructuring of negative thoughts, mindfulness-based therapy encourages observing thoughts as transient phenomena and focusing on the present moment without reaction [33]. These distinct mechanisms of action may lead to different treatment outcomes. Therefore, this study aims to determine whether there is a difference in the effectiveness of mindfulness-based therapy versus cognitive behavioral therapy in reducing obsessive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. Reason: The text was revised to improve clarity, coherence, and technical accuracy. Redundant phrases were eliminated, and sentence structure was enhanced for readability. Terminology was standardized (e.g., "cognitive behavioral therapy" abbreviated as CBT after first mention).

### Method

The present study was applied in terms of its purpose and data collection method; it was a semi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up design, including a control group. The statistical population consisted of 120 female patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder who visited the neurology clinic of Ibn Sina Hospital in Mashhad in 1402. The target sample comprised 45 of these patients who, after screening and initial diagnosis, were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants each: two experimental groups and one control group. The instrument used in this study was the Obsessive-Compulsive Disorder Questionnaire. The first experimental group underwent mindfulness-based treatment based on the mindfulness package by McKenzie et al. [36], consisting of eight 90-minute sessions held once a week. The second experimental group received cognitive behavioral therapy based on the Steckati and Wilhelm cognitive behavioral therapy package [37], also consisting of eight 90-minute sessions held once a week. The results were analyzed using repeated measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc test with SPSS version 26 software.

**Table 1. Description of Mindfulness-Based Therapy Sessions by McKenzie et al. [36]**

| Sessions | Content |
|---|---|
| First session | Introduction and Pretest Implementation, Self-Guided; Session Exercises: Eating a Raisin with Mindfulness and Body Checking Meditation. |
| second session | Dealing with Obstacles; Session Exercises: Body Checking Meditation, Ten Minutes of Mindfulness on the Breath. |
| Third session | Mindfulness on the Breath and on the Body While Moving |
| Fourth session | Staying in the Present; Session Exercises: Five Minutes of Visual or Auditory Mindfulness, Sitting Meditation, Awareness of Breath, Body, Sounds, Thoughts, and Awareness Without Specific Direction, Mindful Walking, Three Minute Breathing Space |
| Fifth session | Acceptance and Permission or Permission to Be; Session Exercises: Sitting Meditation, Awareness of Breath and Body |
| Sixth session | Thoughts Not Facts; Session Exercises: Sitting Meditation, Awareness of Breath and Body |
| Seventh session | Self-Care at Its Best; Meditation session exercises in a seated position, awareness of breathing, body, sounds, thoughts and emotions. |
| Eighth session | Using what has been learned to cope with future mood states; meditation session exercises: review, end of meditation and post-test. |

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 31-44
DOI: 10.22070/cpap.2026.20711.1737

**Table 2. Steckati and Wilhelm cognitive behavioral therapy sessions [37]**

| Sessions | Content |
|---|---|
| First session | Assessing the clients with a pre-test. General introduction to the symptoms of obsessive-compulsive disorder. Introduction to the goals of cognitive-behavioral therapy. Giving a list of disturbing images and thoughts. Relaxation exercise |
| Second session | Drawing a cognitive model of obsession. Normalizing obsessive thoughts. Drawing a cognitive triangle. Giving a list of types of cognitive errors. Filling out a daily thought recording form. Explaining the importance of thoughts and thought fusion and conducting behavioral experiments |
| Third session | Using cognitive techniques of Socratic questioning and reviewing sheet 5 of the thoughts column. Filling out sheet 7 of the thoughts column. Writing a list of the advantages and disadvantages of disturbing thoughts. Conducting a behavioral experiment for the importance of thoughts |
| Fourth session | Reviewing the daily thought recording form. Behavioral experiment for the act of neutralizing thoughts. Using the probability calculation technique and Socratic questioning for the belief of overestimating risk. Designing behavioral experiments for the belief of reassurance seeking |
| Fifth session | Socratic questioning and implementing the pie chart technique and the double standard technique for the belief of excessive responsibility. Defining perfectionism and using Socratic questioning and the downward arrow technique in this context. Formulating behavioral experiments for the importance of thoughts. |
| Sixth session | Training and implementing the technique of exposure and response prevention and practicing it in the presence of the therapist and at home. Reviewing the list of the daily thought recording form. Designing behavioral experiments for the importance of thoughts |
| Seventh session | Discussion and summarizing cognitive and behavioral techniques. Reviewing the daily thought recording. Reviewing the cognitive model of obsession. |
| Eighth session | Re-explaining the importance of behavioral exercises. Discussing signs of relapse. Teaching problem-solving steps. Re-evaluation by post-test. |

**Table 3. Descriptive indices of obsessive-compulsive symptoms according to test stages and by groups**

| Variables | Group | Pretest | | Posttest | | Follow-up | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M | SD | M | SD | M | SD |
| General symptoms of obsession | Mindfulness | 53.79 | 3.36 | 34.64 | 3.16 | 34.6 | 3.18 |
| | Cognitive Behavioral | 51.50 | 3.13 | 38.01 | 3.14 | 37.82 | 3.15 |
| | Control | 54.03 | 3.80 | 54.27 | 3.15 | 53.25 | 3.21 |

**Table 4. Examination of intergroup differences in obsessive-compulsive symptoms in groups**

| Variables | Sources of change | sum of squares | df | mean square | F | Sign | Eta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| General symptoms of obsession | test | 60.28 | 1.38 | 43.70 | 2060.26 | 0.0001 | 0.98 |
| | Group Membership | 105.86 | 2 | 52.93 | 92.58 | 0.001 | 0.82 |
| | Test×Group Membership | 43.37 | 2.76 | 15.69 | 739.53 | 0.001 | 0.97 |

**Results**

Descriptive indices of obsessive-compulsive symptoms in each of the two experimental and control groups are presented in Table 3.

As Table 3 shows, the mean post-test score of obsessive-compulsive symptoms in the experimental group subjects was lower than that of the control group subjects, and in the experimental groups, the means decreased from pre-test to post-test; however, there was no significant change from post-test to follow-up.

The results presented in Table 4 indicate a significant difference in obsessive symptoms among the mindfulness group, the cognitive behavioral group, and the control group across test stages, group membership, and the interaction between test stages and group membership ($P < 0.001$). The results of the Bonferroni post hoc test comparing the means across test stages are provided in Table 5.

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 31-44
DOI: 10.22070/cpap.2026.20711.1737

**Table 5. Bonferroni post hoc test to compare the means according to the test stages by group**

| Variables | Group | Pretest-Posttest | | Posttest-Follow-up | | Posttest-Follow-up | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | AD | Sign | AD | Sign | AD | Sign |
| General symptoms of obsession | Mindfulness | 19.33 | 0.001 | 19.37 | 0.001 | 0.04 | 0.47 |
| | Cognitive Behavioral | 13.79 | 0.001 | 13.98 | 0.001 | 0.19 | 0.11 |
| | Control | -0.24 | 0.96 | 0.78 | 0.98 | 1.02 | 0.46 |

**Table 6. Results of the post-test Ben Feroni test for comparing differences in terms of group membership**

| Variables | Group | Posttest | | Follow-up | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | AD | Sign | AD | Sign |
| General symptoms of obsession | Mindfulness- Cognitive Behavioral | -3.37 | 0.001 | -3.22 | 0.001 |
| | Mindfulness- Control | -19.63 | 0.001 | -18.65 | 0.001 |
| | Cognitive Behavioral- Control | -16.26 | 0.001 | -15.43 | 0.001 |

The results in Table 5 show that, in both experimental groups, the means increased significantly from pre-test to post-test and from pre-test to follow-up ($P < 0.001$). However, no significant change was observed from post-test to follow-up in either group ($P > 0.05$). The results of the post-test Bonferroni test for between-group comparisons at post-test and follow-up are presented in Table 6.

The results presented in Table 6 indicate that, in both the post-test and follow-up assessments, the differences between the mindfulness and cognitive-behavioral groups compared to the control group are statistically significant ($P < 0.01$). The mean scores for obsessive symptoms in these intervention groups are lower than those in the control group. Additionally, the difference between the mindfulness and cognitive-behavioral groups is significant in both the post-test and follow-up ($P < 0.05$). A comparison of the means reveals that participants in the mindfulness group exhibit lower obsessive-compulsive symptom scores than those in the cognitive-behavioral group. This suggests that mindfulness was more effective than cognitive-behavioral therapy in reducing obsessive-compulsive symptoms.

**Conclusion**

The findings showed that both mindfulness-based therapy and cognitive behavioral therapy were effective in reducing obsessive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. However, there was a significant difference between the two methods, with the mindfulness group experiencing a greater reduction in obsessive symptoms than the cognitive behavioral group. Cognitive behavioral therapy primarily focuses on changing obsessive thoughts and behaviors through exposure and response prevention. For some patients, implementing these techniques can increase tension and stress, which may reduce the therapy's effectiveness in alleviating obsessive symptoms. In contrast, the mindfulness approach teaches patients to accept obsessive thoughts without judgment and to distance themselves from the cycle of anxiety reactions. This method generates less anxiety and facilitates greater acceptance by patients. Additionally, cognitive behavioral therapy emphasizes cognition and behavior, whereas mindfulness directly targets emotional regulation. Since obsessive-compulsive disorder is closely linked to anxiety and emotional distress, mindfulness may be more effective in reducing negative emotions, leading to a greater decrease in obsessive-compulsive symptoms.

## Ethical Considerations

During the implementation of this research, informed consent to participate in the research was obtained from the subjects. Also, the principle of confidentiality and preservation of the subjects' secrets and taking appropriate measures to prevent their publication were observed. At the end of the research, after collecting the post-test and completing the intervention sessions, 3 mindfulness therapy sessions were implemented for the control group in order to respect the subjects' rights.

**Funding:** This research has no financial sponsor
**Authors' Contribution:** This article is an excerpt from the first author's doctoral dissertation.
**Conflict of Interest:** This research has no conflict of interest for the authors.
**Acknowledgments:** We would like to thank all the people who cooperated with the researchers in this study

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 17-30
DOI: 10.22070/cpap.2026.20742.1746

**Research Article**

# Investigating the Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) of the Brain on Impulsivity and Working Memory in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

**Authors**

**Mina Mosallaei Pour Yazdi [1], Mohsen Saeidmanesh [2*]**

*1. PhD Student in psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran.*
*m.mosallayi71@gmail.com*

*2. PhD in Cognitive Neurosciences, Associate Professor, Science and Arts University, Yazd, Iran. (Corresponding Author)*

**Abstract**

**Receive Date:**
24/11/2025

**Accept Date:**
17/05/2026

**Introduction:** Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) is a non-invasive brain stimulation technique that modulates cortical excitability by applying a low-intensity electrical current to the scalp. This study aimed to evaluate the effectiveness of tDCS on impulsivity and working memory in adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).
**Method:** This study employed a quasi-experimental design with pretest-posttest measures and a control group. The statistical population comprised adolescent clients from counseling centers in Yazd in 2024. The sample included 30 adolescents aged 12 to 18 years diagnosed with ADHD, selected through convenience sampling. Participants were randomly assigned to either the intervention group (n = 15) or the control group (n = 15). The research instruments consisted of the N-back working memory test and the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) with SPSS version 25.
**Results:** The findings demonstrated that transcranial direct current stimulation significantly affected impulsivity and working memory in adolescents with ADHD. After controlling for pretest scores, a significant difference was observed between the two groups, indicating a reduction in impulsivity and an improvement in working memory (Impulsivity: $F(1,27) = 53.21$, $p = 0.001$; Working Memory: $F(1,27) = 50.23$, $p = 0.001$). The effect sizes were $\eta^2 = 0.47$ for impulsivity and $\eta^2 = 0.39$ for working memory, highlighting the strong impact of the intervention.
**Discussion and conclusion:** Transcranial direct current stimulation (tDCS) of the brain had a significant effect on impulsivity and working memory in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). After controlling for pre-test effects on post-test scores, there was a significant difference between the two groups at the 0.05 significance level, indicating a decrease in impulsivity and an improvement in working memory. The findings indicate that transcranial direct current stimulation effectively reduces impulsivity and enhances working memory in adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

**Keywords**

Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS), Impulsivity, Working Memory, Adolescents, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

**Corresponding Author's E-mail**

m.saeidmanesh@yahoo.com

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 17-30
DOI: 10.22070/cpap.2026.20742.1746

## Extended Abstract

**Introduction**

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder, with an estimated prevalence of 11% among school-aged adolescents. ADHD is primarily characterized by symptoms of hyperactivity, impulsivity, and various cognitive impairments that often persist into adolescence and adulthood. In addition to hyperactivity and inattention, individuals with ADHD exhibit a wide range of cognitive deficits, including difficulties with attention, working memory, inhibitory control, planning, problem-solving, and executive functions. Executive dysfunctions—particularly impairments in inhibitory control and working memory—are pervasive and play a significant role in the pathophysiology of ADHD, to the extent that the disorder has been described as a cognitive control disorder. The estimated prevalence of parent-reported ADHD diagnosis in 2016 was 2.4% among preschool children, increasing to 9.6% in school-aged children (6–11 years) and 13.6% in adolescents (12–17 years). ADHD significantly impacts well-being, social interactions, academic and occupational achievement, and imposes substantial costs on individuals and society.

**Method**

This quasi-experimental study employed a pre-test-post-test design with a control group. The study population consisted of individuals diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) who visited psychology clinics in Yazd in 2024. Following recommendations that each experimental and quasi-experimental group include at least 15 participants, 30 eligible volunteers were recruited. Participants were randomly assigned to either the treatment or control group. Inclusion criteria were: a confirmed diagnosis of ADHD by a psychiatrist and psychologist; age between 12 and 18 years; absence of any metal objects in the body or head; no intracranial implants such as electrodes or shunts; informed consent obtained from both the patient and their family; no use of antipsychotic or anticonvulsant medications; and no history of epilepsy, seizures, head trauma, or brain surgery. Exclusion criteria included missing more than one treatment session, insufficient cooperation from the participant, or inability to comprehend the pre-test concepts. Prior to the intervention, participants completed working memory and impulsivity scales as a pre-test. The intervention group then received ten 20-minute sessions of transcranial direct current stimulation (tDCS) over five weeks, while the control group underwent sham stimulation with the device turned off. Following treatment, the two questionnaires were administered again, and results were recorded in the participants' files. All research data were kept confidential, with access restricted solely to the researcher for data analysis.

**Results**

The aim of this study was to investigate the effectiveness of transcranial direct current stimulation of the brain on working memory and impulsivity in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. The results of the present study showed that transcranial direct electrical stimulation of the brain has a significant effect on working memory and impulsivity in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The results demonstrated that transcranial direct electrical stimulation of the brain significantly improves working memory and reduces impulsivity in these adolescents. Previous research has shown that the dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) is closely associated with cognitive functions such as attention, decision-making, working memory, and emotion regulation. Located in the middle frontal gyrus, the DLPFC is a key region of the prefrontal cortex involved in higher-level executive functions and impulsive behavior. Consequently, the DLPFC is a common cortical target for transcranial electrical stimulation. The findings of this study can be explained by the fact that tDCS applied to the DLPFC enhances the function of this critical area, which plays a central role in cognitive control. Reduced activity in the DLPFC is linked to emotional dysregulation and impulsive behavior; thus, extracranial electrical stimulation increases cortical activity, enabling individuals to better regulate their emotions and behavior. In other words, when individuals attempt to control their emotions, activity in frontal lobe regions involved in cognitive control—particularly the DLPFC—increases, while activity in subcortical regions that typically drive those emotions decreases. Additionally, anodic stimulation can alter the resting membrane potential of neurons, shortening their resting time, which increases neuronal excitability and firing rate. Brain imaging studies have also shown that stimulation of the DLPFC elevates dopamine release in this region. Since dopamine is a key neurotransmitter involved in memory processes, increased dopamine levels during heightened cortical excitability in the frontal cortex enhance working memory performance.

**Conclusion**

The results of the present study demonstrated that ten 20-minute sessions of transcranial electrical stimulation applied to the left anode–right cathode prefrontal cortex significantly improved working memory and reduced impulsivity in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Furthermore, this method was used as a complementary treatment alongside other therapeutic approaches to address the challenges faced by adolescents with ADHD.

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 17-30
DOI: 10.22070/cpap.2026.20742.1746

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** Informed consent was obtained from all participants in this study and assurance was given that their information would remain confidential.

**Funding:** No funding.

**Authors' Contribution:** Design and conceptualization: Mina Mosallaei Pour Yazdi, Mohsen Saeidmanesh

**Methodology and data analysis:** Mina Mosallaei Pour Yazdi, Mohsen Saeidmanesh. Supervision and final writing: Mohsen Saeidmanesh.

**Conflict of Interest:** The authors declared no conflict of interest.

**Acknowledgments:** The authors would like to thank the patients who participated in this study for their cooperation and time.

**Journal of Clinical Psychology & Personality**
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 1-16
DOI: 10.22070/cpap.2026.20819.1769

**Research Article**

# The Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy Based on the SPAARS Model on Suicidal Ideation, Negative Affect, and Quality of Life in Depressed Adolescents

**Authors**

**Mohamad Hasan Shameli [1], Ahmad Borjali [2*], Abolghasem Isamorad [3], Afrooz Afshari [4], Mohamad Asgari [5]**

*1. PhD Candidate in Clinical Psychology, Dept. of General and Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Shameli921@atu.ac.ir*
*2. Prof., Dept. of General and Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)*
*3. Prof., Dept. of General and Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. isamorad@atu.ac.ir*
*4. Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Esfahan University, Esfahan, Iran. a.afshari@alzahra.ac.ir*
*5. Associate Prof., Dept. of Educational Measurement and Assessment, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. drmasgari423@gmail.com*

**Abstract**

**Receive Date:** 21/02/2026

**Accept Date:** 26/08/2026

**Introduction:** Depression is one of the most common psychological disorders, with a growing prevalence in recent years, particularly among adolescents. Over the past decades, numerous protocols within the cognitive-behavioral framework have been developed for emotional disorders, especially depression; however, none have been designed based on a robust emotional model. The present study aimed to examine the effectiveness of the Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy protocol, grounded in the SPAARS model, on suicidal ideation, negative affect, and quality of life in depressed adolescents.

**Method:** This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest format and a control group. The study population consisted of all male and female students aged 13–18 years in Isfahan Province in 2024. The sample included 30 adolescents diagnosed with depression and experiencing suicidal thoughts, selected through convenience sampling from clients of counseling centers affiliated with the Department of Education in Isfahan. Participants were randomly assigned to groups. Research variables were assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI), Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

**Results:** Findings indicated that posttest scores for suicidal ideation and negative affect significantly decreased in the experimental group compared to the control group ($p < 0.01$). Additionally, posttest scores for quality of life significantly increased in the experimental group relative to the control group ($p < 0.01$).

**Discussion and conclusion:** The Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy protocol, based on the SPAARS model, was effective in improving suicidal ideation, negative affect, and quality of life in adolescents with depression. Therefore, it may be considered a promising treatment for depression accompanied by suicidal ideation.

**Keywords**

Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy, SPAARS model, suicidal ideation, quality of life, negative affect

**Corresponding Author's E-mail**

borjali@atu.ac.ir

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 1-16
DOI: 10.22070/cpap.2026.20819.1769

## Extended Abstract

### Introduction

Psychological difficulties in childhood and adolescence have increased in recent years, with adolescent depression showing a notable rise in prevalence over the past decade. Among its diagnostic symptoms is suicidal ideation—thoughts and beliefs and self-talk related to ending one's life represents a particularly severe clinical concern. Depressed adolescents experiencing suicidal thoughts typically present with greater symptom severity, heightened guilt and shame, poorer functioning, and a higher risk of suicide attempts compared to those without such thoughts. Negative affect, or neuroticism—a stable personality trait characterized by a tendency toward negative emotions and heightened stress sensitivity—has been identified as a key risk factor in the onset and persistence of depression. Additionally, assessing quality of life, defined as individuals' perceptions of their position in life within cultural and value contexts, is crucial both for understanding the functional burden of depression and for evaluating treatment outcomes. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is among the most extensively studied treatments for depression. Although third-wave and transdiagnostic CBT approaches have placed greater emphasis on emotion, few are grounded in a strong theoretical framework of emotion. To address this gap, Power and Dalgleish (2008) introduced the SPAARS model, which conceptualizes emotion through the interaction of four representational systems: analogical, associative, propositional, and schematic. Building on this model, Shameli and colleagues (2025) developed and validated an emotion-focused cognitive-behavioral therapy (CBT) protocol that integrates established techniques with contemporary emotion research. The present study investigates whether this protocol can reduce negative affect and suicidal ideation while improving the quality of life among adolescents with depression.

### Method

Psychological difficulties in childhood and adolescence have increased in recent years, with adolescent depression showing a notable rise in prevalence over the past decade. Among its diagnostic symptoms is suicidal ideation—thoughts and beliefs and self-talk related to ending one's life represents a particularly severe clinical concern. Depressed adolescents experiencing suicidal thoughts typically present with greater symptom severity, heightened guilt and shame, poorer functioning, and a higher risk of suicide attempts compared to those without such thoughts. Negative affect, or neuroticism—a stable personality trait characterized by a tendency toward negative emotions and heightened stress sensitivity—has been identified as a key risk factor in the onset and persistence of depression. Additionally, assessing quality of life, defined as individuals' perceptions of their position in life within cultural and value contexts, is crucial both for understanding the functional burden of depression and for evaluating treatment outcomes. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is among the most extensively studied treatments for depression. Although third-wave and transdiagnostic CBT approaches have placed greater emphasis on emotion, few are grounded in a strong theoretical framework of emotion. To address this gap, Power and Dalgleish (2008) introduced the SPAARS model, which conceptualizes emotion through the interaction of four representational systems: analogical, associative, propositional, and schematic. Building on this model, Shameli and colleagues (2025) developed and validated an emotion-focused cognitive-behavioral therapy (CBT) protocol that integrates established techniques with contemporary emotion research. The present study investigates whether this protocol can reduce negative affect and suicidal ideation while improving the quality of life among adolescents with depression.

### Results

The mean ages of participants in the experimental and control groups were 15.67 and 15.20 years, respectively. The mean pre-test and post-test scores for negative affect in the experimental group were 30.87 and 20.40, respectively, while in the control group, they were 29.00 and 25.20. For suicidal ideation, the experimental group had mean pre-test and post-test scores of 24.87 and 14.40, respectively, compared to 26.07 and 22.53 in the control group. Regarding quality of life, the experimental group's mean pre-test and post-test scores were 70.20 and 88.13, respectively, whereas the control group scored 71.87 and 78.47. A comparison of post-test scores between the two groups indicated that the experimental group showed greater improvement than the control group.

To assess the statistical significance of these findings, inferential statistics were employed. Since the study involved one independent variable with two levels and three dependent variables, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was conducted. The assumptions for covariance analysis—including interval-level measurement of covariates and dependent variables, independence of observations, normal distribution of variables, homogeneity of variance–covariance matrices (Box's M test), and equality of variances (Levene's test)—were satisfied. The MANCOVA results revealed significant differences between the post-test scores of the dependent variables in the experimental and control groups (Wilks' Lambda = .315, $F(3, 23) = 16.634$, $p < .01$, partial $\eta^2 = .685$). Thus, the overall hypothesis that significant differences exist between pre-test and post-test scores across the experimental and control groups was supported. To further examine the effect of the independent variable on each dependent variable individually within the MANCOVA framework, follow-up ANCOVAs were

conducted. The results indicated significant differences between the experimental and control groups in post-test scores of negative affect ($F (1, 25) = 41.616$, $p < .01$, partial $\eta^2 = .625$), suicidal ideation ($F(1, 25) = 30.281$, $p < .01$, partial $\eta^2 = .548$), and quality of life ($F(1, 25) = 20.413$, $p < .01$, partial $\eta^2 = .449$). These findings suggest that the emotion-focused cognitive-behavioral intervention was effective in reducing suicidal ideation and negative affect, as well as enhancing quality of life among depressed adolescents.

**Conclusion**

The present study aimed to evaluate the effectiveness of an emotion-focused cognitive-behavioral protocol based on the SPAARS model in reducing negative affect and suicidal ideation, as well as in enhancing the quality of life among depressed adolescents. The findings provide evidence supporting the efficacy of this intervention. The SPAARS emotional model, which underpins the protocol, posits that every emotional experience arises from basic emotions and is generated through two distinct pathways: an automatic associative pathway and an appraisal-based schematic pathway. Emotional disorders, such as depression, are thus understood to result from dysfunctions within these pathways. In line with this framework, the first two sessions of the protocol focus on establishing a therapeutic alliance and conducting a comprehensive assessment to identify the patient's core emotional difficulties. Subsequent sessions concentrate on increasing awareness of basic emotions, clarifying the importance and function of each emotion, developing meta-emotional skills, and modifying cognitions or behaviors that contribute to maladaptive emotion regulation. From the seventh session onward, treatment focused on identifying problematic emotions, eliciting and experiencing them within the therapeutic context, and fostering healthier emotional pathways. This study has certain limitations. The sample was restricted to depressed adolescents with suicidal ideation in Isfahan Province, which may restrict the generalizability of the findings. Therefore, replication across broader age groups and diverse geographical regions is recommended. Furthermore, this protocol can be applied as a transdiagnostic intervention for a range of comorbid emotional disorders. Future studies are encouraged to examine its effectiveness in these contexts.

## Ethical Considerations

**Compliance with Ethical Guidelines:** The study was approved by the Ethics Committee of Allameh Tabataba'i University (Ethical Code: IR/ETHICS.2024.78710.1045). Prior to treatment, detailed information regarding study procedures and session requirements was provided to adolescents and their parents, and written informed consent was obtained. Participants in the control group (waiting-list) were monitored weekly for suicidal risk, and any escalation of suicide-related symptoms prompted referral for immediate crisis intervention. After completion of the protocol and post-test assessments, therapeutic sessions were also offered to the control group. Furthermore, participants assessed as being at high risk for suicide were withdrawn from the study and referred for urgent crisis management.

**Funding:** This study was conducted without financial support from any institution or organization.

**Authors' Contribution:** The first author served as the principal researcher of this study. The second and third authors acted as supervisors, while the fourth and fifth authors served as advisors. This article is derived from the first author's doctoral dissertation in Clinical Psychology at Allameh Tabataba'i University.

**Conflict of Interest:** The authors declare that they have no conflicts of interest.

# Contents

## “Some Gueries In Clinical Psychology And Personality”


**The Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy Based on the SPAARS Model on Suicidal Ideation, Negative Affect, and Quality of Life in Depressed Adolescents**

*Shameli, M.H., Borjali, A., Isamorad, A., Afshari, A. and Asgari, M.* ..... ٣٥٠

**Investigating the Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) of the Brain on Impulsivity and Working Memory in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)**

*Mosallaei Pour Yazdi, M. and Saeidmanesh, M.* ..... ٣٤٧

**Comparing the Effects of Mindfulness-Based Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder**

*Dalili, Z., Bayazi, M.H. and Samari, A.A.* ..... ٣٤٣

**Presenting a Model of Love Trauma Syndrome Based on Childhood Abuse Experiences: Examining the Mediating Role of Early Maladaptive Schemas**

*Soleimani, E., Abbasi, Z. and Rostami, M.* ..... ٣٤٠

**The Role of the Dark Triad of Personality, Competitiveness, and Moral Intelligence in Students' Schadenfreude**

*Pourmohseni Koluri, F., Nemati, L. and Hadian Shibabandani, S.* ..... ٣٣٧

**Evaluation the Structural Model of Obsessive-Compulsive Syndrome based on Traumatic Childhood Experiences, Cognitive Fusion, and Ambiguity Tolerance: The Mediating Role of Fear of Guilt**

*Aghajani, S., Zarei Nouroozi, M., Noori Lasaki, Sh. and Moradi, M.* ..... ٣٣٤

**The Effectiveness of Emotion Regulation on Mental Health and Marital Satisfaction in Mothers' Children with Autism Spectrum Disorder**

*Taghvaeinia, A. and Travian, S.* ..... ٣٣١

# Contents

**Predicting Suicide Probability in Adolescents Based on Meaning in Life with the Mediation of Resilience and Cognitive Emotion Regulation**

*Ramzanzadeh Badeleh, Z., Souraki, S.M.H. and Janbozorghi, M.* .....۳۲۸

**Comparing the Effects of Self-Compassion Training and Cognitive Restructuring Training on the Self-Efficacy of Students with Test Anxiety**

*Khaknezhad, M., Samari, A.A. and Nayiri, M.* .....۳۲۳

**Effect of Adding Olfactory Training to Davanloo's Dynamic Psychotherapy on defense styles in Aggressive adolescents: A Single-Subject Comparative Design**

*Rayatdoust, M., Taher, M., Hosseinkhanzadeh, A.A. and Tabatabaee, S.M.* .....۳۲۰

**Structural Model of Mental Toughness based on Emotional Creativity with the Mediating Role of Rumination in Mothers of Adolescents with Autism**

*Karami, Z., Moazedian, A., Ziyari, R. and Jahan, F.* .....۳۱۷

**Post-Traumatic Growth in Mothers of Children with Intellectual Disabilities: The Role of Personality Traits with the Mediating Effect of Self-Compassion**

*Aslami, E.* ..... ۳۱٤

**The Effectiveness of Integrated Cognitive Behavioral-Based Acceptance and Commitment Therapy (CBT-ACT) on Sexual Performance and Self-Esteem in Women with Vaginismus**

*Alizadeh Birjandi, Z. and Nadeali, Z.* ..... ۳۱۱

**Structural Model of the Relationship Between Attachment Styles and Obsessive-Compulsive Symptoms: The Mediating Role of Alexithymia and Cognitive Flexibility**

*Mohammadi, M., Firoozi, M. and Rostami, R.* ..... ۳۰۸

**Effectiveness of Integrative Body-Mind-Spirituality (IBMS) Intervention on Quality of Life, Psychological Distress, and Intolerance of Uncertainty in Women with Polycystic Ovary Syndrome**

*Ghasemkhanloo, A., Eissazadegan, A. and Soleimani, E.* ..... ۳۰٥

# Contents

## “Personality and Clinical Evaluation”


**From Confirmatory Factor Modeling to Machine Learning: A Multi-Method Examination of the Factor Structure and Psychometric Properties of the PSS-10**

*Yousefi, N., Pirkhaefi, A., Yousefi, M. and Ahmadi Khave, E.* ..... ۳۰۲

**Investigating the Psychometric Properties (Validity and Reliability) of the Student Stress Questionnaire (SSQ)**

*Yaghubi, H., Noori, S. and Abbasi, R.* ..... ۲۹۹

**Examining the psychometric properties of the Persian version of the Self-Connection Scale (SCS-P)**

*Ahmadi, S.A., Bahmani, B., Jafari, P., Bidhendi Yarandi, R. and Kheirkhah Alavi, S.M.* ..... ۲۹۶


## “Culture and Knowledge Expanding In Personality And Clinical Psychology”


**Rethinking Cognitive Distortions in Light of Logical FallaciesIntroduction**

*Pashaei, M.J.* ..... ۲۹۳

# In The Name Of God


## Journal of Clinical Psychology & Personality

Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27

***License Holder:*** *Shahed University*

***Chairman:*** *Rasol Roshan Chesli*

***Editor-in-Chief:*** *Rasol Roshan Chesli*

***Administrative Assistant:*** *Maryam Qasempour*

***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 MethodsAllameh 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