

□ نقش واسطه‌ای تاب آوری در ارتباط اضطراب مرگ و سلامت عمومی نوجوانان مهاجر عراقی متأثر از جنگ با

داعش

دکتر منصوره حاج حسینی، زاکاوسلیم احمد، دکتر جواد اژه‌ای، دکتر زهرا نقش ۲۴۲

□ نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین روان‌سازدهای ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی

دکتر محمدعلی بشارت، سمیرا کشاورز، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی، الهام عربی ۲۵۶

□ نقش واسطه‌ای بی‌اشتیاقی اخلاقی در رابطه بین صفات تاریک شخصیت و استعداد خیانت زناشویی

دکتر سجاد بشرپور، میرنادر میری ۲۷۱

□ الگوی معنوی/ مذهبی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (MS): مطالعه کیفی

دکتر زهرا عبدخدایی، دکتر شهریار شهیدی، دکتر محمدعلی مظاهری، دکتر لیلی پناغی، دکتر وحید نجاتی ۲۸۷

□ نقش واسطه‌ای سبک‌های پردازش هویت در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

حمیده محمدی، دکتر محبوبه فولادچنگ ۳۰۸

□ رابطه ادراک از سبک‌های والدینی با تاب آوری: نقش واسطه‌ای عاملیت انسانی

مامک مهدوی مزده، دکتر الهه حجازی، دکتر زهرا نقش ۳۲۶

□ رابطه بین باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی: نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی

ابوالفضل دهقان، دکتر مسعود غلامعلی لواسانی، دکتر یاسر مدنی ۳۴۴

□ معرفی کتاب ۳۵۸

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر (عج)، بالاتر

از پارک وی، ایستگاه پسیان، پلاک ۲۹۹۳

مکاتبات: تهران - صندوق پستی: ۶۱۹-۱۳۱۸۵

پست الکترونیکی مجله:

journal@iranapsy.ir

شماره حساب بانکی:

حساب جاری شبا ۹۶ ۷۴۲۱ ۷۴۴۹ ۸۴

بانک ملت، شعبه محمودیه (۶۵۳۷۵) تهران

مجله اشتراک چاپی ندارد

درجه «علمی - پژوهشی» در جلسه مورخ ۱۳۷۸/۱۱/۴
 کمیسیون «بررسی نشریات علمی کشور» به «مجله روانشناسی»
 اعطاء گردید. این درجه در تاریخ‌های ۱۳۸۳/۱۰/۱۲،
 ۱۳۸۹/۲/۱۲ و ۱۳۹۱/۱۰/۲۶ تمدید گردید. همینطور از سوی
 شورای راهبردی پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) در
 جلسه مورخ ۱۳۸۸/۲/۱۸ این شورا، «مجله روانشناسی» به عنوان
 نشریه نمایه شده ISC و ایران ژورنال مورد تأیید قرار گرفت
 و دارای «ضریب تأثیر» (IF) می‌باشد. این مجله همچنین
 ایندکس APA براساس نامه مورخ ۳۱ آگوست ۲۰۰۹ گردید.

نقش واسطه‌ای تاب آوری در ارتباط اضطراب مرگ و سلامت عمومی نوجوانان مهاجر عراقی متأثر از جنگ با داعش □

The Mediating Role of Resilient in Relationship between Death Anxiety and General Health in Iraqi Immigrant Adolescents are Affected with ISIS War □

Mansoureh Haj Hosseini, PhD ✉

Zhakaw Salim Ahmed, MSc

Javad Ejei, PhD

Zahra Naghsh, PhD

دکتر منصوره حاج حسینی *

ژاکاوسلیم احمد *

دکتر جواد اژه‌ای *

دکتر زهرا نقش *

Abstract

The purpose of the current study was to investigate the mediating role of resilience in the relationship between death anxiety and general health. The method of this study was descriptive and in the framework of correlation of study of the path analysis. The population was all adolescents aged 14 to 18 year olds living in Iraqi-ISIS war refugee camps located in the Dibegh Erbil district of Kurdistan, Iraq in 2017, (520, N) and were selected by simple random sampling and 219 adolescents were selected. The participants responded to the Death Anxiety Scale (Templer, 1970), General Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg and Hiller, 1979), and Resilience Scale (Connor and Davidson 1979-1991). The data was analysed through a path analysis correlation. Results confirmed the negative relationship between EA and resilience, showing the favorable fit of the pattern of the relationship between death anxiety and general health anxiety and the mediating role of resilience among them. According to the results, due to resilience, death anxiety of adolescents affected by war can be reduced and steps can be taken in improving their general health.

Keywords: death anxiety, resilience, general health, adolescents, war refugee camp

چکیده

پژوهش حاضر باهدف شناسایی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه میان اضطراب مرگ و سلامت عمومی صورت پذیرفت. روش پژوهش توصیفی و در چارچوب طرح همبستگی تحلیل مسیر بود. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه نوجوانان عراقی (۱۸-۱۶) ساکن در کمپ آوارگان جنگ با داعش (کمپ دیبگه، واقع در اربیل عراق) در سال ۱۳۹۶ بود (N=۵۲۰). نمونه مورد مطالعه ۲۱۹ نفر از نوجوانان (۱۸-۱۶) بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده برگزیده شدند و به مقیاس اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۱۹۷۹ - ۱۹۹۱)، پاسخ گفتند. داده‌ها در طرح همبستگی تحلیل مسیر پردازش گردید. یافته‌ها معناداری رابطه معکوس اضطراب مرگ و تاب‌آوری را تأیید نموده و نشانگر برازش مطلوب نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در الگوی ارتباطی میان اضطراب مرگ و سلامت عمومی آنها بود. با توجه به یافته‌ها می‌توان به واسطه تاب‌آوری اضطراب مرگ نوجوانان متأثر از جنگ را کاهش داده و در بهبود سلامت عمومی آنان اقدام نمود.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، اضطراب مرگ، سلامت عمومی، نوجوانان مهاجرعراقی، جنگ با داعش

□ Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, I. R. Iran.

✉ Email:hajhosseini@ut.ac.ir

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۶/۲۷ تصویب نهایی: ۱۳۹۷/۳/۲۷

* گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران

● مقدمه

«جنگ» به‌عنوان یکی از خطرناک‌ترین و پرتنش‌ترین حوادث، پیوسته تهدیدی برای زندگی افراد به‌شمار می‌رود. جنگ و درگیری‌های نظامی، علاوه بر آسیب‌های جدی جسمانی، همواره مشکلات روان‌شناختی بسیاری را به همراه داشته است. چراکه آسیب‌های ناشی از جنگ حتی قبل از شروع آن و هنگام ترس از آغاز نبرد، شروع می‌شود (میرزمانی، ۱۳۸۸). جنگ با خود حوادث تلخ و خونباری چون کشتار، تخریب اماکن و بی‌خانمانی را به دنبال دارد. افراد در مناطق جنگی با وقوع مسائل ناگواری چون تخریب خانه‌ها و آوارگی، مسدود شدن راه‌ها، کمبود امکانات رفاهی و بهداشتی و شیوع بیماری‌ها، دست‌به‌گریبان بوده و در چنین وضعیتی ترس از مرگ و آواره شدن احتمال آسیب‌های روانی و عاطفی را افزایش داده و می‌تواند اثرات وسیع و عمیقی را بر سلامت عمومی همه سربازان، جانبازان، قربانیان و خانواده‌های آنان باقی بگذارد.

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ بیش از ۱۰ میلیون انسان در سراسر جهان آسیب‌های ناشی از جنگ را تحمل کرده‌اند. در این میان آوارگان جنگی نسبت به عموم مردم با مشکلات روانی بیشتری درگیر بوده و پژوهش‌های انجام‌شده در جنوب غربی آسیا که مکرراً با جنگ مواجه بوده‌اند؛ نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد آوارگان، مبتلابه اختلال‌های روانی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس و پرخاشگری هستند (پاین، کاستلو و ماستن، ۲۰۰۵). آوارگانی که در جنگ عزیزان و خانه‌های خود را ازدست‌داده‌اند، در خانه‌های موقت با کمترین امکانات رفاهی و بهداشتی اسکان می‌یابند. این در حالی است که شرایط خاص زندگی در کمپ مشکلات روان‌شناختی متعددی از جمله اضطراب مرگ، نایمنی، اضطراب و افسردگی را برای ساکنان آن فراهم می‌آورد. در این میان به نظر می‌رسد نوجوانان به دلیل شرایط روان‌شناختی خاص این دوره، در معرض آسیب بیشتری هستند (پاین و همکاران، ۲۰۱۵). چراکه نوجوانی سنی حساس در ایجاد و گسترش رفتارهای مقابله‌ای و پاسخ به نیازهای محیطی است (آکینزولا و اودوکا، ۲۰۱۴). این دوره به‌واسطه تغییرات سریع فیزیکی، روان‌شناختی و شناختی با انبوهی از چالش‌های مربوط به سلامت همراه است (احدی و بنی‌جمالی، ۱۳۸۸). در واقع این دوره به دلیل تغییرات شناختی و هیجانی، نوجوان را مستعد برخی مسائل روان‌شناختی چون اضطراب و افسردگی می‌کند و وقتی این تغییرات

با تنیدگی‌ها و بحران‌های روان‌شناختی حاصل از جنگ نیز همراه شود، سلامت عمومی نوجوان را بیشتر متأثر می‌سازد (احمد، فون‌کنورینگ و ساندلین-ولستن، ۲۰۰۸). بر اساس پژوهش احمد و همکاران (۲۰۰۸) نوجوانانی که در جنگ آمریکا علیه افغانستان و عراق یکی از والدین، یا هر دو والد را از دست داده‌اند، دچار آسیب‌های روان‌شناختی جدی چون «اختلال تنیدگی پس از سانحه»^۱، و پرخاشگری شده‌اند. آنجل، هایرن و اینگلبای (۲۰۱۴) در پژوهشی بر روی ۵۸ نوجوان ۱۰ تا ۱۷ ساله نشان دادند که نوجوانانی که در معرض جنگ و مشاهده مستقیم جنگ قرار داشتند در مقایسه با نوجوانانی که مستقیم درگیر جنگ نشده‌اند، بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی پایین‌تر و اقدام به خودکشی در آنان بالاتر است. شیف و همکاران (۲۰۱۵) نشانه‌های «اختلال تنیدگی پس از سانحه»، اضطراب مرگ، سوءمصرف مواد و درگیری در خشونت را در ۱۰۷ نوجوان ۱۳ تا ۱۷ ساله آسیایی درگیر بررسی کردند و نشان دادند که نوجوانانی که در مناطق جنگی حضور دارند، احتمال بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز چون خودکشی، سوءمصرف مواد، و رفتارهای خشونت‌آمیز در آنان دو برابر بیشتر از سایر نوجوانانی است که شاهد جنگ نبوده‌اند.

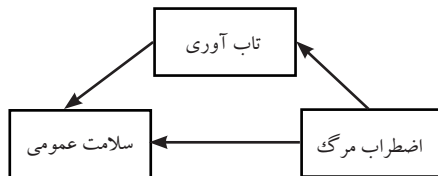
از جمله مسائلی است که در افراد درگیر با سوانح مخاطره‌آمیز و حوادث تلخ چون جنگ دیده می‌شود، «اضطراب مرگ»^۲ است. اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ در مورد افراد مهم زندگی است (گیبیر، ۲۰۰۲). این اختلال به‌سادگی قابل توضیح نبوده و مفهومی پیچیده شامل ترس از مرگ خود و دیگران است. در واقع با وجود آنکه مرگ یک واقعیت بیولوژیکی و قطعی برای همگان بوده و به‌عنوان رخدادی طبیعی قابل درک است، احساسات در مورد مرگ، به از دست دادن عزیزان مربوط بوده و ریشه در عواطف انسانی و اجتماعی دارد و از این‌رو روی اندیشیدن به مرگ برای برخی ترسناک بوده و اغلب افراد ترجیح می‌دهند در مورد آن فکر نکنند (گیلیوت، شمشیل و بامیستر ۲۰۰۶).. اضطراب مرگ زمانی بروز می‌کند که فرد به‌شدت در مورد مرگ، ترک کردن دنیا و زندگی پس از آن تأمل می‌کند و این تفکر سبب افزایش بار مسئولیت فرد برای یافتن هدف از زندگی شده و زندگی، رفتار و اهداف را متأثر از خود می‌سازد. علاوه بر آن اضطراب مرگ ممکن است منجر به احساس بیگانگی و انزوا از زندگی و جهان و ترس از رخدادهای ناشناخته پس از مرگ بینجامد (نورکراس و پروچسکا، ۱۳۸۸). پژوهش‌های موجود نیز

ارتباط معنادار اضطراب مرگ را با بیماری‌های روانی، و معناداری زندگی با سلامت عمومی تأیید کرده‌اند. برای نمونه / استورجن و حاملی (۲۰۰۸) در پژوهش خود میان اضطراب مرگ و رگه اضطرابی رابطه معنادار یافتند. ومز و همکاران (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی نتیجه گرفتند که اضطراب مرگ و نشانگان اضطراب با افسردگی رابطه مستقیمی دارد. بنابراین برای افراد درگیر سوانح ناشی از جنگ و کسانی که سوانح تلخ از دست دادن عزیزی را تجربه کرده و در و موقعیت کشتار با ترس از مرگ خود یا اطرافیان مواجه شده‌اند، یا در جنگ خانه و سرپناه خود را ازدست داده، بی‌خانمان گشته و در شرایط ناخوشایند اسکان در سکونتگاه‌های موقت به سر می‌برند، می‌توان انتظار داشت با اضطراب مرگ بیشتری مواجه باشند. در این صورت باید پرسید کدام عوامل فردی و روان‌شناختی می‌تواند بر این اضطراب مؤثر بوده و در واقع کدام ویژگی شخصیتی یا روان‌شناختی در میزان آسیب‌پذیری یا مقاومت در چنین بحرانی دخالت دارد؟ و کدام خصیصه می‌تواند در مقاومت بیشتر آنها مؤثر بوده و آسیب‌های روان‌شناختی را کاهش دهد. چراکه مطابق با پژوهش‌هایی چون آل‌کرنای، لوویسل و شوایل (۲۰۰۷) ویژگی‌های شخصیتی و به تبع آن نوع ادراک فرد از بحران، بیشتر از خود بحران، در آسیب‌های احتمالی روان‌شناختی مؤثر است.

ازجمله ویژگی‌هایی که در این راستا می‌تواند موردتوجه قرار گیرد، «تاب‌آوری»^۳ است. چراکه تاب‌آوری را توانایی افراد بر پیشرفت علی‌رغم داشتن شرایط چالش‌برانگیز، خطرها و فشارها در زندگی توصیف نموده‌اند و آن در مورد کسانی به کار می‌رود که در معرض چالش قرار می‌گیرند، ولی مقاومت نموده و دچار اختلال نمی‌شوند. تاب‌آوری نشان دهنده توانایی فرد در حفظ تعادل فیزیکی و روانی است و به ادراک و باورهای اطلاق می‌گردد که فرد را در رویارویی با عوامل خطر محیطی و شرایط تنیدگی‌زا محافظت می‌کنند (جانسون، وود، گوودینگ، تایلور و تریر، ۲۰۱۱). گارمنزی (۱۹۸۵) تاب‌آوری را به‌عنوان انطباق موفق و سازگارانه علی‌رغم وجود خطرات و ناملایمات تعریف می‌کند (ماستن، ۲۰۰۱). لوتار (۲۰۰۸) نیز تاب‌آوری را نوعی ترمیم خود که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است، تعریف می‌کند. لوتر، سیستی و بکر (۲۰۰۰) تاب‌آوری را ظرفیت روبه‌رو شدن، غلبه کردن و حتی قوی‌تر شدن به‌وسیله تجربه مشکلات یا آسیب‌ها تعریف کرده‌اند (به نقل از کشاورزی و یوسفی، ۱۳۹۱). بر این اساس تاب‌آوری را می‌توان سازه‌ای مرتبط با ظرفیت

روان‌شناختی افراد را در مواجهه با ناملایمات و فشارهای زندگی دانست که مطابق با آن افراد با تهدیدهای مهم یا سختی‌های شدید روبرو می‌شوند، اما با وجود سختی‌ها و مشکلات مهم به سازگاری مثبت دست‌یافته و به‌جای آسیب‌جدی مقاومت مثبت کرده و پیشرفت می‌کنند و از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که مواجه‌شدن با خطر شرط لازم برای آسیب‌پذیری است، اما شرط کافی نیست بلکه این میزان تاب‌آوری فرد است که در تأثیر آسیب بسیار اهمیت دارد و از این‌روی ارتقاء تاب‌آوری می‌تواند منجر به رشد افراد در به دست آوردن مهارت‌های خود‌مدیریتی گردیده و تحمل آنها را در برابر مسائل و دشواری‌ها بهبود بخشد.

این نکته دربارهٔ افراد متأثر از جنگ، و به‌خصوص نوجوانانی که علاوه بر رخداد‌های ناخوشایند غارت و کشتار در مناطق جنگی مجبور به ترک خانه گردیده و در سکونت‌گاه‌های موقت آوارگان جنگی اسکان داده‌شده‌اند قابل‌توجه است. در این راستا اهمیت سلامت عمومی آنها، لزوم بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری را در رابطه میان اضطراب مرگ و سلامت عمومی ضروری می‌سازد. بر این اساس در پژوهش حاضر مطالعه مدل مفهومی زیر در نظر گرفته‌شده و علاوه بر بررسی رابطه اضطراب مرگ با تاب‌آوری و سلامت عمومی، به شناسایی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه میان آنها پرداخته شد.



شکل ۱. مدل مفهومی: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه اضطراب مرگ و سلامت عمومی

● روش

این پژوهش به روش غیرآزمایشی و به‌واسطه طرح همبستگی از نوع تحلیل مسیر صورت پذیرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل نوجوانان پسر و دختر در حال تحصیل (۱۴ تا ۱۸ سال) ساکن در کمپ دیبگه واقع در شهر اربیل کردستان عراق در سال ۱۳۹۶ هستند که به علت جنگ با گروه موسوم به داعش آواره شده و در اردوگاه ساکن گردیده‌اند (۵۲۰ نفر). در این پژوهش نمونه‌ای شامل ۲۱۹ نفر از نوجوانان پسر و دختر ۱۴ تا ۱۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از طریق فهرست اسامی نوجوانان حاضر

۵۲۰ نفر) در اردوگاه انتخاب شدند. جدول زیر نشان دهنده تعداد نمونه به تفکیک هر شهر است.

جدول ۱. حجم نمونه به تفکیک شهر

شهر	فراوانی	شهر	فراوانی
مخمور	۴۹	بغداد	۱۹
موصل	۵۸	بابل	۹
شنگال	۱۰	دیالی	۶
حویجه	۲۲	عانه	۴
القیار	۱۴	شراط	۸
کرکوک	۴	قراج	۲
صلاح‌الدین	۳	رمادی	۲
انبار	۲	مخمور	۱
فلوجه	۵	موصل	۱

● ابزار

□ الف: **مقیاس اضطراب مرگ**؛ (تمپلر، ۱۹۷۰)، ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس یک ابزار خود اجرایی متشکل از ۱۵ سؤال صحیح-غلط است. دامنه نمرات از صفر تا پانزده است و نمره زیاد معرف درجه بالایی از اضطراب مرگ است. ساجینو و کلاین (۱۹۹۶) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۱ گزارش کردند. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب باز آزمایی این مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است. ضریب اعتبار مقیاس مذکور در زبان عربی ۰/۶۸ گزارش شده است. اعتبار این مقیاس در پژوهش حاضر نیز در یک اجرای آزمایشی در بین گروهی از دانش‌آموزان جامعه تحقیق (n=۷۰) با روش آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۷۲ به دست آمد.

□ ب: **پرسشنامه سلامت عمومی**؛ این ابزار از ابزارهای غربالگری شناخته‌شده روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های روانی غیر سایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود. پرسشنامه سلامت عمومی دارای چهار مؤلفه فرعی است که هر کدام دارای هفت پرسش است. الف: علائم جسمانی، ب: علائم اضطرابی، ج: کارکردهای اجتماعی، د: علائم افسردگی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) ضریب

اعتبار باز آزمایی و آلفای کرونباخ برابر با $0/88$ به دست آمد. این پرسشنامه دارای جمله‌های ساده‌ای پیرامون وضعیت روانی فرد است (اصفهانی و همکاران، ۱۳۷۹). اعتبار این پرسشنامه در مطالعه صورت گرفته توسط شرر و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/85$ به دست آمده است. اعتبار پرسشنامه مذکور در زبان عربی $0/82$ گزارش شده است. در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار در یک اجرای آزمایشی در بین گروهی از دانش آموزان جامعه تحقیق ($n=70$) به روش آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با $0/83$ به دست آمد.

□ ج: **مقیاس تاب آوری**^۱: کانر و دیویدسون، این مقیاس را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۷۹ - ۱۹۹۱ در زمینه تاب آوری تهیه نمودند. سازندگان این ابزار بر این باورند که آن به خوبی می‌تواند افراد تاب آوری را از غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند. محمادی (۱۳۸۴) این ابزار را برای استفاده در ایران انطباق داده است. این ابزار ۲۵ گویه ۴گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و همیشه) دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (هرگز) تا چهار (همیشه) نمره گذاری می‌شود. تمام ماده‌های آن به صورت مستقیم نمره گذاری می‌شوند. حداقل نمره این آزمون صفر و حداکثر صد است. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد، (۱۳۸۶) بررسی اعتبار به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با $0/87$ و در هر دو پژوهش محمادی (۱۳۸۸) و رحیمیان‌بوگر (۱۳۸۵) $0/89$ به دست آمد. در زبان عربی ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس مذکور، $0/78$ گزارش شده و این ضریب در پژوهش حاضر نیز در یک اجرای آزمایشی میان گروهی از دانش آموزان جامعه تحقیق ($n=70$)، $0/88$ به دست آمد.

● یافته ها

جهت تحلیل داده‌ها علاوه بر شاخص‌های توصیفی از ماتریس همبستگی و روش تحلیل مسیر استفاده شد. (جدول ۲)

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی کل نمونه

متغیر	حداقل	حداکثر	میلگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
سلامت عمومی	۱/۵۶	۳/۷۶	۲/۱۹	۱/۴۱	-۰/۸۲	۱/۲۸
اضطراب مرگ	۰	۱	۰/۵	۰/۴۲	-۰/۱۰	۰/۵۶
تاب آوری	۲/۲۷	۳/۳۱	۲/۸۱	۰/۲۲	-۰/۰۲	-۰/۴۸

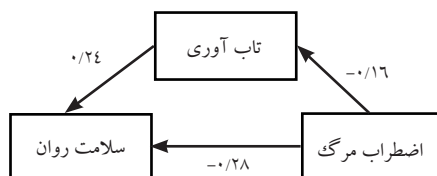
از آنجاکه مبنای تحلیل مدل‌ها، ماتریس همبستگی می‌باشد. بنابراین ماتریس همبستگی متغیرهای مورد بررسی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

تاب‌آوری	اضطراب مرگ	سلامت عمومی	
		۱	سلامت عمومی
	۱	-.۰/۱۹۲*	اضطراب مرگ
۱	-.۰/۲۱۱**	۰/۵۱۰**	تاب‌آوری

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

برای پیش‌بینی سلامت عمومی، الگوی مفهومی پیشنهاد شده از طریق تحلیل مسیر بررسی و از روش حداکثر احتمال برای برآورد الگو و از شاخص مجذور کای (X^2) شاخص مجذور کای بر درجه آزادی (X^2/df)، شاخص برازندگی انطباق (GFI)، شاخص تعدیل شده برازندگی انطباق (AGFI)، و مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)، برای برازندگی الگوها استفاده شد. ضرایب مسیر مدل بر اساس مسیرهای مستقیم، تغییر اضطراب مرگ از طریق متغیر واسطه‌ای تاب‌آوری روی سلامت عمومی در شکل ۲ آورده شده است. شکل نشان می‌دهد که اضطراب مرگ بر تاب‌آوری و تاب‌آوری بر سلامت عمومی و اضطراب مرگ بر سلامت عمومی اثر مستقیم معناداری دارد.



شکل ۲. رابطه متغیرها در مدل برازش شده

اثر غیرمستقیم اضطراب مرگ بر سلامت عمومی ($t=-۲/۸۹$) منفی و معنادار بوده، پس به‌طور کلی پس می‌توان گفت تاب‌آوری می‌تواند نقش واسطه‌ای در میان اضطراب مرگ و سلامت عمومی ایفا می‌کنند.

در جدول ۴، شاخص مجذور کای X^2 ، ۶/۳۷ است. همچنین مقادیر این شاخص‌ها در جدول ۴، $(AGFI=۰/۹۳)$ ($GFI=۱$)، نیز محاسبه شدند که این شاخص‌ها باید برابر یا بزرگتر از

(۰/۹) باشند تا مدل موردنظر پذیرفته شود. شاخص ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب (RMSEA=۰/۰۴)، به دست آمد. این شاخص برای مدل‌های خوب، کمتر از ۰/۰۵ و بالاتر از آن ۰/۰۸، نشان‌دهنده خطای تقریب معقول و معمولاً در مدل‌های ضعیف اندازه آن تا ۰/۱۰ است (هومن، ۱۳۸۴). با توجه به مقادیر به دست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که مدل با داده‌ها، برازش مناسبی دارد. پس می‌توان مدلی را که در مقدمه ارائه گردید را پذیرفته و برازش قابل قبول آن را تأیید نمود.

● بحث و نتیجه‌گیری

○ پیامدهای ناگوار ناشی از جنگ، آسیب‌های گوناگون و رخداد‌های ناخوشایند آن، آسیب دیدگان را در معرض مسائل حاد عاطفی روانی قرار داده و سلامت آنها را تهدید می‌نماید. از این‌رو پژوهش حاضر در مطالعه بر روی نوجوان ساکن در کمپ آوارگان جنگ عراق با دغدغه، به مطالعه الگوی ارتباط میان اضطراب مرگ با سلامت عمومی در آنها پرداخته و به‌ویژه با شناسایی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری، الگوی ارتباطی میان آنها را ارائه نموده است.

○ یافته‌های این پژوهش حاکی از معناداری رابطه منفی میان اضطراب مرگ با سلامت عمومی در نوجوانان ساکن در کمپ است. این یافته با نتایج پژوهش آنجل، هایرن و اینگلبای (۲۰۱۴) در مطالعه افراد متأثر از جنگ بوسنی و نتایج پژوهش شیف و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه نوجوانان متأثر از جنگ خاورمیانه همسو بوده و تأیید کننده آسیب روانی ناشی از تجارب ناخوشایند در وضعیت جنگی است و در تبیین آن باید یادآور شد که مشاهده مکرر حوادث خونین و تجربه مرگ عزیزان در جنگ، نه تنها نوجوانان را با اندوه از دست دادن نزدیکان و احساس تنهایی مواجه می‌سازد، می‌تواند زمینه‌ساز اضطراب مرگ در آنها شده و همان‌طور که یافته‌های این پژوهش نشان داده، می‌تواند منجر به افزایش شاخصه‌های افسردگی و اضطراب گردیده و در نهایت سلامت عمومی آنها را متأثر از خود سازد. آن‌طور که آنجل و همکاران (۲۰۱۴) تجربه حوادث تلخ جنگ در دوران نوجوانی را به‌عنوان پیش‌بینی کننده رفتار خودکشی در این گروه از افراد می‌دانند. شیف و همکاران (۲۰۱۵) نیز اضطراب مرگ را همراه با نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه، زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر چون خودکشی و اعتیاد در نوجوانان متأثر از جنگ برآورد می‌کنند. این

نکته بر پایه همبستگی علائم افسردگی و اضطراب مرگ در بزرگسالان نیز توسط پژوهش آرنا و همکاران (۲۰۰۵) تأیید گردیده است.

○ از سوی دیگر مطابق با الگوی ارتباطی به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، معناداری ارتباط منفی میان اضطراب مرگ و تاب‌آوری در نوجوانان تحت مطالعه تأیید می‌گردد. این یافته همسو با پژوهش‌های آل‌کرنایوی و همکاران (۲۰۰۷) و فورتنر و نیمیر (۱۹۹۹) نشانگر نحوه واکنش افراد به بحران بوده و مطابق با سلینگمن (۲۰۱۱) نشان‌دهنده آن است که پیامدهای هر تجربه مثبت یا منفی، علاوه بر نوع تجربه، به تفسیر فرد و توان ناشی از آن وابسته است. بر این اساس نقش تاب‌آوری در پژوهش آل‌کرنایوی و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه جوانان در معرض بحران‌های ناشی از حوادث طبیعی و جنگ، به‌عنوان عامل مؤثر در نحوه واکنش افراد به بحران مورد تأیید واقع شده و نشان دادند افراد تاب‌آور، آشفتگی‌های روان‌شناختی مانند تنیدگی، اضطراب و افسردگی کمتری داشته و کسانی که در تاب‌آوری نمره بالاتری کسب کرده‌اند، در هنگام رویاروی با بحران، تنیدگی و اضطراب کمتر دارند و می‌توانند به نحو کارآمدی با شرایط ناگوار ایجادشده سازگار شوند. این نکته توسط پژوهش فورتنر و نیمیر (۱۹۹۹) نیز تحت عنوان ارتباط مثبت اضطراب مرگ با مشکلات جسمی، اضطراب روانی و کیفیت زندگی پایین و از سوی دیگر با ارتباط منفی همان شاخصه‌ها با تاب‌آوری افراد، بیان گردیده است.

○ این موضوع با یافته دیگر تحقیق مبنی بر رابطه مثبت میان تاب‌آوری و سلامت عمومی تأیید گردیده و همسو با یافته‌های پژوهشی آبراموئیتز (۲۰۰۹)، داویدوف، استیوارت، ریچی و چاندیو (۲۰۱۰)، آزادی و آزاد (۱۳۹۰) شجاعی، به پژوه، شکوهی یکتا و غباری (۱۳۹۱)، پورسردار، عباسپور، عبدی زرین و سنگری (۱۳۹۱) پورن‌سایبی، ربیعی و ستوده (۱۳۹۲) و میرزمانی (۱۳۸۸)، حاکی از نقش تاب‌آوری در سلامت عمومی است. چراکه افراد تاب‌آور در هنگام مسائل دارای خصوصیتی هستند که آنها را قادر به تحمل مثبت نموده، کمتر فاجعه‌سازی می‌کنند و لذا در بازگشت از رخداد منفی و ساماندهی توان خود در برابر مشکل توانمندتر هستند (کاپلان ۲۰۰۵). افراد تاب‌آور قادرند به‌جای فاجعه‌سازی از روش‌های فعال کنار آمدن استفاده کنند برای مسائل خود راه‌حل‌های موقتی بهینه بیابند و در مواقع لزوم از دیگران کمک بگیرند (ماستن ۲۰۰۱). از این‌روست که در یافته‌های پژوهشی

داویدوف، استیوارت، ریچه و چاندیو (۲۰۱۰) بر اثر مثبت تاب‌آوری افراد به‌عنوان بخشی از سازگاری روان‌شناختی افراد بر سلامت عمومی بالا و اثر کاهشی آن بر اضطراب و افسردگی تأکید می‌گردد و زمانی (۱۳۸۸)، بر اساس پژوهش خود معتقد است مهم‌ترین اقدام عملی برای کاهش هر چه بهتر آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از جنگ، تقویت تاب‌آوری بازماندگان جنگی است.

○ افزون بر همه، یافته دیگر پژوهش در تأیید معناداری نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در ارتباط میان اضطراب مرگ و سلامت عمومی نشان‌دهنده اثر تاب‌آوری در کاهش آسیب روان‌شناختی اضطراب مرگ بوده و آن‌طور که یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد می‌تواند به‌جای اثر افزایشی اضطراب مرگ بر روی افسردگی و اضطراب فراگیر، منجر به کاهش این شاخصه‌ها گردیده و با سلامت عمومی بالاتر نمود یابد. چراکه تاب‌آوری ظرفیت روبرو شدن، غلبه کردن و حتی قوی‌تر شدن به‌وسیله تجربه مشکلات یا آسیب‌ها است (کشاورزی و یوسفی، ۱۳۹۱). نوجوانان تاب‌آور توان بالاتری در مهار عواطف منفی چون خشم و پرخاشگری دارند و لذا در برابر مسائل مقاومت می‌کنند (هاشمی و اکبری، ۱۳۹۶). کمتر دچار احساس شکست و افسردگی می‌شوند، در برابر مسائل به دنبال راهبردهای کارآمد هستند و از تلاش دست برنمی‌دارند (ماستن، ۲۰۱۴). بر این اساس و آن‌طور که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد نوجوانان به‌واسطه تاب‌آوری خود با شرایط تأسف‌بار جنگ و رخداد‌های ناخوشایند آن بهتر کنار می‌آیند، و به‌تبع آن بیشتر قادرند عواطف منفی خود را مهار نموده و آسیب کمتری را تجربه کنند. بنابراین درباره نوجوانان متأثر از جنگ، می‌توان امیدوار بود که به‌واسطه افزایش تاب‌آوری، آنها را در برابر رخداد‌های ناخوشایند توانمند ساخته و به آنها کمک کنیم فعالانه در برابر آسیب‌های ناشی از جنگ مقاومت کنند و سلامت خود را حفظ نمایند.



یادداشت‌ها

- | | |
|--|------------------------|
| 1. post-traumatic stress disorder (PTSD) | 2. death anxiety |
| 3. resiliency | 4. Death Anxiety Scale |
| 5. General Health Questionnaire (GHQ-28) | 6. Resilience Scale |

● منابع

احدی، حسن، بنی‌جمالی، شکوه السادات (۱۳۸۸). روان‌شناسی رشد: مفاهیم بنیادی در روان‌شناسی کودک.

تهران: جیحون.

رحیمیان بوگر، اسحاق و اصغر نژاد، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت عمومی در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *مجله روانپزشکی روانشناسی بالینی ایران*، ۴ (۱)، ۷۰-۶۷.

آزادی، سارا و آزاد، حسین (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام. *طب جانباز*.

پورسردار، فیض‌الله؛ عباسپور، ذبیح‌اله؛ عبدی زرین، سهراب و سنگری، علی اکبر (۱۳۹۱). تأثیر تاب‌آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی، یک الگوی روان‌شناختی از بهزیستی. *فصلنامه یافته، ۱*، (۸۵)، ۸۱-۸۹. سامانی سیامک، جوکار بهرام، صحرارگد نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت عمومی و رضایت‌مندی از زندگی. *اندیشه و رفتار*، (۳) ۱۳، ۳؛ ۲۹۰ - ۲۹۵.

شجاعی، ستاره، به پژوه، احمد، شکوهی یکتا، محسن؛ و غباری، محسن (۱۳۹۱). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روانی بر اساس تاب‌آوری در خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان باکم‌توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۹۱. *فصلنامه افراد استثنایی*، (۲۹) ۲، ۴۶.

شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۷۱). *درآمدی بر روانشناسی انسان*. تهران: انتشارات آزاد. کشاورزی، سمیه؛ یوسفی، فریده (۱۳۹۱). رابطه بین هوش عاطفی، هوش معنوی و تاب‌آوری. *فصلنامه روانشناسی*، ۱۶ (۳)، ۳۱۸-۲۹۹.

محمدی، مسعود (۱۳۸۸). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوریدر افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. پایان‌نامه دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

میرزمانی، سیدمحمود (۱۳۸۸). اصول رسیدگی به مشکلات روانی در مناطق جنگی. *مجله طب نظامی*، ۲۱، ۲۱۷. هاشمی، سهیلا. اکبری، عباس (۱۳۹۶). مدل علی برای ابعاد طرح ارتباطی خانواده، تاب‌آوری، مهارت مهار خشم با گرایش به خشونت، *مجله روانشناسی*، ۲۱ (۳)، ۲۸۴-۲۹۹.

هومن، حیدرعلی، (۱۳۸۴). *مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل*. تهران: سمت.

Abramovitz, M. (2009). Humor can heal. *Current Health* 2, 27 (4), 25.

Aker, J. L., & Lee, A. Y. (2006). Understanding regulatory fit. *Journal of Marketing Research*, 43, 15-19.

Ahmad, A., von Knorring, A. L., & Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder in Kurdistanian children and their parents in

- homeland and exile: An epidemiological approach. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), 457-463. doi: 10.1080/08039480801984305
- Akinsola, F.A., & Udoka, P.A (2014). Parental influence on social anxiety in children and adolescents: Its assessment and management using psychodrama. *Psychology*, 4(03), 246257-. doi: 10.4236/psych.2013.43A037
- Al-Krenawi, A., Lev-Wiesel, R., & Sehwal, M. A. (2007). Psychological symptomatology among Palestinian adolescents living with political violence. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 27-31. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00416.x
- Angel, B., Hjerm, A., & Ingleby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 4-15.
- Arean, A. P., Ayalon, L., Hunkeler, E., Lin, B. H. E., Tang, L., Harpole, L., & Unutzer, J. (2005). Improving depression care for older, minority patients in primary care. *Medical Care*, 43(4), 381-390.
- Conner, K., M. & Davidson, j. R. T. (2003). Development of a new resilience scale the Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. doi: 10.1002/da.10113.
- Davydov, M. D., Stewart, R., Ritchie, K., & Chandieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411.
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 167-182.
- Gailliot, MT, Schmeichel, B.J, & Baumeister, R.F. (2006). Self-regulatory processes defend against the threat of death effects of self-control depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(1): 49-62. doi: 10.1037/0022-3514.91.1.49
- Garnezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Gire, J. T. (2002). How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. In: W. J. Lonner, D. L., Dinnel, S. A., Hayes, & D. N. Sattler (Eds.). *Online Readings in Psychology and Culture*.
- Goldberg D. P., & Hillier V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2011). Resilience

- to sociality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31, 563–591. doi: 10.1016/j.cpr.2010.12.007
- Lau, L. W. R., & Cheng, S. (2011). Gratitude lessens death anxiety. *European Journal of Ageing*, 8, 169-175.
- Lehto, H. R., & Stein, F. K. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23(1), 23-41.
- Luthar, S. S. (2005). *Resilience at an early age and its impact on child psychosocial development*. Retrieved July 17, 2009 from: <http://www.child-encyclopedia.com/pages.PDF/LuttarANGxp.pdf>.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A.S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth . *Child Development*, 85, 6-20.
- Pine, D. S., Costello, J., & Masten, A. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: The effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology*, 30(10), 1781-1792. doi:10.1038/sj.npp.1300814f
- Saggino, R. & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52,329-333.
- Schiff, M., Pat-Horenczyk, R., Benbenishty, R., Brom, D., Baum, N., & Astor, R. A. (2015). High school students' posttraumatic symptoms, substance abuse and involvement in violence in the aftermath of war. *Social Science & Medicine*, 75, 1321–1328.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82: 165-177.
- Weems, C. F., Russell, J. D., Neill, E. L., Berman, S. L., & Scott, B. G. (2015). *Existential anxiety among adolescents exposed to disaster: Linkage with level of exposure and psychological symptoms*. Manuscript Submitted for Publication.



نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین روان‌سازدهای ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی □

Mediating Role of Perceived Social Support between Early Maladaptive Schemas and Quality of Life □

Mohammad Ali Besharat, PhD
Samira Keshavarz, MSc □
Masoud Gholamali Lavasani, PhD
Elham Arabi, MSc

دکتر محمدعلی بشارت*
سمیرا کشاورز*
دکتر مسعود غلامعلی لواسانی*
الهام عربی*

Abstract

The purpose of this study was to examine the mediating role of perceived social support in the relationship between early maladaptive schemas and quality of life. The method of present study was descriptive-correlational and population comprised general population of Shiraz city. Three hundred and ninety one individuals (182 men, 209 women) were selected through convenience sampling method. Subjects were asked to complete the Schema Questionnaire (Young & Brown, 1999), Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF, 1998) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, et al, 1988). Data analysis was accomplished by path analysis. Results showed that perceived social support has mediating role between disconnection/ rejection domain, impaired limits domain ($p < 0/01$) and being other-directed domain ($p < 0/05$) with quality of life. Based on findings, it can be concluded that early maladaptive schemas influence quality of life through perceived social support. Therefore, perceived social support and early maladaptive schemas should be the core of clinical focus in improving quality of life.

Keywords: early maladaptive schemas, perceived social support, quality of life

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین روان‌سازدهای ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی بود. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و جامعه آماری جمعیت عمومی شهر شیراز بود که از بین آنها ۳۹۱ نفر (۲۰۹ زن و ۱۸۲ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از شرکت‌کنندگان در پژوهش خواسته شد که پرسشنامه روان‌سازدهای یانگ و براون (۱۹۹۹)، مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) را تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از الگو یابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین حوزه‌های بریدگی/ طرد، خود پیروی مختل شده ($p < 0/01$) و حوزه دیگرجهت‌مند ($p < 0/05$) با کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای دارد. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت روان‌سازدهای ناسازگار اولیه از طریق تأثیر بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. بنابراین، بهتر است روان‌سازدهای ناسازگار اولیه و حمایت اجتماعی ادراک‌شده برای بهبود کیفیت زندگی افراد مورد توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: روان‌سازدهای ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی

□ Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, I. R. Iran.
□ Email: samirakeshavarz89@yahoo.com

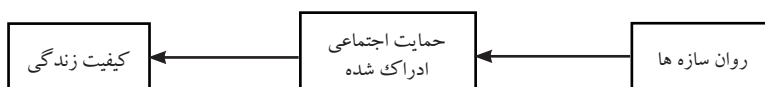
□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۸ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۲/۳۰
* گروه روانشناسی دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تهران

● مقدمه

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که تجارب اولیه زندگی بر کیفیت زندگی مؤثر است؛ از جمله این تجارب، آسیب روانی، بی‌توجهی به کودک، بدرفتاری‌ها و مصیبت‌های کودکی، دلبستگی و سبک‌های فرزند پروری است (تاکوچل و همکاران، ۲۰۱۱؛ جانوسک و همکاران، ۲۰۱۳؛ کورنی، ۲۰۱۶؛ مک لافلین و همکاران، ۲۰۱۰). مطابق نظر یانگ و براون (۲۰۰۳) انسان‌ها پنج نیاز اساسی دارند که در همه افراد بشر مشترک است. این نیازها عبارت‌اند از: ۱. دلبستگی ایمن، ۲. آزادی در بیان نیازها و هیجانات، ۳. خودانگیزگی^۱ و تفریح، ۴. خود پیروی^۲، کفایت و هویت و ۵. پذیرش محدودیت‌های واقع‌بینانه. ارضا نشدن مناسب این نیازها در کودکی منجر به شکل‌گیری روانسازهای ناسازگار اولیه می‌شوند که در قالب پنج حوزه قرار می‌گیرند. حوزه اول، بریدگی/طرد^۳ است که افراد دارای آن دلبستگی ایمن و رضایت‌بخشی را تجربه نکرده‌اند. حوزه دوم، خود پیروی و عملکرد مختل شده است که افراد دارای آن در جدا کردن خود از نماد والدین و رسیدن به عملکرد مستقل دچار مشکل هستند. حوزه سوم، محدودیت‌های مختل شده^۴ است؛ افرادی که در این دامنه قرار دارند محدودیت‌های درونی لازم جهت احترام متقابل را آموزش ندیده‌اند. حوزه چهارم، دیگرجهت‌مندی است که این افراد به جای ارضای نیاز خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند. حوزه پنجم، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری^۵ است و افرادی که در این دامنه قرار دارند که احساس‌ها و تکانه‌های خودانگیزخته را واپس‌زنی می‌کنند. طبق تحقیقات گذشته، روان‌سازهای ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و در نهایت فرد را مستعد بیماری‌های جسمی و اختلال‌های روانی می‌کند (تیم، ۲۰۱۰؛ ویرجیل زیگلر-هیل و همکاران، ۲۰۱۱؛ شوری و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریان و همکاران، ۲۰۱۵).

توجه به تجارب و ویژگی‌های مثبت و منفی افراد تحت عنوان کیفیت زندگی از اولویت‌های دولت‌های پیشرفته و سازمان‌های مرتبط با بهداشت جسمی و روانی بوده است. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵)، کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد تعریف می‌کند. در پژوهشی که در این زمینه در ایران صورت گرفت مشخص شد روان‌سازهای ناسازگار اولیه، عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی هستند (بشارت و

همکاران، ۱۳۹۴). اما کمبود پیشینه پژوهشی درباره نحوه و چگونگی این اثر باعث شد تا به بررسی سایر عوامل دخیل در رابطه این دو متغیر بپردازیم. مرور ادبیات گذشته متغیر حمایت اجتماعی را به عنوان عاملی که می‌تواند از روان سازه‌ها اثر گیرد، مطرح می‌کند. به عنوان مثال، در مطالعه ژانگ و همکاران (۲۰۱۷)، دلبستگی که ناشی از رفتار والدین و محیط کودک در سال‌های اولیه زندگی است و رابطه نزدیکی با روان سازه‌ها دارد، با حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنادار داشت. همچنین نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در بین دلبستگی و بیماری‌های جسمی و اختلال‌های روانی تأیید شده است (چی کوان مک و همکاران، ۲۰۱۰، بسر و نریا، ۲۰۱۲، ژو و همکاران، ۲۰۱۶). از طرف دیگر، مطالعات زیادی به طور مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی را عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی و یا مؤلفه‌های آن مطرح می‌کنند (ادیهبه و همکاران، ۲۰۱۷؛ استودارت و همکاران، ۲۰۱۶؛ اونالان و همکاران، ۲۰۱۵؛ هوارد و همکاران، ۲۰۱۷). الگوی ضربه‌گیری حمایت اجتماعی نیز که یکی از اولین نظریه‌های حمایت اجتماعی است، بیان می‌کند که پیوندهای اجتماعی ضعیف، موجب کاهش بازخورد می‌شود که در نتیجه فرد احساس گمگشتگی می‌کند و مستعد بیماری‌های زیادی می‌شود (آلمی و همکاران، ۲۰۰۲). ثریا و همکاران (۲۰۱۲)، حمایت اجتماعی را حمایتی که فرد به طور واقعی از شبکه اجتماعی دریافت می‌کند و متمرکز بر جنبه عینی و کمی است تعریف می‌کنند؛ درحالی‌که حمایت اجتماعی ادراک شده را برداشت فرد از حمایت اجتماعی می‌دانند که شامل احساس کیفی فرد و تجربه وی از حمایت اجتماعی است و در مطالعه حاضر مورد توجه بوده است. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در مورد متغیرهای مورد بحث، مشخص می‌شود روان سازه‌های ناسازگار اولیه به عنوان متغیر پیشبین می‌تواند بر کیفیت زندگی اثر بگذارد. در این بین متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، که از یک سو از روان سازه‌های ناسازگار اولیه تأثیر پذیرفته و از سوی دیگر بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد، به عنوان متغیر واسطه‌ای مطرح می‌شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر عبارت است از: تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین روان سازه‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی. در شکل ۱ الگوی پیشنهادی این پژوهش ارائه شده است.



شکل ۱. رابطه روان سازه‌ها و کیفیت زندگی با واسطه‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده

● روش

طرح پژوهش حاضر با توجه به هدف آن، که تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین روان‌سازهای ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی است، از نوع توصیفی-همبستگی است. به همین منظور، از روش تحلیل مسیر برای تعیین نقش متغیرهای واسطه‌ای استفاده شد. جامعه آماری جمعیت عمومی شهر شیراز و تعداد نمونه پژوهش ۳۹۱ نفر (۲۰۹ زن و ۱۸۲ مرد) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان زن ۱۷ الی ۷۰ سال با میانگین ۲۷ و در مردان دامنه سنی ۱۷ الی ۶۰ سال با میانگین ۲۷/۳ بود. نسبت افراد مجرد به متأهل ۶۵/۵ درصد به ۳۴/۵ درصد مشاهده شد. از لحاظ میزان تحصیلات ۲ درصد افراد نمونه دارای مدرک سیکل یا پایین‌تر، ۱۸/۲ درصد دارای مدرک دیپلم، ۶۰/۴ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم یا کارشناسی و ۱۹/۴ درصد نمونه دارای مدرک کارشناسی ارشد و یا دکتری بودند.

معیارهای ورود به پژوهش: دامنه سنی ۱۷ تا ۷۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به یک بیماری جسمی یا روانی جدی و تمایل فرد برای شرکت در پژوهش و معیار خروج شامل عدم تمایل آزمودنی برای ادامه پژوهش بوده است.

● ابزار

□ الف: پرسشنامه روان‌سازهای ناسازگار اولیه- فرم کوتاه^۶: فرم کوتاه روان‌سازۀ یانگ (SYQ-SF)، یانگ و براون، (۱۹۹۹) یک پرسشنامه ۷۵ سؤالی است. که ۱۵ روان‌سازۀ ناسازگار اولیه را می‌سنجد. اولین پژوهش جامع برای ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه توسط /شمیت و همکاران (۱۹۹۵) انجام شد. نتایج نشان داد برای هر روان‌سازۀ ناسازگار اولیه، ضریب آلفا از ۰/۸۳ (برای روان‌سازۀ خویشتن تحول نیافته/گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای روان‌سازۀ نقص / شرم) می‌باشد. ضریب اعتبار باز آزمایی نیز در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی (۲۵۲ دختر، ۱۳۵ پسر)، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی برای هریک از روان‌سازها در دامنه‌ای بین ۰/۶۹ (برای ایثار) تا ۰/۸۳ (برای وابستگی / بی‌کفایتی) به دست آمد (آهی و همکاران، ۱۳۸۶). روایی‌سازۀ همگرا و تشخیصی این پرسشنامه از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس اضطراب، افسردگی و اضطراب پارانویا

(SCL-25، بک و اپشتین، ۱۹۹۳) محاسبه شد.

□ ب: فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی^۷: مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- فرم کوتاه، (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت؛ ۱۹۹۸) به منظور ارزیابی و مشخص کردن عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی، بیماری و مرگ، تأثیرات امراض و اختلال‌های بر رفتار و فعالیت‌های روزمره و نیز میزان توانایی فرد در فرهنگ‌های مختلف ساخته شد. کیفیت زندگی را در چهار بعد «سلامت جسمانی»، «سلامت»، «روابط اجتماعی»، «سلامت محیطی» و دو سؤال در مورد «کیفیت زندگی کلی»، می‌سنجد. پاسخ تمامی سؤالات در اندازه‌های ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۵ (بینهایت) است؛ حداقل نمره فرد در این مقیاس ۲۶ و حداکثر آن ۱۳۰ محاسبه می‌شود. اسکورینگتون و همکاران (۲۰۰۴) و نیز ژائو و همکاران (۲۰۰۶)، نشان دادند که این مقیاس دارای روایی و اعتبار کافی است. نجات و همکاران (۱۳۸۵)، این مقیاس پس از ترجمه بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران اجرا گردید. مقادیر آلفای کرونباخ در تمام ابعاد مقیاس به استثنای بعد روابط اجتماعی بالای ۰/۷۰ به دست آمد؛ در بعد روابط اجتماعی آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود. همچنین ۹۵ نفر از آزمودنی‌ها به منظور تعیین اعتبار به روش باز آزمایی، به فاصله دو هفته مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. اعتبار در تمام ابعاد بالای ۰/۷۵ بود. نصیری (۱۳۸۵) در پژوهشی روی ۳۰۲ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز، ضریب اعتبار این مقیاس را به روش باز آزمایی، ۰/۶۷ و به روش تصیفی، ۰/۸۷ و به روش همسانی درونی ۰/۸۴ به دست آورد. در مجموع، ضرایب روایی و اعتبار به دست آمده حاکی از مناسب بودن این مقیاس برای کیفیت زندگی در بین جوانان ایرانی بود.

□ ج: مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)؛ زیمت و همکاران، (۱۹۸۸)^۸: این مقیاس یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع «خانواده»، «جتماع» و «دوستان» در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۷ (کاملاً مخالفم) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴؛ و در هر یک از زیرمقیاس‌های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۲۸ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (برای مثال برور و همکاران، ۲۰۰۸؛ چو، ۲۰۰۰). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس

در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی (۳۱۱ دانشجوی، ۴۳۱ عمومی)، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ماده‌های سه زیر مقیاس خانواده، اجتماع و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد. این ضرایب همسانی درونی این مقیاس را تأیید می‌کنند. همچنین این مقیاس دارای اعتبار باز آزمایی قابل قبولی می‌باشد (بشارت، ۱۳۸۶). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین سه عامل (حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان)، روایی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶).

● یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که بیشترین میانگین مربوط به کیفیت زندگی و کمترین آن مربوط به حوزه دیگرجهت مندی است.

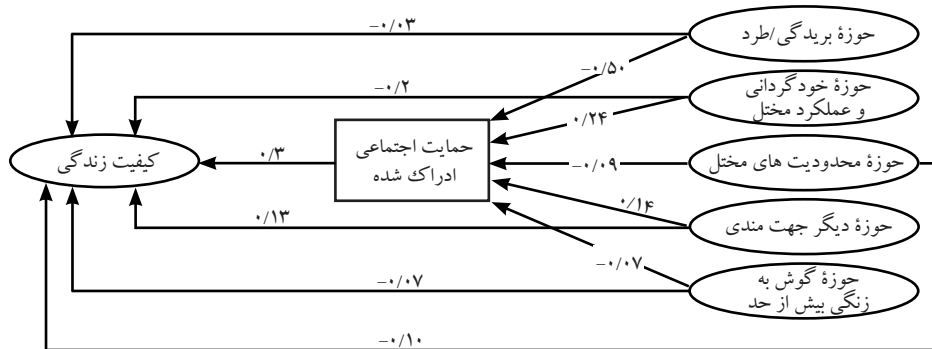
جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۸۸/۸۷	۱۱/۷۷
حمایت اجتماعی ادراک شده	۵۸/۱۵	۱۴/۵۹
حوزه بریدگی/طرد	۶۱/۰۵	۲۱/۷۴
حوزه خودپیروی و عملکرد مختل	۲۹/۵۰	۹/۵۲
حوزه دیگرجهت مندی	۲۷/۷۶	۸/۹۸
حوزه گوش به زنگی و بازداری	۳۱/۱۲	۹/۲۰

به‌منظور بررسی نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در بین روان سازه‌ها و کیفیت زندگی از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در این راستا، ابتدا ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم و سپس ضرایب استاندارد مسیرهای غیرمستقیم را برای این مدل محاسبه کردیم. شکل ۲ ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه پنج حوزه «روان‌سازه‌ای» و «کیفیت زندگی» را نشان می‌دهد. همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، حوزه خود پیروی مختل شده با ضریب استاندارد ۰/۳۷- به میزان ۷/۲۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۱$) حوزه دیگر جهت مندی با ضرایب استاندارد ۰/۱۳ به میزان ۱/۶۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۵$) را تبیین می‌کنند. همچنین «حمایت اجتماعی ادراک شده» با ضریب مسیر ۰/۳۷ به

میزان ۱۳/۶۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۱$) را تبیین می‌کند.

در مسیرهای مربوط به حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حوزه «بریدگی/طرد» با ضریب استاندارد $-۰/۵۰$ به میزان $۰/۲۵$ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ($p < ۰/۰۱$)، حوزه «نخود پیروی مختل شده» با ضریب استاندارد $۰/۲۴$ به میزان $۵/۷۶$ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ($p < ۰/۰۱$)، حوزه دیگر جهت مندی با ضریب استاندارد $۱۴/۰$ به میزان $۹۶/۱$ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ($p < ۰/۰۵$) را تبیین می‌کنند. در سایر مسیرها، حوزه بریدگی/طرد تنها با کیفیت زندگی و حوزه محدودیت مختل شده و حوزه گوش به‌زنگی در هیچ‌یک از دو مسیر رابطه معناداری نداشتند. پنج حوزه روانسازهای در قالب مدل نهایی ۱۶ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ۲۹ درصد از کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند.



شکل ۲. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین حوزه روان‌سازها و کیفیت زندگی

جدول ۲ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان‌سازها، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

میزان اثر باواسطه (غیرمستقیم) حمایت اجتماعی ادراک‌شده در بین روان‌سازها و کیفیت زندگی در جدول ۳ گزارش شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، اثر حوزه بریدگی/طرد، خودپیروی مختل شده، محدودیت مختل شده، دیگرجهت مندی و گوش به‌زنگی بر کیفیت زندگی به‌واسطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده به ترتیب به میزان $-۰/۱۰$ ، $-۰/۰۶$ ، $-۰/۰۴$ ، $۰/۰۶$ و $۰/۰۳$ است. نتایج نشان می‌دهد حوزه بریدگی/طرد، حوزه خودپیروی مختل شده ($p < ۰/۰۱$) و حوزه دیگرجهت مندی ($p < ۰/۰۵$) با کیفیت زندگی

به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنادار دارند.

جدول ۲. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیرهای مستقیم موجود در مدل مربوط به روان سازه، حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی

مسیر	b	β	t
اثر حوزه بریدگی / طرد بر حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۵	-۰/۱۹	-۲/۶۵**
اثر حوزه خودپیروی مختل شده بر حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۶	-۰/۱۷	-۲/۲۴*
اثر حوزه محدودیت های مختل شده بر حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۱۱	-۰/۱۹	-۳/۱۳**
اثر حوزه دیگرجهت مندی بر حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۳۲
اثر حوزه گوش به زنگی بر حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۱۱	۰/۱۷	۲/۸۳**
اثر حوزه بریدگی / طرد بر کیفیت زندگی	-۰/۰۹	-۰/۱۷	-۲/۳۸*
اثر حوزه خودپیروی مختل شده بر کیفیت زندگی	-۰/۱۱	-۰/۱۵	-۲/۰۹*
اثر حوزه محدودیت های مختل شده بر کیفیت زندگی	-۰/۱۲	-۰/۱۰	-۱/۶۴
اثر حوزه دیگرجهت مندی بر کیفیت زندگی	۰/۲۲	۰/۱۷	۲/۷۷**
اثر حوزه گوش به زنگی بر کیفیت زندگی	-۰/۱۶	-۰/۱۳	-۲/۱۷*
اثر حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی	۰/۴۱	۰/۲۰	۴/۰۱**

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

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیرهای غیر مستقیم موجود در مدل مربوط به نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده

مسیر	اثر غیر مستقیم	t	P
اثر حوزه بریدگی / طرد بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۱۰	-۵/۱۴	p < ۰/۰۱
اثر حوزه خودپیروی مختل شده بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۶	۲/۹۰	p < ۰/۰۱
اثر حوزه محدودیت های مختل شده بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۴	-۱/۴۱	p > ۰/۰۵
اثر حوزه دیگرجهت مندی بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۰۶	۲/۰۳	p < ۰/۰۵
اثر حوزه گوش به زنگی بر کیفیت زندگی به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۳	-۱/۱۱	p > ۰/۰۵

● بحث و نتیجه گیری

○ یافته‌های پژوهش نشان داد «حمایت اجتماعی/ادراک شده» در رابطه بین حوزه‌های بریدگی / طرد، خود پیروی مختل شده و حوزه دیگرجهت مندی با کیفیت زندگی نقش واسطه ای دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه حمایت اجتماعی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی (به‌عنوان مثال، کنگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ تام و همکاران، ۲۰۱۱؛ باسر و همکاران، ۲۰۱۶؛ وو و همکاران، ۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت:

طبق آنچه مدل ضربه‌گیری حمایت اجتماعی بیان می‌کند پیوندهای اجتماعی ضعیف، موجب کاهش بازخورد مثبت می‌شود و در نتیجه آن فرد احساس گم‌گشتگی می‌کند و مستعد بیماری‌های مختلف جسمی و روانی می‌شود. بنابراین، حمایت اجتماعی دریافت شده یا ادراک‌شده پایین، ابعاد سلامت روانی، سلامت جسمی و نیز روابط اجتماعی کیفیت زندگی را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد (آلمی و همکاران، ۲۰۰۲). در طول سال‌های اخیر تحقیقات زیادی نشان داده‌اند ساختار شبکه اجتماعی و کارکرد حمایتی در دسترس دارای پیامدهای مثبت زیادی است (کنگ و همکاران، ۲۰۱۶). به‌عنوان مثال، حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد با میزان کمتری از علائم آشفتگی و آسیب‌شناسی روانی (لیندورف، ۲۰۰۰)، علائم بیماری (دولبر و استین هارت، ۲۰۰۰) و نیز افزایش انطباق با بیماری گزارش شده است. تحقیقات هوردر و همکاران (۲۰۱۷)، نیز نشان داده حمایت اجتماعی پایین همچون انزوای اجتماعی باعث افزایش بیماری‌های قلب و عروق شده است. حمایت از طریق کاهش ارزیابی موقعیت‌ها به‌صورت تهدیدکننده و منفی و نیز افزایش توانایی مقابله در شرایط تنیدگی‌زا منجر به کاهش تجربه تنیدگی درونی (پیرس و همکاران، ۱۹۹۷) و در نهایت کاهش واکنش‌های فیزیولوژیکی (اوجینو، ۲۰۰۹) در زمان تنیدگی می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالا باعث افزایش کیفیت زندگی افراد می‌شود.

○ کسانی که روان‌سازه‌هایشان در حوزه بریدگی/طرد قرار دارد، نتوانسته‌اند دل‌بستگی ایمن و رضایت بخشی را در دوران کودکی تجربه کنند و این موضوع تا بزرگسالی ادامه دارد. این افراد در ارتباطات خود با دیگران، انتظار ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر ندارند (رضایی و همکاران، ۲۰۱۶). افرادی که در این حوزه نمرات بالایی کسب می‌کنند به دلیل عدم تجربه دل‌بستگی ایمن در کودکی، بعدها در دوران بزرگسالی دچار مشکلات ارتباطی شده، مدام روابط جدید ایجاد می‌کنند و از رابطه‌ای به رابطه دیگر پناه می‌برند. بنابراین، این افراد حمایت هیجانی (شامل اظهار همدلی، علاقه و نگرانی نسبت به شخص)، حمایت احترامی (وقتی مردم به فرد محبت نشان می‌دهند، وی را تشویق می‌کنند و یا با عقاید و یا احساسات او موافقت می‌کنند) و حمایت شبکه‌ای (به احساس عضویت در گروهی که علائق و فعالیت‌های اجتماعی را تقسیم می‌کند) را به دلیل نوع روان‌سازه‌شان دریافت

نمی‌کنند. همچنین طبق آنچه در مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده سنجیده می‌شود، این افراد در دریافت حمایت از دوستان و افراد مهم زندگی ناتوان هستند. مطالعه بر/زننده و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد که حوزه بریدگی / طرد در افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی بیشترین میزان شیوع را دارد و این افراد حمایت ادراک‌شده کمتری را گزارش می‌دهند (پروس و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به نتایجی که در دو بند اخیر گفته شد، روان‌سازهای حوزه بریدگی / طرد با تأثیر منفی باعث کاهش حمایت اجتماعی شده و حمایت اجتماعی با تأثیر مستقیم باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. به عبارتی، افرادی که در حوزه بریدگی / طرد نمره بالاتری می‌گیرند، حمایت اجتماعی ادراک‌شده پایین‌تری دارند و بالطبع، کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند.

○ افرادی که روان‌سازشان در حوزه خود پیروی و عملکردمختل شده قرار دارد در جدا کردن خود از نماد والدین و نیز رسیدن به عملکردی مستقل از آنها دچار مشکل هستند. این افراد در معرض مراقبت بیش‌ازحد بوده‌اند و یا برعکس، والدین توجه کمی به آنها داشته‌اند. کسانی که در این حوزه نمرات بالایی می‌گیرند، در انجام امور مختلف مستقل از خانواده دچار مشکل هستند. از آنجاکه این افراد بدون افراد مهم زندگی‌شان هویت مستقلی ندارند و دارای اعتماد به خود پایین هستند، میزان تعاملات اجتماعی آنها کم و ناکافی خواهد بود (بودوکا و هتکت، ۲۰۱۶). این افراد با توجه به نوع روان‌سازشان حمایت احترامی را به دلیل عدم دریافت تأیید و تشویق اطرافیان و حمایت شبکه‌ای را به دلیل عدم توانایی عضویت و همکاری در گروه‌های غیر از خانواده، دریافت نمی‌کنند. همچنین حمایت دوستان را به دلیل ناتوانی در جدا کردن خود از نماد والدین و در نتیجه برچسب خوردن، از دست می‌دهند. با توجه به یافته‌های این پژوهش و مطالعات پیشین می‌توان نتیجه گرفت که روان‌سازهای حوزه خود پیروی و عملکردمختل شده با حمایت اجتماعی ادراک‌شده رابطه معکوس و حمایت اجتماعی باکیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد. بنابراین، افرادی که در حوزه خود پیروی و عملکرد مختل شده نمره بالاتری می‌گیرند، حمایت اجتماعی ادراک‌شده کمتری دارند و کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند.

○ افرادی که روان‌سازهایشان در حوزه دیگرجهت‌مندی قرار دارد، به‌جای رسیدگی به نیازهای خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند. آنها این کار را برای دستیابی به

تأیید، تداوم رابطه هیجانی یا اجتناب از انتقام انجام می‌دهند. این افراد در روابط اجتماعی تمایل دارند بر پاسخ‌های دیگران بیشتر از نیازهای خودشان تأکید کنند (اتماکا و گنکز، ۲۰۱۶). افرادی که در این حوزه نمرات بالایی دارند، بر تمایلات، احساسات و نیازهای دیگران تمرکز افراطی دارند و خودشان را نادیده می‌گیرند. این افراد این کار را به‌منظور دریافت عشق و پذیرش و تداوم ارتباط با دیگران یا اجتناب از انتقام و تلافی انجام می‌دهند. بنابراین، چنین افرادی به دلیل رفتاری که ناشی از روانسازده‌شان است، احتمالاً بیشترین میزان حمایت را دریافت می‌کنند و یا حداقل تصور می‌کنند که حمایت را دریافت کرده‌اند. این حمایت می‌تواند شامل خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی باشد. نکته قابل توجه این است که حوزه دیگر جهت‌مندی باوجود اینکه جزء روان‌سازده‌های ناسازگار اولیه است اما با حمایت اجتماعی ادراک‌شده و نیز کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد و آنها را به‌صورت مستقیم پیش‌بینی می‌کند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، روان‌سازده‌های حوزه دیگر جهت‌مندی باعث افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌شود و حمایت اجتماعی ادراک‌شده نیز با تأثیر مستقیم باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین، افرادی که در حوزه دیگر جهت‌مندی نمره بالایی می‌گیرند، حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیشتری دارند و در نتیجه، کیفیت زندگی بیشتری را خواهند داشت.



یادداشت‌ها

1. spontaneity
2. autonomy
3. disconnection/ rejection
4. impaired autonomy & performance
5. hypervigilance & inhibition
6. Young Schema Questionnaire-Short form
7. Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF)
8. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

● منابع

- آهی، قاسم، محمدی فر، محمدعلی، بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳، ۵-۲۰.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عامل مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده. *گزارش پژوهشی*. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی، کشاورز، سمیرا، غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی و

خودمهارگری در رابطه بین روانسازیه های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی. *روانشناسی تحولی*، ۴۴،

۳۵۵-۳۴۱.

نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکوئی نائینی، کوروش محمد، کاظم، مجدزاده، رضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴، ۱۲-۱.

نصیری، حبیب اله (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و تهیه نسخه ایرانی آن (IRQOL). *مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان*، ۳۶۹-۳۷۳.

Adeyeye, O. O., Adewumi, T. A., & Adewuya, A. O. (2017). Effect of psychological and other factors on quality of life amongst asthma outpatients in Lagos, Nigeria. *Respiratory Medicine*, 122, 67-70.

Alemi, F., Stephane, R., Arendt, R., Liorent, S., Schaffer, D., & Nemes, S. (2002). The orientation of social support measures. *Addictive Behavior*, 876, 1-14.

Atmaca, S., & Gencoz, T. (2016). Exploring revictimization process among Turkish women: The role of early maladaptive schemas on the link between child abuse and partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 85-93.

Başar, K., Oz, G., Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133-1141.

Barazandeh, H., Kissane, D., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*. 130-139.

Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 1915-201.

Chou, K-L (2000). Assessing Chinese adolescents' social support: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality and Individual Differences*, 28, 299-307.

Dolbier, C. L., & Steinhart, M. A. (2000). The development and validation of the Sense of Support Scale. *Behavioral Medicine*, 25, 169-179.

Janusek, L. W., Tell, D., Albuquerque, K., & Mathews, H. L. (2013). Childhood adversity increases vulnerability for behavioral symptoms and immune dysregulation in women with breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, 149-162.

Howard, S., Creaven, A., Hughes, B. M., O'Leary, B. D., & James, J. E. (2017). Perceived social support predicts lower cardiovascular reactivity to stress in older

- adults. *Biological Psychology*, 125, 70-75.
- Kang, H. W., Park, M., & Wallace, J. P. (2016). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of Sport and Health Science*, In Press, Corrected Proof.
- Lindorff, M. (2000). Is it better to perceive than receive? Social support, stress and strain for managers. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 271-286.
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: A test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 40, 1647-1658.
- Pierce, T., Baldwin, M. W. & Lydon, J. E. (1997). A relational schema approach to social support. In: Pierce, G. R., Lakey, B., Sarason, I.G., Sarason, B. R. (Eds.), *Source book of social support and personality*. Plenum, New York, 19-47.
- Preuss, N., Brändle, L., Hager, O., Haynes, M., Fischbacher, U., & Hasler, G. (2016). Inconsistency and social decision making in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.017>.
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407-414
- Rezaei Nasab, F., Abasi, I., Naziri, GH, & Barzgar, M. (2013). Determination of basic maladaptive schemas in women with addictive relations. *Journal of Women and Society*, 4(2), 83-108.
- Ryan, C., Shorey, J., Anderson, S., & Stuart, L. (2015). Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. *Personality and Individual Differences*, 83, 6-12
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-301.
- Shorey, R.C., Stuart, G.L., Anderson, S., & Strong, D.R. (2013). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 912-922.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial, a report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS

- in older adults. *Aging and Mental Health*, 2, 186-193.
- Studart, P., Galvão-de Almeida, A., Bezerra-Filho, B., Caribé, A., Afonso, N. R. et al. (2016). Is history of suicidal behavior related to social support and quality of life in outpatients with bipolar I disorder? *Psychiatry Research*, 246, 796-802.
- Tam, C. L., Lee, T. H., Har, W. M., & Pook, W. L. (2011). Perceived social support and self-esteem towards gender roles: Contributing factors in adolescents. *Asian Social Science*, 7(8), 49-58.
- Taquechel, A. E. G., Littleton, H. L., & Axsom, D. (2011). Social support, world assumptions, and exposure as predictors of anxiety and quality of life following a mass trauma. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 498-506.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 41, 10, 1403-1409.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 236-255.
- Unalan, D., Gocer, S., Basturk, M., Baydur, M. & Ozturk, M. (2015). Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine*, 6, 4, 319-324.
- Virgil Zeigler-Hill, V. Z., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B. & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42: 96-103.
- Wu, X., Chen, J., Huang, H., Liu, Z., Li, X., & Wang, H. (2015). Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. *Applied Nursing Research*, 28(2), 169-174.
- Young, J. E., & Brown, G. (1999). *Young Schema Questionnaire-L3a*. Cognitive Therapy Center of New York: Authors.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishoer, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zhao, L, Chan, K., Leung, K. F., Liu, F., Fang, J., & Lang, J. (2006). Reliability and validity of the Chinese quality of life instrument. *Focus Alternative Complement*, 9, 62-70.
- Zhu, W., Wang, C. D., & Chong, C. C. (2016). Adult attachment, perceived social

support, Cultural Orientation, and Depressive Symptoms: A moderatedmediation model. *Journal of Counselling Psychology*, 63, 6, 645-655.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.



نقش واسطه‌ای بی‌اشتیاقی اخلاقی در رابطه بین صفات تاریک شخصیت و استعداد خیانت زناشویی □

Mediating Effect of Moral Disengagement on the Relationship between Dark Traits of Personality and Infidelity Tendency □

Sajjad Basharpour, PhD
Mir Nader Miri, MSc □

دکتر سجاد بشرپور*
میرنادر میری*

Abstract

This study aimed to investigate the relationship between dark traits of personality with infidelity tendency and role of moral disengagement as a mediator. Hence, 204 individuals, were selected by means of multistage cluster sampling from district 8 in Tehran and completed The Dark Triad Personality Questionnaire (Jonson and Webster, 2010), Moral Disengagement Questionnaire (Bandura, 1995), and Infidelity Tendency Questionnaire (Polat, 2006). Data were analyzed using the correlation coefficient and regression analysis. Findings from analysis showed that each of dark traits of personality had significant correlation with moral disengagement and infidelity tendency variables and also moral disengagement had a significant correlation with infidelity tendency. On the other hand, traits of Narcissism and Machiavellianism in addition to direct effect by moral disengagement have indirect effect over infidelity tendency. Finally, according to findings, it can be expressed that infidelity tendency the relation between traits of Narcissism and Machiavellianism with infidelity tendency plays a mediating role.

Keywords: dark traits of personality, moral disengagement, infidelity tendency

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه صفات تاریک شخصیت با استعداد خیانت زناشویی و نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی به‌عنوان یک متغیر واسطه انجام شد. بدین منظور، ۲۰۴ نفر از منطقه ۸ تهران به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه استعداد خیانت زناشویی پولات (۲۰۰۶)، پرسشنامه صفات تاریک شخصیت جانسون و وبستر (۲۰۱۰) و پرسشنامه بی‌اشتیاقی اخلاقی بندورا (۱۹۹۵) را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون انجام گرفت. تحلیل یافته‌ها نشان داد هر یک از صفات تاریک شخصیت همبستگی معنادار با متغیرهای بی‌اشتیاقی اخلاقی و استعداد خیانت زناشویی دارند و همچنین بی‌اشتیاقی اخلاقی همبستگی معنادار با استعداد خیانت زناشویی دارد. از سوی دیگر، صفات خودشیفتگی و ماکیاوول‌گرایی علاوه بر اثر مستقیم، به واسطه بی‌اشتیاقی اخلاقی بر استعداد خیانت زناشویی تأثیر غیرمستقیم دارد. در نهایت، با توجه به یافته‌ها می‌توان بیان کرد که بی‌اشتیاقی اخلاقی در رابطه بین صفات خودشیفتگی و ماکیاوول‌گرایی با استعداد خیانت زناشویی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.

کلید واژه‌ها: صفات تاریک شخصیت، بی‌اشتیاقی اخلاقی، استعداد خیانت زناشویی

□ Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, I. R. Iran.
□ Email: nadermiri@yahoo.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۵ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۶/۵
* گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

● مقدمه

خانواده در زمره مهم‌ترین نظام‌های اجتماعی است که بر اساس ازدواج شکل گرفته و به‌عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی، اساس تشکیل جامعه و نیز کانون رشد و تکامل اعضایش می‌باشد. ازدواج پیوند جنسی و عاشقانه بین دو نفر می‌باشد. اما این انحصار جنسی یا عاشقانه تضمین شده نیست. یکی از علت‌ها یا مواردی که باعث می‌شود نهاد خانواده و ازدواج نتواند کارکردهای خود را به منصفه ظهور برساند «خیانت زناشویی» می‌باشد. خیانت زناشویی شامل برقراری ارتباط جنسی یا عاطفی یک فرد متأهل با جنس مخالف، خارج از چارچوب خانواده می‌باشد (مؤمنی و شعاع‌کاظمی، ۱۳۹۰؛ رفیعی، حاتمی و فروغی، ۱۳۹۰). امروزه طبق قراین و آمارهای غیررسمی، خیانت زناشویی رخدادی شایع بوده و به‌صورت نگران‌کننده‌ای به یکی از آسیب‌های اجتماعی جامعه تبدیل شده است (فتحی، فکر آزاد، غفاری و بولهری، ۱۳۹۲) و علی‌رغم پیامدهای ناگوار فردی، نظیر سردرگمی، خشم، افسردگی، کاهش اعتمادبه‌نفس در مسائل شخصی و جنسی و ... (چانگ، ۱۹۹۹، لوین، ۱۹۹۸ به نقل از استفانو و اولا، ۲۰۰۸)، برای خانواده نیز مسائلی نظیر طلاق و ازهم‌پاشیدگی خانواده، تضعیف عملکرد در نقش‌های والدینی در پی داشته (کانو و اولیری، ۱۹۹۷ به نقل از استفانو و اولا، ۲۰۰۸؛ شکلفورد، ۲۰۰۸؛ شکلفورد و باس، ۱۹۹۷) و حتی مشکلات دیگری برای جامعه از جمله مشکلات شغلی و خودکشی و همسرکشی به بار می‌آورد (شکلفورد، باس و ویکز-شکلفورد، ۲۰۰۳؛ هنرپوران، ۱۳۹۳).

اگرچه هیچ آماری در ارتباط با میزان شیوع خیانت زناشویی در کشور منتشر نشده اما بعضی تحقیقات در درون خود به این مسئله اشاره کرده‌اند. به‌عنوان مثال کشاورز آقامحمدی (۱۳۸۷) در مطالعه خود در خصوص پدیده همسرکشی در ۱۵ استان نشان داد که ۶۷ درصد، مربوط به قتل زنان بوده است که به دلیل خیانت و سوءظن، توسط همسران خود به قتل رسیده‌اند. بررسی‌های علمی جهت شناسایی عوامل مرتبط با این مسئله و پیامدهای آن در جامعه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. در کشورهای مختلف در خصوص علل و عوامل به وجود آورنده خیانت زناشویی و روش‌های درمان و پیشگیری آن تحقیقات مختلفی صورت گرفته است و این در حالی است که به دلیل حساسیت زیاد، عدم دسترسی آسان به افراد، واکنش شدید جامعه و قوانین نسبت به عاملان، در داخل کشور پژوهش‌های انجام‌گرفته در

این زمینه ناکافی می‌باشد (فتحی و همکاران، ۱۳۹۲).

احتمال اینکه فرد مرتکب خیانت شود با بسیاری از متغیرها ارتباط دارد. یکی از این متغیرها «صفات تاریک شخصیت»^۱ افراد می‌باشد (برور، هانت، جیمز و ابل، ۲۰۱۵؛ برور و ابل، ۲۰۱۵؛ جونز و ویزر، ۲۰۱۴؛ آدامز، لووانو و جانسون، ۲۰۱۴؛ ویسر، پوزبن، بوگرت و اشتون، ۲۰۱۰؛ جانسون، ویستر و اسمیت، ۲۰۰۹). از نظر کتل، شخصیت فرد را می‌توان به صورت الگویی از صفات در نظر گرفت و این صفات عناصر اصلی شخصیت است و به منظور پیش‌بینی رفتار اهمیت دارد. از دیدگاه غزالی، صفت خصوصیت برجسته یک فرد است که رفتار او را در موقعیتهای گوناگون تعیین می‌کند. از نظر وی، بهنجاری و نابهنجاری شخصیت بر مبنای صفات قابل اندازه‌گیری است (شجاعی، ۱۳۸۸). هم‌زمان با پیشرفت صنعت و فناوری، اختلال‌های روانی افزایش چشم‌گیری یافته که از مهم‌ترین اختلال‌های روانی می‌توان به اختلال‌های شخصیت اشاره کرد (اولیسینار، آکار، دمیر و دمیرحان، ۲۰۱۲). اختلال شخصیت یک الگوی پایدار از تجربه رفتار شخصی است که آشکارا با انتظارات اجتماعی و فرهنگی مغایرت دارد. بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال‌های شخصیت به سه خوشه کلی A، B و C تقسیم می‌شوند که صفات تاریک شخصیت بخش اصلی اختلال‌های شخصیت خوشه B می‌باشد (بادبره و زینالی، ۱۳۹۵).

«دیدگاه وحدت»^۲ بر این نظر است که «صفت تاریک» انعکاس‌دهنده یک صفت کلی تاریک شخصیت می‌باشد درحالی‌که از دیدگاه منحصر به فرد این صفات ابعاد مجزایی را تشکیل می‌دهند (روتمن و کلار، ۲۰۱۲). صفات تاریک شخصیت شامل «خودشیفتگی»، «ماکیاول گرایی» و «جامعه‌ستیزی»^۳ می‌باشد. این سه صفات با یکدیگر همپوشانی دارند اما به لحاظ تجربی و مفهومی از یکدیگر متمایز هستند (جونز و ویزر، ۲۰۱۴). احساسات خودبزرگ‌بینی، برتری نسبت به دیگران و نیاز به تحسین از جمله ویژگی‌های صفت خودشیفتگی می‌باشد (روتمن و کلار، ۲۰۱۲؛ بشر پور، ۱۳۹۴). افراد دارای این صفت شخصیتی، تمایل دارند خود را به عنوان افرادی هوشمند، قدرتمند، جذاب و منحصر به فرد نشان دهند (سامنر، بیرز، بوچور و پارک، ۲۰۱۲). «ماکیاول گرایی» به عنوان یک صفت شخصیت با نگرش‌های بدگمانی و بی‌اعتمادی و ناتوانی در تشخیص هیجان‌های دیگران مشخص می‌شود. این افراد حتی در موقعیت‌های هیجانی، کاملاً خونسرد و بی‌احساس هستند و تحت تأثیر برانگیختگی‌های

دیگران قرار ندارند (بشرپور، ۱۳۹۴؛ روتمن و کلار، ۲۰۱۲). روانشناسان، «جامعه‌ستیزی» را به‌عنوان مجموعه‌ای از رفتارها و هیجان‌های ضداجتماعی نظیر پشیمانی پایین، همدلی ضعیف، دروغ‌گفتن، پرخاشگری و بی‌مسئولیت تعریف می‌کنند (بشرپور، ۱۳۹۴؛ روتمن و کلار، ۲۰۱۲؛ سامنر، بیرز، بوچور و پارک، ۲۰۱۲). جامعه‌ستیزی از این نظر که میزان آن در بین زنان و مردان متفاوت است، کاملاً با صفات دیگر سه صفت تاریک شخصیت متفاوت است (بشرپور، ۱۳۹۴). به دلیل وجود ویژگی‌های مطرح‌شده، صفات تاریک شخصیت با روابط باکیفیت پایین به عبارتی با میزان صمیمیت و تعهد کم رابطه دارد (علی و کامرو-پرمیوزیک، ۲۰۱۰) که احتمال درگیر شدن در رفتارهای خیانت زناشویی را افزایش می‌دهد. از آنجاکه طبق تحقیقات انجام‌گرفته، صفات تاریک شخصیت باخیانت زناشویی ارتباط دارد به نظر می‌رسد که این افراد اشتیاق کمتری به اصول اخلاقی داشته باشند. ایگان، هوگز، پالمیر (۲۰۱۵) و جونز، وودمن، بارلو و رابرت (۲۰۱۶) در تحقیقاتشان به این نتیجه رسیده‌اند که بین صفات تاریک شخصیت و «بی‌اشتیاقی اخلاقی»^۴ رابطه وجود دارد. مور، دیترت، تروینو، بیکر و مایر (۲۰۱۲) با بررسی «ماکیاول‌گرایی» در مطالعه بی‌اشتیاقی اخلاقی در موقعیت‌های شغلی، به این نتیجه رسیدند که این متغیر با بی‌اشتیاقی اخلاقی ارتباط دارد. بی‌اشتیاقی اخلاقی نظریه‌ای است که توسط بندورا (۱۹۹۰) مطرح‌شده است و بر پایه ۸ سازوکار شناختی قرار دارد که به افراد اجازه می‌دهد تا در رفتارهایی درگیر شوند که معیارهای اخلاقی را نقض می‌کند (راجرز، ۲۰۰۱). به‌عبارت‌دیگر، اگر کسی نسبت به معیارهای اخلاقی بی‌اشتیاق باشد، راحت‌تر می‌تواند درگیر رفتارهایی شود که معمولاً غیراخلاقی هستند (ایگان و همکاران، ۲۰۱۵). مور (۲۰۱۵) بیان کرده است که بی‌اشتیاقی اخلاقی اگر به‌عنوان یک صفت در نظر گرفته شود یک متغیر تعدیل‌کننده و اگر به‌عنوان یک فرایند در نظر گرفته شود یک متغیر واسط خواهد بود. مطابق با مبانی نظری، بی‌اشتیاقی اخلاقی یک صفت ثابت نیست، بلکه یک فرایند و جهت‌گیری شناختی نسبت به جهان است که با گذر زمان رشد می‌کند (مور، ۲۰۰۸).

با توجه به اهمیت مسئله خیانت زناشویی مخصوصاً در جامعه ایران، که برای خانواده ارزش زیادی قائل است و وجود رابطه خارج از پیوند زناشویی را، بی‌اشتیاقی دانسته و نگاه منفی به آن دارد و همچنین صفات تاریک شخصیت و بی‌اشتیاقی اخلاقی که می‌توانند منجر

به بروز این مسئله شوند، مطالعه حاضر به تعیین رابطه مستقیم و غیرمستقیم سه صفت تاریک شخصیت با خیانت زناشویی با نقش واسطه‌ای بی‌اشتیاقی اخلاقی می‌پردازد. این مطالعه به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که: آیا سه صفت تاریک شخصیت با استعداد خیانت زناشویی رابطه دارد؟ آیا سه صفت تاریک شخصیت با بی‌اشتیاقی اخلاقی رابطه دارد؟ آیا بی‌اشتیاقی اخلاقی با استعداد خیانت زناشویی رابطه دارد؟ و در نهایت اینکه آیا صفات تاریک شخصیت از طریق بی‌اشتیاقی اخلاقی بر استعداد خیانت زناشویی تأثیر دارد؟

● روش

پژوهش حاضر در چارچوب طرح غیرآزمایشی، از نوع همبستگی و با استفاده از ابزار پرسشنامه انجام شده است. «جامعه آماری» مطالعه «زنان و مردان متأهل شاغل (۲۰ به بالاتر) منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۵» بوده است. حجم نمونه شامل ۲۰۴ نفر می‌باشد که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله انتخاب شدند. حجم نمونه در پژوهش حاضر بر اساس مطالعات کلاین (۲۰۰۵) انتخاب شده است. بر اساس دیدگاه کلاین حجم نمونه در پژوهش همبستگی بر اساس حاصلضرب هر ماده در ۲/۵ به دست می‌آید.

● ابزار

□ الف: پرسشنامه استعداد خیانت زناشویی^۵: این ابزار توسط پولات (۲۰۰۶) برای ارزیابی استعداد خیانت زناشویی در روابط عاشقانه ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که ۱۸ مورد آن گرایش مثبت نسبت به خیانت زناشویی و ۱۲ مورد گرایش منفی را می‌سنجد. آزمودنی هر یک از این ماده‌ها را در مقیاس لیکرت ۵ نقطه از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) درجه‌بندی می‌کند. نمره بالا نشان‌دهنده بیشتر بودن این مقیاس در فرد است. ضرایب اعتبار و روایی این آزمون مطلوب گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در نمونه مطالعه حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

□ ب: پرسشنامه سه صفت تاریک شخصیت^۶: توسط جانسون و وبستر (۲۰۱۰) ساخته شده و شامل ۱۲ سؤال است که سه صفت تاریک ماکیاولگرایی، جامعه ستیزی و خودشیفتگی را می‌سنجد. سؤالات شماره ۱ تا ۴ شخصیت ماکیاولگرایی، ۵ تا ۸ شخصیت خودشیفته و ۹ تا ۱۲ شخصیت جامعه ستیزی را اندازه می‌گیرند. آزمودنی‌ها به سؤالات

این آزمون در مقیاس لیکرت ۹ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۹ (کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهند که نمره بالاتر نشان‌دهنده بیشتر بودن آن صفت در فرد است. ضریب اعتبار این مقیاس به وسیله آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس‌های ماکیاو لگرایی ۰/۸۴، خودشیفته ۰/۷۷ و جامعه‌ستیزی ۰/۷۵ بود. این مقیاس در ایران توسط بشرپور و شعیبی اعتباریابی شده است.

□ ج: پرسشنامه بی‌اشتیاقی اخلاقی^۷: توسط بندورا (۱۹۹۵) مطرح شده است که شامل ۳۲ ماده می‌باشد که ۸ سازوکار بی‌اشتیاقی اخلاقی را می‌سنجد. هرکدام از این سازوکارها دارای ۴ ماده بوده و عبارت‌اند از: «توجیه اخلاقی» (رفتار قابل سرزنش برای دستیابی به اهداف بالاتر توجیه می‌شود) با ماده‌های شماره ۱، ۹، ۱۷ و ۲۵؛ زبان «حسن تعبیر» (احیای رفتار از طریق دادن برچسب دوباره به آن) با ماده‌های ۲، ۱۰، ۱۸ و ۲۶؛ «مقایسه سودمند» (مقایسه با رفتارهای بدتر و افراطی، بدین منظور که رفتار اولیه کمتر زشت و مضر به نظر برسد) با ماده‌های ۳، ۱۱، ۱۹ و ۲۷؛ «جابجایی مسئولیت» (افراد خود را مسئول کارها نمی‌بینند و بنابراین از سرزنش و انتقاد خودشان چشم می‌پوشند) با ماده‌های ۵، ۱۳، ۲۱ و ۲۹؛ «تقسیم مسئولیت» (اغلب در کار گروهی؛ زمانی که همه مسئول هستند، اما در واقع هیچ‌کس احساس مسئولیت نمی‌کند) با ماده‌های ۴، ۱۲، ۲۰ و ۲۸؛ «تحریف پیامدها» (تضعیف کردن و یا طفره رفتن از پیامدها به ۲ دلیل ۱) نداشتن پیامدها ۲) انجام آن به خاطر منافع شخصی خود) با ماده‌های ۶، ۱۴، ۲۲ و ۳۰؛ «نسبت دادن سرزنش» (افراد خودشان را بی‌گناه می‌دانند و یا قربانیانی که مجبور به انجام رفتار مخرب شده‌اند) با ماده‌های ۸، ۱۶، ۲۴ و ۳۲؛ و «رفتارهای غیرانسانی» (بدنام کردن دریافت‌کنندگان بدرفتاری با سرزنش کردن و کاهش ارزش آنها) با ماده‌های ۷، ۱۵، ۲۳ و ۳۱ مشخص می‌شوند. آزمودنی‌ها به سؤالات این آزمون در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهند. سطح بالاتر شاخص نشان‌دهنده سطح بالاتر بی‌اشتیاقی اخلاقی می‌باشد (مکنتولی، ۲۰۱۴: ۱۹؛ بندورا، باربرنلی، کپرا و پسترولی، ۱۹۹۶) ضریب اعتبار این پرسشنامه ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های توجیه اخلاقی ۰/۷۵، زبان حسن تعبیر ۰/۷۶ و مقایسه سودمند ۰/۸۴، انتشار مسئولیت ۰/۷۳، جابجایی مسئولیت ۰/۷۷، پیامدهای تحریف ۰/۷۶، رفتارهای ضد انسانی ۰/۷۹ و نسبت دادن سرزنش ۰/۷۴ بود.

● یافته‌ها

اطلاعات به‌دست‌آمده نشان می‌دهد ۵۴ درصد از کل حجم نمونه را مردان و ۴۶ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. میانگین سنی کل اعضای نمونه ۳۹ سال می‌باشد. میانگین سنی به تفکیک برای مردان ۴۱ سال و برای زنان ۳۶ سال است. به‌طور متوسط اعضای نمونه حدود ۱۴ سال زندگی مشترک را تجربه کرده‌اند. در بین مقاطع تحصیلی مقطع کارشناسی بیشترین فراوانی ۷۲ نفر (۳۵ درصد) را دارا می‌باشد.

برای بررسی نقش واسطه‌ای «بی‌اشتیاقی اخلاقی» و نیز برای اطمینان از نتایج، از دستورالعمل *سرمه* که برگرفته از چارچوب مک‌آرتور (۲۰۰۰) می‌باشد و همچنین دستورالعمل *بارون* و *کنی* (۱۹۸۶) استفاده شد. برحسب دستورالعمل *سرمه*، ابتدا بین متغیرها همبستگی مرتبه صفر گرفته و اگر همبستگی معنادار باشد آنگاه از رگرسیون چندمتغیره استفاده می‌شود. برحسب دستورالعمل *بارون* و *کنی*، بجای همبستگی از رگرسیون استفاده می‌شود که در هر دو صورت باید میزان همبستگی یا رابطه متغیرهای مستقل با وابسته، با ورود متغیر واسطه کاهش یابد یا حذف شود.

جدول ۱ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. در این جدول همبستگی بی‌اشتیاقی اخلاقی و استعداد خیانت زناشویی (۰/۴۳) و همبستگی بین خودشیفتگی، جامعه‌ستیزی و ماکیاول‌گرایی با استعداد خیانت زناشویی به ترتیب ۰/۳۱، ۰/۲۳ و ۰/۳۹ می‌باشد. همبستگی این سه صفت با بی‌اشتیاقی اخلاقی نیز به ترتیب ۰/۳۶، ۰/۳۱ و ۰/۴۱ می‌باشد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، رابطه تمامی این متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین شروط اول، دوم و سوم از دستورالعمل *سرمه* (و چارچوب مک‌آرتور) برقرار است و می‌توان از رگرسیون چندگانه استفاده کرد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
خودشیفتگی	۱			
جامعه‌ستیزی	** ۰/۳۳	۱		
ماکیاول‌گرایی	** ۰/۵۱	** ۰/۳۳	۱	
بی‌اشتیاقی اخلاقی	** ۰/۳۶	** ۰/۳۱	** ۰/۴۱	۱
استعداد خیانت زناشویی	** ۰/۳۱	** ۰/۲۳	** ۰/۳۹	** ۰/۴۳

** p < 0/01

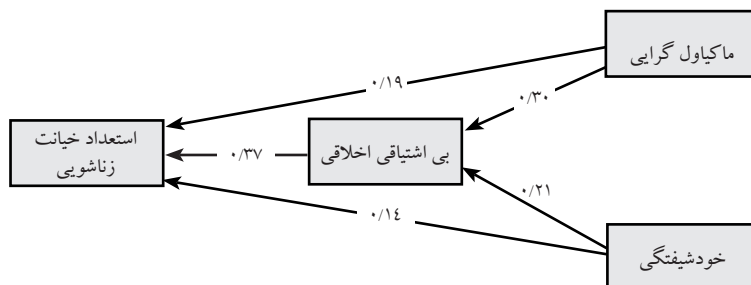
در رگرسیون برای آزمون مدل واسطه‌ای، از دو مرحله استفاده شده است. در گام اول، «صفات تاریک شخصیت» وارد مدل شده و رابطه آنها با استعداد خیانت زناشویی بررسی می‌شود. در گام دوم متغیر واسطه‌ای یا بی‌اشتیاقی اخلاقی همراه با صفات تاریک شخصیت وارد مدل می‌شود.

جدول ۲. نتایج رگرسیون چندگانه بین متغیرهای پژوهش

مدل ۲			مدل ۱			متغیرهای پیش‌بین
Sig	β	B	Sig	β	B	
۰/۵۷۲	۰/۰۴۱	۰/۱۱۴	۰/۳۲۳	۰/۰۷۴	۰/۲۰۵	جامعه‌سنجی
۰/۰۲۵	۰/۱۴۰	۰/۳۲۰	۰/۰۰۵	۰/۲۱۱	۰/۵۱۰	خودشیفتگی
۰/۰۰۵	۰/۱۹۲	۰/۷۰۴	۰/۰۰۰	۰/۳۰۰	۰/۹۱۸	ماکیاول‌گرایی
۰/۰۰۰	۰/۳۷۰	۰/۲۹۰				بی‌اشتیاقی اخلاقی
	۰/۵۱۵			۰/۴۲۱		R
	۰/۲۶۵			۰/۱۷۸		R ^۲
	۰/۲۵۰			۰/۱۶۶		R ^۲ تعدیل شده
	۰/۰۰۰			۰/۰۰۰		سطح معناداری

طبق جدول رگرسیون، در مدل ۱ تأثیر صفات تاریک شخصیت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که صفت خودشیفتگی با ضریب بتای (۰/۲۱) و ماکیاول‌گرایی با ضریب بتای (۰/۳۰) در مدل باقی‌مانده‌اند. ضریب تعیین ۰/۱۷۸ نشان می‌دهد که ۱۸ درصد از واریانس متغیر وابسته توسط متغیرهای باقی‌مانده در مدل تبیین می‌شود. در مدل ۲ متغیر بی‌اشتیاقی اخلاقی همراه با صفات تاریک شخصیت وارد مدل شد. در این مدل، صفات خودشیفتگی، ماکیاول‌گرایی و بی‌اشتیاقی اخلاقی به ترتیب با ضریب بتای ۰/۱۴-، ۰/۱۹ و ۰/۳۳ رابطه معناداری با متغیر وابسته نشان دادند. ضریب همبستگی چندگانه در این مدل برابر با ۰/۵۱ است که بیانگر رابطه مثبت متغیرهای مستقل با وابسته است. ضریب تعیین برابر با ۰/۲۶ بیانگر این است که ۲۶ درصد از واریانس متغیر وابسته توسط متغیرهای خودشیفتگی، ماکیاول‌گرایی و بی‌اشتیاقی اخلاقی تبیین می‌شود. این اطلاعات کمک می‌کنند تا رابطه سه صفت تاریک شخصیت با استعداد خیانت زناشویی ابتدا به‌طور مستقل و سپس با همراهی متغیر بی‌اشتیاقی اخلاقی بررسی شود. نتایج تأیید می‌کنند که بین صفات خودشیفتگی و ماکیاول‌گرایی با استعداد خیانت زناشویی نه تنها رابطه معنادار وجود دارد بلکه با ورود متغیر واسطه‌ای، این رابطه کاهش می‌یابد؛ بدین گونه که ضریب بتای

صفات خودشیفتگی از ۰/۲۱ به ۰/۱۴ و ماکیاول‌گرایی از ۰/۳۰ به ۰/۱۹ کاهش یافته است.



شکل ۱. مدل نهایی تحلیل مسیر پس از برآورد ضرایب مسیر

شکل ۱ نشان می‌دهد متغیرهای ماکیاول‌گرایی، خودشیفتگی و بی‌اشتیاقی اخلاقی به‌طور مستقیم بر استعداد خیانت زناشویی تأثیر دارند. صفات خودشیفتگی و ماکیاول‌گرایی علاوه بر اثر مستقیم، از طریق بی‌اشتیاقی اخلاقی به‌طور غیرمستقیم نیز بر متغیر وابسته تأثیرگذار هستند.

● بحث و نتیجه‌گیری

○ هدف از پژوهش حاضر «تعیین رابطه سه صفت تاریک شخصیت با استعداد خیانت زناشویی و نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای» می‌باشد. نتایج همبستگی (مربوط به فرضیه اول) نشان داد که سه صفت تاریک شخصیت (جامعه‌ستیزی، خودشیفتگی و ماکیاول‌گرایی) با استعداد خیانت زناشویی رابطه مثبت و معناداری دارد. بدین گونه که هرچه میزان صفات خودشیفتگی، جامعه‌ستیزی و ماکیاول‌گرایی در افراد بیشتر باشد، استعداد خیانت زناشویی در آنها افزایش می‌یابد و این یافته مؤید ادبیات پیشین تجربی (برور و همکاران، ۲۰۱۵؛ برور و ابل، ۲۰۱۵؛ جونز و ویزر، ۲۰۱۴؛ آدامز و همکاران، ۲۰۱۴؛ ویسر و همکاران، ۲۰۱۰) می‌باشد. در تبیین این مسئله می‌توان گفت که شخصیت مرتبط با خیانت شامل قساوت، فقدان همدلی با نیازها و احساسات دیگران و ضداجتماعی می‌باشد (اسمیت، ۲۰۰۴). این افراد معمولاً افرادی تکانش‌گر هستند که پاداش‌های فوری را ترجیح می‌دهند، به ماجراجویی تمایل دارند و به دنبال حس‌های نو هستند. آنها در روابطشان با دیگران به‌طور عام و با همسرشان به‌طور خاص سعی می‌کنند از آنها سو استفاده و بهره‌کشی کنند و در این زمینه هیچ احساس گناه و اضطرابی نمی‌کنند. این افراد معمولاً به دنبال به حداکثر رساندن

منافع خود هستند و در روابطشان حتی روابط زناشویی بی‌مسئولیت بوده و از صمیمیت اجتناب می‌کنند. در نتیجه آنها از روابط زناشویی خود رضایت ندارند که باعث می‌شود به دنبال جایگزین بگردند (جونز و ویزر، ۲۰۱۳؛ مککوئین، جانسون و شور، ۱۹۹۴، هر، ۲۰۰۶). لذا این ویژگی‌های شخصیتی باعث می‌شود میزان صمیمیت و تعهد که بر اساس نظریه استرنبرگ دو ضلع مثلث عشق را تشکیل می‌دهد و باعث پایداری رابطه می‌شود، در بین زن و شوهر کاهش یابد. صمیمیت و تعهد نیاز اساسی انسان بوده و از ویژگی‌های مهم ازدواج‌های موفق و طولانی‌مدت است. صمیمیت یک فرایند تعاملی، پویا و ترکیبی است و شامل ابعاد عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی و بدنی و ... می‌باشد. میزان صمیمیت به توانایی همسران برای انتقال روشن و صحیح افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد (مهدی پور و صداقتی فرد، ۱۳۹۴). تعهد زناشویی نیز به این معنی است که زوجین تا چه حد برای روابط زناشویی خود ارزش قائل‌اند و چقدر برای حفظ و تداوم ازدواجشان انگیزه دارند (آماتو، ۲۰۰۴ به نقل از نامنی، عباسی و زارعی، ۱۳۹۴). بر این اساس مشکلات مربوط به صمیمیت و تعهد می‌تواند منجر به شکست در روابط شده و در نتیجه امکان خیانت به طرف مقابل افزایش یابد (مهدی پور و صداقتی فرد، ۱۳۹۴).

○ نتایج فرضیه دوم نشان می‌دهد که سه صفت تاریک شخصیت با بی‌اشتیاقی اخلاقی رابطه مثبت و معناداری دارد. بدین گونه که هر چه میزان خودشیفتگی، جامعه‌ستیزی و ماکیاول‌گرایی در افراد بیشتر باشد، میزان بی‌اشتیاقی اخلاقی نیز در آنها افزایش می‌یابد و این همسو با یافته‌های پیشینه پژوهشی (جونز و همکاران، ۲۰۱۶؛ ایگان و همکاران، ۲۰۱۵؛ مور و همکاران، ۲۰۱۲) است. هر سه این صفت نوعی اختلال شخصیت می‌باشند. در افرادی که دچار اختلال شخصیت هستند آگاهی و دید واقع‌بینانه کاهش می‌یابد و آنها نمی‌توانند خیر و شر یا نیکی و بدی را درک کنند به عبارت دیگر در این افراد که وجدان اخلاقی ضعیف بوده و به حقوق دیگران توجهی ندارند می‌توان گفت که میزان تعهد اخلاقی و هوش اخلاقی پایین است و بنا به گفته بندورا این افراد از سازوکارهای بی‌اشتیاقی اخلاقی برای توجیه کارها و رفتارهایشان استفاده می‌کنند. یکی از ابعاد مهم تعهد زناشویی، تعهد اخلاقی می‌باشد که توسط محققان مختلف، تحت عناوین مختلف نظیر التزام اخلاقی و تعهد نسبت به ازدواج ارائه و تبیین شده است. بسیاری از مدل‌های نظری تعهد، بر این عقیده‌اند که تعهد اخلاقی

مبتنی است بر یک احساس وفاداری اخلاقی به ازدواج و رابطه زناشویی و این عقیده که ازدواج یک نهاد مقدس است؛ نهادی که وفاداری و پایبندی به آن، ارزش شناخته می‌شود (عباسی مولید، فاتحی زاده و قمرانی، ۱۳۹۲). همچنین، هوش اخلاقی نشان‌دهنده اشتیاق و توانایی افراد برای قرار دادن معیارهایی برتر و فراتر از منافع خود است. همچنین عامل یاری‌دهنده در تبدیل شدن انسان به انسانی خوب و شایسته یا به عبارتی انسانی اخلاق مدار است (قزوینی، خدابخشی، منصور و خوش کنش، ۱۳۹۴). با توجه به مطالب مطرح شده، ویژگی‌های یا خصوصیات شخصیتی افرادی که دارای صفات تاریک شخصیتی هستند، باعث می‌شوند میزان وفاداری اخلاقی به پیوند زناشویی و همچنین اشتیاقشان برای رعایت اصول اخلاقی کاهش یابد.

○ نتایج فرضیه سوم نشان داد که بی‌اشتیاقی اخلاقی با استعداد خیانت زناشویی رابطه دارد. به عبارت دیگر، هرچه میزان بی‌اشتیاقی اخلاقی در افراد بیشتر باشد، میزان استعداد خیانت زناشویی در آنها افزایش می‌یابد. در تبیین می‌توان گفت که بر اساس «نظریه خودمهارگری»^۸ گات فردسون و هیرشی (۱۹۹۰)، افراد با درونی کردن ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی، خود را در مقابل رفتارهای انحرافی مصون می‌کنند. از نظر آنها افرادی که دارای خودمهارگری قوی هستند می‌توانند در برابر خوشنودی ناشی از انحراف مقاومت کنند بالعکس، خودمهارگری ضعیف باعث رفتارهای منحرفانه از جمله روابط جنسی می‌گردد. بنا به نظر گات فردسون و هیرشی، افرادی که دارای خودمهارگری ضعیف هستند دارای ویژگی‌های ذیل می‌باشند: تکانشی و آنی بودن، جهت‌گیری خودمحورانه درباره‌ی علایق دیگران، رفتارهای مخاطره جویانه و ناشکیبایی به علت کم‌تحملی در برابر ناکامی‌ها (علیوردی‌نیا، شارع پور و مرادی، ۱۳۹۱). این ویژگی‌ها توسط پژوهشگران، برای افرادی که دارای صفات تاریک شخصیتی هستند نیز مطرح شده است. گات و فردسون معتقدند به خاطر همین ویژگی‌ها، این افراد به اعمال انحرافی دست می‌زنند. همچنین مطابق با نظر بندورا (۱۹۹۰)، افرادی که نسبت به معیارهای اخلاقی بی‌اشتیاق هستند و در خود تمایلی به رعایت هنجارها، قوانین، ارزش‌ها و اخلاق جامعه خود نمی‌بینند، راحت‌تر می‌توانند درگیر رفتارهایی شوند که معمولاً غیراخلاقی هستند (ایگان و همکاران، ۲۰۱۵) و خیانت زناشویی یکی از مصادیق این رفتارهای غیراخلاقی می‌باشد. در کل، اخلاق از عامل‌های اصلی عملکرد محیط خانواده

است و بی‌توجهی به اخلاق در خانواده می‌تواند معضل‌های بزرگی به بار آورد.

○ برای بررسی فرضیه ۴، که بی‌اشتیاقی اخلاقی به‌عنوان متغیر واسطه در نظر گرفته شده از رگرسیون استفاده شد. نتایج رگرسیون در مدل ۱ نشان داد که از بین سه صفت تاریک شخصیت، صفات خودشیفتگی و ماکیاول‌گرایی با متغیر وابسته رابطه معناداری دارند و با ورود متغیر واسطه در مدل ۲ یا به‌عبارت‌دیگر با کنترل متغیر بی‌اشتیاقی اخلاقی میزان این رابطه تغییر می‌کند. در این مدل، ضریب بتای صفات خودشیفتگی از ۰/۲۱ به ۰/۱۴ و ماکیاول‌گرایی از ۰/۳۰ به ۰/۱۹ کاهش یافته است و این نشان می‌دهد که بی‌اشتیاقی اخلاقی در رابطه بین صفات خودشیفتگی و ماکیاول‌گرایی با استعداد خیانت زناشویی نقش واسطه را ایفا می‌کند. هرچه میزان این صفات در افراد بیشتر باشد، میزان بی‌اشتیاقی اخلاقی در آنها افزایش یافته و در نتیجه استعداد خیانت زناشویی در آنها افزایش می‌یابد. همان‌طور که /یگان و همکاران (۲۰۱۴) و جونز و همکاران (۲۰۱۶) بیان کرده‌اند بین صفات تاریک شخصیت و بی‌اشتیاقی اخلاقی رابطه وجود دارد. ویژگی‌های مطرح‌شده برای صفات تاریک شخصیت، مهار درونی را در افراد کاهش داده و باعث می‌شود این افراد کمتر با هنجارهای اجتماعی سازگاری پیدا کنند، این ویژگی‌ها باعث می‌شود که افراد اعمال و افکارشان را بیشتر توجیه کنند و همچنین فرایندهای خودتنظیمی ناسازگارانه در آنها شکل بگیرد و زمینه برای بی‌اشتیاقی اخلاقی مهیا شود. بر اساس نظر گلاسر، برای تداوم رابطه زناشویی افراد باید کنترل بیرونی یعنی کنترل طرف مقابل را کاهش داده و کنترل درونی یا کنترل رفتار خود را افزایش دهند (عباسی مولید و همکاران، ۱۳۹۲). بر اساس نظر بندورا (۱۹۹۰) افرادی که دچار بی‌اشتیاقی اخلاقی هستند تمایل دارند در رفتارهایی درگیر شوند که معیارهای اخلاقی را نقض می‌کند (راجرز، ۲۰۰۱؛ جونز و همکاران، ۲۰۱۶). این افراد از سازوکارهای بی‌اشتیاقی اخلاقی استفاده می‌کنند تا از معیارهای اخلاقی درونی شده سرپیچی کنند و به‌صورت غیراخلاقی رفتار کنند بدون آنکه اثرات منفی نقض معیارهای اخلاقی را تجربه کنند. بر طبق نظر بندورا خیانت زناشویی یکی از رفتارهای غیراخلاقی می‌باشد زیرا برخلاف معیارها و اصول زندگی زناشویی و هنجارهای اجتماعی است و از پیامدهای مسئله‌دار و مسئله‌ساز بی‌اشتیاقی اخلاقی می‌باشد.

○ با توجه به یافته‌های این مطالعه، صفات خودشیفتگی و ماکیاول‌گرایی به دلیل

ویژگی‌هایی که دارند هم به‌طور مستقیم و هم از طریق بی‌اشتیاقی اخلاقی یعنی به‌صورت غیرمستقیم بر خیانت زناشویی تأثیرگذار هستند.



یادداشت‌ها

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. dark traits of personality | 2. unification perspective |
| 3. psychopathy | 4. moral disengagement |
| 5. Infidelity Tendency Questionnaire | 6. Dark Triad Personality Questionnaire |
| 7. Moral Disengagement Questionnaire | 8. self-control theory |

● منابع

- بادبره، سونیا و زینالی، علی، (۱۳۹۴)، رابطه تجربه‌های سوء رفتار دوره کودکی با صفات سه‌گانه تاریک شخصیت دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، *دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۹(۵)، ۱۱-۱.
- بشری‌پور، سجاد، (۱۳۹۴)، *صفات شخصیت: نظریه و آزمون*، تهران: ساوالان.
- رفیعی، سحر، حاتمی، ابوالفضل و فروغی، علی اکبر، (۱۳۹۰)، رابطه بین طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه و سبک دلبستگی در زنان دارای خیانت زناشویی، *فصلنامه جامعه‌شناسی زنان*، ۲(۱)، ۳۶-۲۱.
- سرمد، زهره، (۱۳۷۸)، متغیرهای تعدیل‌کننده و واسطه‌ای: تمایزات مفهومی و راهبردی، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۰، ۸۱-۶۳.
- شجاعی، محمداصداق، (۱۳۸۸)، نگاهی به ریشه‌های نظریه صفات شخصیت در اخلاق، *مطالعات اسلامی و روانشناسی*، ۳(۴)، ۱۵۳-۱۲۹.
- عباسی مولید، حسین، فاتحی زاده، مریم، قمرانی، امیر، (۱۳۹۲)، تأثیر زوج درمانی گلاسر بر افزایش تعهد اخلاقی زوجین، *مجله بصیرت و تربیت اسلامی*، ۱۰(۲۵)، ۸۰-۵۹.
- علیزاده فرد، سوسن، (۱۳۹۱)، بررسی رابطه آلکسی تیمیا و بیماری زخم معده: آیا پرخاشگری یک متغیر واسطه‌ای است؟ *روانشناسی سلامت*، ۱(۴)، ۸۳-۷۱.
- علیوردی نیا، اکبر، شارع پور، محمود و مرادی، فاطمه، (۱۳۹۲)، بررسی تأثیر خودکنترلی و پیوند اجتماعی بر نگرش دانشجویان نسبت به مصرف الکل، *فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی*، ۱(۴)، ۹۷-۶۹.
- عزیزی، شهریار، (۱۳۹۲)، متغیرهای میانجی، تعدیل‌گر و مداخله‌گر در پژوهش‌های بازاریابی: مفهوم، تفاوت‌ها، آزمون‌ها و رویه‌های آماری، *فصلنامه تحقیقات بازاریابی نوین*، ۳(۲)، ۱۷۴-۱۵۵.
- فتحی، منصور، فکر آزاد، حسین، غفاری، غلامرضا و بوالهروی، جعفر، (۱۳۹۲)، عوامل زمینه‌ساز بیوفایی

- زناشویی زنان، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۳(۵۱)، ۱۰۹-۱۳۷.
- مهدی پور بازکیایی، مونا و صداقتی فرد، مجتبی، (۱۳۹۴)، بررسی رابطه بین رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین با سازگاری در خانه، فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی، ۶(۲۲)، ۳۱-۲۱.
- مؤمنی جاوید، مهرآور و شعاع کاظمی، مهرانگیز، (۱۳۹۰)، تأثیر روان درمانی زوجینی بر کیفیت زندگی زوجین آسیب دیده از خیانت‌های زناشویی در تهران، مجله پژوهش و سلامت، ۱(۱)، ۶۳-۵۴.
- ناامنی، ابراهیم، عباسی، فاطمه و زارعی، احمد، (۱۳۹۴)، پیش‌بینی تعهد زناشویی بر اساس سبک عشق‌ورزی و باورهای ارتباطی، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۶(۶۰)، ۱۰۷-۸۷.
- هنرپروران، نازنین، (۱۳۹۳)، بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر، فصلنامه زن و جامعه، ۵(۲)، ۱۵۰-۱۳۵.
- Adams, H. M., Luevano, V. X., & Jonason, P. K. (2014). Risky business: Willingness to be caught in an extra-pair relationship, relationship experience, and the dark triad. *Personality and Individual Differences, 66*, 204-207.
- Ali, F., & Chamorro-Premuzic, T. (2010). The dark side of love and life satisfaction: Associations with intimate relationships, psychopathy and Machiavellianism. *Personality and Individual Differences, 48*, 228-233.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1996). Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(2), 364.
- Brewer, G., & Abell, L. (2015). Machiavellianism and sexual behavior: Motivations, deception and infidelity. *Personality and Individual Differences, 74*, 186-191.
- Brewer, G., Hunt, D., James, G., & Abell, L. (2015). Dark triad traits, infidelity and romantic revenge. *Personality and Individual Differences, 83*, 122-127.
- Egan, V., Hughes, N., & Palmer, E. J. (2015). Moral disengagement, the dark triad, and unethical consumer attitudes. *Personality and Individual Differences, 76*, 123-128.
- Hare, R. D. (2006). Psychopathy: A clinical and forensic overview. *Psychiatric Clinics of North America, 29*, 709-724. doi:10.1016/j.psc.2006.04.007
- Jones, B. D., Woodman, T., Barlow, M., & Roberts, R. (2016). The darker side of personality: Narcissism predicts moral disengagement and antisocial behavior in sport. *The Sport Psychologist, 1-23*.
- Jones, D. N., & Weiser, D. A. (2014). Differential infidelity patterns among the dark triad. *Personality and Individual Differences, 57*, 20-24.
- Jonason, P. K., Li, N. P., Webster, G. D., & Schmitt, D. P. (2009). The dark triad:

- Facilitating a short-term mating strategy in men. *European Journal of Personality*, 23(1), 5-18.
- McKinnon, D. P. (2008). *Introduction to statistical mediation analysis*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- McCown, W. G., Johnson, J. L., & Shure, M. B. (1994). *The impulsive client: Theory, research and treatment*. New York: American Psychological Association.
- McNulty, D. (2014). *Predictors of cyberbullying amongst adolescents: The role of empathy, moral disengagement and self-esteem*, Psychology at Dublin Business School, School of Arts, Dublin
- Moore, C. (2015). Moral disengagement. *Current Opinion in Psychology*, 6, 199-204.
- Moore, C., Detert, J. R., Treviño, L. K., Baker, V. L., & Mayer, D. M. (2012). Why employees do bad things: Moral disengagement and unethical organizational behavior. *Personnel Psychology*, 65(1), 1-48
- Moore, C. (2008). Moral disengagement in processes of organizational corruption. *Journal of Business Ethics*, 80(1), 129-139.
- Previti, D., & Amato, P. R. (2004). Is infidelity a cause or a consequence of poor marital quality?. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 217-230.
- Rauthmann, J. F., & Kolar, G. P. (2012). How “dark” are the Dark Triad traits? Examining the perceived darkness of narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 53(7), 884-889.
- Rogers, M. K. (2001). *A social learning theory and moral disengagement analysis of criminal computer behavior: An exploratory study* (Doctoral dissertation, University of Manitoba).
- Schmitt, D. P. (2004). Patterns and universals of mate poaching across 53 nations: The effects of sex, culture, and personality on romantically attracting another person’s partner. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 560-584.
- Shakelford TK & Buss DM, (1997), Susceptibility to infidelity in the first year of marriage, *Journal of Research in Personality* 31, 193-221
- Shakelford TK, Buss DM, & Weekes-Shakelford, VA. (2003). Wife killings committed in the context of a lover’s triangle. *Journal Basic ApplSoc Psych*; 25:137-143.
- Shackelford, T. K., Besser, A. & Goetz, A. T. (2008). Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. *Journal of Individual Differences Research*, 6, 13-25.
- Stefano, J.D., & Oala, M. (2008), Extramarital affairs: Basic considerations and essential tasks in clinical work. *Journal of Counseling and Therapy for Couples and Families*,

16(1):13-19.

- Sumner, C., Byers, A., Boochever, R., & Park, G. J. (2012). Predicting dark triad personality traits from twitter usage and a linguistic analysis of tweets. *In Machine Learning and Applications (icmla), 2012 11th international conference on* (Vol. 2, pp. 386-393). IEEE.
- Ulucinar, U., Akar, C., Demir, M., & Demirhan, G. (2012). An investigation on epistemological beliefs of university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 46*, 5133-5137.
- Visser, B. A., Pozzebon, J. A., Bogaert, A. F., & Ashton, M. C. (2010). Psychopathy, sexual behavior, and esteem: It's different for girls. *Personality and Individual Differences, 48*, 833-838.



الگوی معنوی / مذهبی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) : مطالعه کیفی □

Spiritual/Religious Pattern in Patient with Multiple Sclerosis: A Qualitative Study □

Zahra Abdekhodaie, PhD ✉
Shahriyar Shahidi, PhD
Mohammad Ali Mazaheri, PhD
Leyli Panaghi, PhD
Vahid Nejadi, PhD

دکتر زهرا عبدخدایی *
دکتر شهریار شهیدی *
دکتر محمدعلی مظاهری *
دکتر لیلی پناغی *
دکتر وحید نجاتی *

Abstract

چکیده

The aim of the current study was to investigate the pattern of Spiritual / Religious in the patients with MS. A phenomenological approach was adopted using a qualitative method and participants were chosen none randomly on the basis of their availability. Deep interviews were carried out with fifteen MS patients and detailed information obtained from these interviews was analyzed using the Colizzi and the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) methods. Results indicated that in dealing with the spirituality/ religion issues in the pwMS five major categories were identified, and each of them consisted of several sub-categories. These major categories were labelled as follows: the definition of spirituality and religion, spiritual/ religious behaviors, the place of God in life, spiritual coping strategies, and changing in religious attitudes. On the basis of the defined clusters, five spiritual/ religion patterns were obtained including: "hope, kindness and support", "power, wisdom and support", "revenge, fear and anger", "power, predestination, fear and surrender" and "doubt, feel guilty and avoidance". Finally, it can be concluded that achieving an integrated spiritual/ religious identity has a significant impact on psychological wellbeing and improve of patients life styles.

Keywords: Multiple Sclerosis, qualitative, spirituality, religion

مطالعه حاضر باهدف تعیین الگوی معنوی/ مذهبی بیماران مولتیپل اسکلروزیس صورت پذیرفته است. این مطالعه که یک پژوهش کیفی است به شیوه پدیدارشناسی صورت پذیرفته است. مشارکت‌کنندگان در پژوهش ۱۵ نفر بوده‌اند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق و تفسیر داده‌ها به روش کلایزی و رویکرد پدیدارشناسی انجام شده است. نتایج حاکی از آن است که پنج خوشه اصلی در مواجهه بیماران با معنویت و مذهب قابل استخراج است که شامل: تعریف معنویت و مذهب، انجام رفتارهای معنوی/ مذهبی، جایگاه خدا در زندگی، راهبردهای معنوی و تغییر در نگرش نسبت به دین است. برخی از این خوشه‌های اصلی دارای خوشه‌های فرعی می‌باشند. با توجه به خوشه‌های استخراج شده پنج الگوی تعامل معنوی/ مذهبی به دست آمد که عبارت‌اند از: الگوی «امید، محبت و حمایت»، «قدرت، حکمت و حمایت»، «انتقام، ترس و خشم»، «قدرت، جبر، ترس و تسلیم» و «تردید، احساس گناه و اجتناب». نهایتاً می‌توان گفت دستیابی به یک هویت منسجم معنوی/ دینی می‌تواند در رفاه روان‌شناختی و بهبود سبک زندگی بیماران تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای داشته باشد.

کلید واژه‌ها: مولتیپل اسکلروزیس، کیفی، معنویت، مذهب

□ Department of Educational Science and Psychology,
Shahid Beheshti University, Tehran, I. R. Iran.
✉ Email: z_abdekhodaie@sbu.ac.ir

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۱ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۷/۱۶
* دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

● مقدمه

انسان دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانشناختی، اجتماعی، و همچنین بعد معنوی است که به اندازه سایر ابعاد بر سبک و کیفیت زندگی وی تأثیرگذار است (زینعلی زاده و همکاران، ۲۰۱۴). تعاریف متعددی در مورد بعد معنوی و معنویت در زندگی انسان صورت پذیرفته است که در دو رویکرد کلی قابل جمع بندی است؛ الف: معنویت به عنوان مفهوم عام معنایابی، ب: معنویت به عنوان هم پیوستگی با خدا/ الوهیت (سام‌آور و همکاران، ۱۳۹۲). میچلسون و همکاران (۲۰۱۶) معنویت را یک توانایی و قابلیت ذاتی برای فراروی از خود می‌دانند که در آن فرد یا یک پدیده مقدسی بسیار فراتر و ارزشمندتر از «خود» حضور دارد. پارگامنت و هیل (۲۰۰۳) مذهب را تلاشی سازمان‌یافته و همگانی برای ارتباط با منبع تقدس می‌دانند. درحالی‌که معنویت را به تلاش‌های شخصی و کمتر سازمان‌یافته در این راستا اطلاق می‌کنند. از سوی دیگر در نظر بسیاری از مسیحیان معنویت هم‌راستا با مذهب است به طوری‌که کیل^۱ (۲۰۰۲) به نقل از سام‌آور، (۱۳۹۲) در تعریف معنویت، بر خدا به عنوان عنصری ضروری و غیرقابل انکار تأکید می‌نماید. در اسلام نیز از دیدگاه علامه طباطبایی معنویت درآمیخته با مسئله توحید است (رستگار و نوبری، ۱۳۹۴) و در راستای دین قابل تعریف است. یکی از دلایل این تفاوت بین اندیشمندان، ناشی از تعریف دین است به طوری‌که شهید مطهری بیان می‌کند معنویت و راه دستیابی به آن جدا از انجام دستورات دینی نیست و این همگامی بین رفتار دینی و ارتقا معنوی مختص دین اسلام است. (مطهری، ۱۳۷۴)

امروزه ارتباط بین بعد معنوی انسان و سلامت در سایر ابعاد جسمانی و روانی مورد توجه بسیاری از مطالعات قرار گرفته (زیمر و همکاران، ۲۰۱۶). ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) با توجه به ناتوانایی‌های مزمنی که در فرد ایجاد می‌نماید منجر به رویارویی وی با فرصت محدود حیات و رنج‌های مرتبط با ماهیت بشری می‌شود. ام‌اس یک بیماری التهابی با ماهیت پیش‌رونده و تحلیل برنده، مربوط به دستگاه اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) می‌باشد (هیوز و همکاران، ۲۰۱۳) که به سرعت در حال گسترش است، به طوری‌که اطلس ام‌اس (۲۰۱۶) میزان شیوع آن در دنیا را حدود دو و نیم میلیون نفر برآورد نموده است. در ایران نیز از هر صد هزار نفر، ۵،۷۸ نفر مبتلا به ام‌اس گزارش شده‌اند (حسینی و همکاران، ۲۰۱۶).

بیماری‌های مزمن، لاعلاج و یا تهدیدکننده حیات بیماران را با مجموعه سؤالاتی از معنا و هدف زندگی مواجه می‌نمایند. در پاسخ به این سؤالات و برای ایجاد و تداوم احساساتی مانند معناداری و هدفمندی زندگی، کاهش تنیدگی و باقی ماندن احساس کنترل و امید به زندگی اغلب بیماران به باورها و اعتقادات مذهبی روی می‌آورند (بیوسسینگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ بکیاس، ۲۰۱۶). در بسیاری از موارد گزارش شده است که باورها و تمارین مذهبی/ معنوی بر فرد تأثیر مثبتی داشته و فرد را به سمت معنایابی غایی در زندگی هدایت می‌نماید (رزمارین و همکاران، ۲۰۱۳؛ زیمر و همکاران، ۲۰۱۶؛ صفوی و همکاران، ۲۰۱۶؛ میچلسون و همکاران، ۲۰۱۶). به طوری که رضائی و همکاران (۱۳۹۴) بر این باورند که استفاده از راهبردهای معنوی می‌تواند انطباق‌پذیری فرد را افزایش دهد. این در حالی است که اکسلین و همکاران (۲۰۱۴) به کشمکش‌های مذهبی/ معنوی در بسیاری از بیماران اشاره می‌نمایند و آنها را در شش دسته عمده قرار می‌دهد: کشمکش‌های الهی، شیطانی، اخلاقی، بین فردی، کشمکش‌هایی در مورد معنای غایی، و کشمکش‌های مربوط به شک و تردید. بنابراین فرد با ابتلا به بیماری‌های مزمن، همان‌طوری که امکان دارد از راهبردهای معنوی بهره برد، این امکان نیز وجود دارد که در چالش‌ها و کشمکش‌های معنوی/ مذهبی قرار گیرد که حل موفقیت‌آمیز آن علاوه بر دستیابی بر سلامت معنوی/ مذهبی به بهبود و ارتقا سلامت جسمی وی خواهد انجامید (گرایس و همکاران، ۲۰۱۶؛ لوکتته و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعات متعددی در رابطه با تأثیر رفتارهای معنوی/ مذهبی بر سلامت روان و یا بهبود اختلال‌های روانشناختی و جسمانی ناشی از درمان‌های مبتنی بر معنویت صورت پذیرفته است، از جمله متاوه و همکاران (۲۰۱۶) در مورد تأثیرگذاری مثبت راه‌کارهای معنوی/ مذهبی در بیماران مبتلا به ایدز و میهالجویس و همکاران (۲۰۱۶) در مورد کاهش افسردگی و ارتقا سلامت روان از طریق این دسته از درمان‌ها، مطالعه نموده‌اند. اما مطالعه‌ای پدیدار شناختی، مبتنی بر تجارب معنوی/ مذهبی مبتلایان به بیماری‌های مزمن و به‌طور خاص ام‌اس صورت پذیرفته است. مطالعه حاضر باهدف شناخت پدیدارشناسانه نحوه مواجهه مبتلایان به ام‌اس با مسئله معنویت/ و مذهب و ارزیابی تجارب آنها صورت پذیرفت تا بتواند ارزیابی دقیق‌تری در راستای ارائه و راه‌کارهای روانشناختی برای ارتقا رفاه و سلامت جسمانی- روانی - معنوی این بیماران اتخاذ نماید.

● روش

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با روش پدیدارشناسی صورت پذیرفت، با استفاده از روش مصاحبه عمیق، داده‌ها گردآوری شده، متن مصاحبه‌ها پیاده و مورد تحلیل قرار گرفتند. جامعه آماری شامل تمام بیماران ام‌اس هستند. محدودیتی برای شرکت‌کنندگان از لحاظ سن، جنس، سن ابتلا و درجه EDSS^۲ در نظر گرفته نشد. ملاک‌های خروج از طرح عبارت‌اند از؛ وجود بیماری سایکوتیک و سابقه بستری در بیمارستان روانی، ابتلا به سایر اختلال‌های نورولوژیک همراه.

از ۴۲ نفر متقاضی شرکت در طرح، ۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از آنجاکه ملاک حجم نمونه به اشباع رسیدن اطلاعات بود، بعد از مصاحبه با ۱۲ نفر اطلاعات به اشباع رسید، جهت حصول اطمینان جمع‌آوری داده‌ها تا ۱۵ نفر ادامه یافت. میانگین سن شرکت‌کننده‌ها ۳۱/۶۷ (سن بین ۱۸ تا ۴۲) سال بود و ۸ نفر از شرکت‌کننده‌ها (۴/۵۳٪) زن بودند. میانگین دوره ابتلا به بیماری ۶ سال (بین ۲ تا ۱۶) بود. ۱۱ شرکت‌کننده (۴/۷۳٪) از نوع خاموشی - عود بودند، ۳ نفر (۲۰٪) از نوع پیشرونده ثانویه بودند و یک نفر پیش‌رونده اولیه در طرح قرار داشتند. ۶ نفر از شرکت‌کننده‌ها متأهل و چهار نفر از آنها دارای فرزند بودند. به لحاظ استفاده از وسایل کمکی در یک پیوستاری از توانایی راه رفتن بدون مشکل تا استفاده از ویلچر قرار داشتند. هر شرکت‌کننده برحسب مشکلات، توانایی فیزیولوژیکی و آمادگی روانی طی دو تا سه جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای مورد مصاحبه قرار گرفت. این جلسات شامل مصاحبه روانپزشکی، مصاحبه تاریخچه فردی، مصاحبه عمیق بود.

● ابزار

□ الف: مصاحبه عمیق: از آنجاکه پژوهش به دنبال جستجوی تجربه شخصی بیماران در مورد معنویت و مذهب بعد از ابتلا به بیماری بود، از مشارکت‌کننده‌ها خواسته شد در مورد تجارب معنوی و مذهبی خود توضیح داده و به سؤالاتی از قبیل موارد زیر پاسخ دهند؛ «آیا بیماری منجر به تغییر در روابط معنوی و مذهبی، باورها و دیدگاه‌های شما در این زمینه شده است؟»، «آیا بعد از ابتلا به بیماری در این رابطه به تجربه جدیدی برخورد کردید که قبل از آن نداشته باشید؟» و در طی مصاحبه بر اساس پاسخ‌های شرکت‌کننده‌ها سؤالات پیگیری برای دستیابی به اطلاعات جزئی‌تر پرسیده می‌شد.

□ ب: مصاحبه روانپزشکی و بررسی تاریخچه: مصاحبه غربالگری مطابق ملاک‌های DSM V صورت پذیرفت.

در این مطالعه از دو شیوه تحلیل داده‌های کیفی، روش IPA^۳ (لیونس و کوپل، ۲۰۰۸) همچنین روش کلایزی (کرسول، ۲۰۰۷) استفاده شد. ابتدا مصاحبه‌ها پیاده شده، چندین بار برای دستیابی به ادراک کلی از اظهارات شرکت‌کننده‌ها مورد مطالعه و بازخوانی قرار گرفتند. جملاتی که مهم و مرتبط با پدیده مورد مطالعه ارزیابی شد در متن مشخص شد. به وسیله حاشیه‌نویسی معانی اولیه ذخیره شد. در مرحله بعد اظهارات عمده شرکت‌کننده‌ها در جدولی جداگانه قرار گرفت و مطابق رویکرد (IPA) عبارات خاص با محتویات روانشناختی، و طبق روش کلایزی مفاهیم فرموله شده در روبروی آن آورده شد. در جدول هم، در روبروی هر اظهار عمده‌ای کدبندی صورت پذیرفت (جدول ۱).

جدول ۱. نمونه‌ای از اظهارات عمده، معنای فرموله شده و کدبندی

کدبندی	معنای فرموله شده	اظهارات عمده
۱. افتادن از چشم خدا	انجام گناهان باعث از چشم خدا افتادن می‌شود و بنابراین خدا تقاص گناهان را از آدم می‌گیرد و چون میزان گناه با میزان عذاب و عقوبت تناسب ندارد در حق من بی‌عدالتی شده است و البته این نوع افکار درست نبود	فکر می‌کردم از چشم خدا افتادم... با میل و رغبت شخصی خودم نماز نمی‌خوندم مثلاً دانشگاه می‌رفتم دیگه نماز نمی‌خوندم. بعد همچین احساسی داشتم که از چشم خدا افتادم... در حق من بی‌عدالتی شده.. همش احساس می‌کردم که این بیماری مجازات اون کاریه که کردم... بیماری متناسب با اون گناهی که من کردم نیست... خودم رو مستحق نمی‌دونستم.
۲. مقابله منفی با خدا		
۳. انجام ندادن رفتارهای مذهبی		
۴. احساس بی‌عدالتی		
۵. بیماری تقاص گناهان		

به دنبال این مرحله، جدولی متشکل از سه ستون تهیه شد و کدبندی‌ها به‌طور جداگانه وارد ستون اول گشتند، در ستون دوم کدبندی‌ها به‌صورت موضوع‌هایی دسته‌بندی شده و نهایتاً در ستون سوم خوشه‌های اصلی و فرعی از تجمیع موضوع‌ها به دست آمدند. این مراحل مطابق روش کلایزی صورت گرفت و در نهایت خوشه‌های مشخصی ارائه شد (جدول ۲). اما در ادامه موضوع‌هایی نیز از قسمت معنای فرموله شده استخراج شدند که کیفی‌تر و تحلیلی‌تر هستند. جهت بررسی اعتبار اطلاعات به‌دست‌آمده برای دو دانشجوی دکتری که با روش تحلیل کیفی آشنایی داشتند ارسال شد و کدها، موضوع‌ها و مقولات مورد ارزیابی قرار گرفته شد. جهت بررسی روایی نتایج برای شرکت‌کننده‌ها ارسال شده و مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۲. نمونه خوشه بندی

خوشه اصلی	خوشه فرعی	موضوع	کدبندی
تعریف معنویت و مذهب		همسانی معنویت و دین همراستایی معنویت و دین	معنویت همان کسب آرامش از راه مذهب
			کسب تجربه معنوی در ارتباط با خدا
			رسیدن از مسیر دین به معنویت
تغییر در نگرش نسبت به دین	مثبت	تغییر در اصول و عقاید رابطه عمیق و مثبت با خدا	تسلیم در برابر خدا
			تلاش برای کسب رضایت خدا
			برقراری روابط عمیق معنوی حس درونی مثبت به خدا
	منفی	تعارض و تضاد دورزی با دین	از دست دادن اعتقادات گذشته شک در مورد محبت خدا بودن
			عدم انجام رفتارهای گذشته اعتقاد به بی عدالتی
			سست شدن باورهای دینی قبل باور انتقام و تقاص

● یافته ها

نتایج حاکی از تجربه جدید و متفاوت معنوی / مذهبی شرکت‌کننده‌ها به دنبال ابتلا به بیماری «م/س» است. این تجارب، از یک تغییر ابتدایی تا یک تحول عمیق و گسترده در تمام زندگی، و در یک طیف مثبت تا منفی، گزارش شده است. رویارویی با مسئله معنویت / مذهب بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر در پنج خوشه اصلی قرار می‌گیرد که عبارت‌اند از؛ همسانی تعریف معنویت و مذهب، انجام رفتارهای معنوی / مذهبی، جایگاه خدا در زندگی، راهبردهای معنوی، تغییر در نگرش نسبت به دین. در ادامه به خوشه‌های اصلی و خوشه‌های فرعی مرتبط با آن اشاره می‌شود؛

○ ۱-۱. همسانی تعریف از معنویت و مذهب: شرکت‌کننده‌ها مذهب را عامل ایجاد معنویت دانسته و فرد مذهبی و دین‌دار را معنوی‌تر می‌دانند. حتی افرادی که به تقیدات دینی پایبند نیستند نیز معنویت بدون مذهب را معنوی‌تری می‌دانند. حتی افرادی که به تقیدات دینی پایبند نیستند نیز معنویت بدون مذهب را معنوی‌تری می‌دانند. حتی افرادی که به تقیدات دینی پایبند نیستند نیز معنویت بدون مذهب را معنوی‌تری می‌دانند. حتی افرادی که به تقیدات دینی پایبند نیستند نیز معنویت بدون مذهب را معنوی‌تری می‌دانند. حتی افرادی که به تقیدات دینی پایبند نیستند نیز معنویت بدون مذهب را معنوی‌تری می‌دانند. حتی افرادی که به تقیدات دینی پایبند نیستند نیز معنویت بدون مذهب را معنوی‌تری می‌دانند. حتی افرادی که به تقیدات دینی پایبند نیستند نیز معنویت بدون مذهب را معنوی‌تری می‌دانند.

آنها مذهب را نوعی دین‌داری بر شمرده‌اند که خدا خواسته است. شرکت‌کننده ۱ می‌گوید: «مذهب یعنی دین‌داری که خدا می‌خواهد. معنویت هم چیزی جدا از اون نیست... مذهبه که به آدم معنویت می‌ده... شاید من آدم خیلی مذهبی نیستم اما به همون اندازه که مذهبی ام معنوی هم هستم...».

○ ۱-۲. *انجام رفتارهای معنوی و مذهبی*: انجام رفتارهای معنوی / مذهبی متأثر از نوع نگرش دینی، نوع ارتباط باخدا و هویت دینی شرکت‌کننده‌هاست. این خوشه شامل دو خوشه فرعی، برقراری رابطه به سبک شخصی، و برقراری رابطه مبتنی بر رفتارهای دینی، است. برخی از شرکت‌کننده‌ها به برقراری ارتباط باخدا به شیوه و سبک شخصی اعتقاد دارند و روش‌های معمول را انجام نمی‌دهند. اما اغلب شرکت‌کننده‌ها (۱۲ نفر) بر این باورند که انجام رفتارهای مذهبی مانند نماز، روزه و دعا منجر به ایجاد احساس نزدیکی باخدا، برقراری ارتباطی قوی‌تر با وی شده، شیوه مفیدی برای کسب آرامش است، این باور صرف‌نظر از پایبندی افراد به رفتارهای مذهبی است.

○ ۱-۳. *جایگاه خدا در زندگی*: این خوشه شامل سه خوشه فرعی تصور از خدا، دلایل ارتباط باخدا، و شیوه برقراری ارتباط باخدا است.

● تصور از خدا:

○ *خدا به‌عنوان حامی و همراه*: این گروه اذعان می‌کنند که خداوند همراه همیشگی آنها بوده است. شرکت‌کننده ۳ و ۱۱ بر این باورند که؛ خدا بعد از ابتلا آنها به بیماری بیش از قبل به آنها لطف داشته حتی افرادی را وسیله برای کمک‌رسانی به ایشان قرار داده است: «... همه خیلی با من خوبین و کنار میان با شرایط من، میان که به من کمک کنن.. خب اینا لطف خداست...».

○ *خدا به‌عنوان انتقام‌گیرنده سخت*: تصویری است در برابر این باور که؛ بیماری انتقام‌گناهان فرد بوده. این نوع تصور، از خدا موجودی ناملایم، نامنعطف و انتقام‌گیرنده‌ای بی‌منطق می‌سازد که مسبب بلاهای زندگی است. شرکت‌کننده ۹ می‌گوید: «من می‌دونم خدا دوستم نداره. مریضی ام هم انتقام بوده که خدا ازم گرفته... می‌دونم آخرش من تو تنهایی بمیرم بو بگیرم، همسایه‌ها از بوی تعفن بیان پیدام کنن... اینکه تو جوونی اینطور شدم نشون دهندۀ انتقام خداست..». در این گروه افرادی نیز به این شدت اعتقاد به انتقام‌گیرنده بودن خداوند ندارند، اما یکی از دلایل ابتلا به بیماری را تقاص گناہانی می‌دانند که در گذشته انجام داده‌اند.

○ *خدا به‌عنوان جبار و قادر مطلق*: این افراد از آنجاکه خداوند را قادر مطلق می‌دانند

ابتلا و بهبودی را دست خدا دانسته و اختیار را تا حدود زیادی چه در امر ابتلا و چه در امر بهبودی، از خود سلب می‌نماید. این نوع تصور تلاش می‌کند قدرت خدا را به مواردی مانند حکمت، مشیت و تقدیر مرتبط سازد. بنابراین اگرچه افرادی با این تصور قادر به درک علت کارهای خدا نیستند اما آن را در چارچوب مفاهیم ذکرشده منطقی می‌دانند. خدا از دیدگاه آنان وجودی است که بیماری و رنج را بر آنان تحمیل کرده، در برابر خواسته‌هایش بی‌اختیارند، اما این تحمیل از سر نابخردی و زورگویی نیست.

○ **خدا به‌عنوان یک وجود مبهم و غیرقابل ادراک؛** این تصور از خدا گاهی فرد را تا سر حد تشکیک در خیالی بودن چنین وجودی نیز پیش می‌برد، اما مطالعه حاضر به موردی از انکار خدا برنخورده است.

○ **خدا به‌عنوان حکیم مهربان و قادر متعال؛** تصور این افراد از خداوند وجودی حکیم و داناست که دانایی او در حد ادراک ما نیست و اگرچه هر آنچه بخواهد، انجام می‌دهد اما این توانایی در راستای ارتقا و رشد شخصیت انسان است. شرکت‌کننده ۱۲ می‌گوید: «وقتی یه مورچه الکی نیامد زیر پای حضرت سلیمان، من می‌خواد الکی فلج شده باشم؟!، حتما یه حکمتی توشه، برای من که روشنه، من اصلاً به این حالت‌هایی که الآن رسیدم با سلامتی نمی‌رسیدم.. ساخته!... ولی توش رد پای خداست، با اون لذت می‌برم...».

تصور افراد از خدا اغلب یک تصور نسبتاً ثابت است اما در برخی از شرکت‌کننده‌ها، ترکیبی از چند مورد نیز مشاهده شد.

● **علل ارتباط باخدا:**

○ **کسب آرامش؛** یکی از عمده‌ترین دلایل ارتباط باخداست. عوامل متعددی ذکرشده که در برقراری ارتباط باخدا منجر به آرامش می‌شود از جمله؛ اعتقاد به همه‌توانی و قادر مطلق بودن خداوند، توانایی برآورده ساختن نیازها، خیررسانی به انسان. از سوی دیگر گفتگو با چنین منبعی ماهیت تخلیه هیجانات بالایی دارد. عده زیادی از شرکت‌کننده‌ها باخدا در راستای کاهش ترس‌ها، اضطراب‌ها و دغدغه‌هایشان و در نتیجه به امید دستیابی به آرامش ارتباط برقرار می‌کنند.

○ **گریز از تنهایی؛** عامل دیگری برای پناه بردن به خداست. در مطالعه حاضر اغلب

در افرادی این دلیل برای ارتباط باخدا مشاهده می‌شود که یا مجرد هستند و یا روابط آشفته زناشویی دارند، تنهایی و جمع‌گریزی را به‌گرایش به جمع ترجیح می‌دهند و تعاملات خانوادگی محدودی دارند. شرکت‌کننده ۱۱ می‌گوید: «یه وقتایی تنهایی بهم فشار میاره، دعا که می‌خونم، نماز که می‌خونم یا یه مدتی می‌شینم پای جانماز حالم بهتر می‌شه». ارتباط باخدا حس تنها بودن فرد را کاهش می‌دهد. به‌طور عکس نیز برخی شرکت‌کننده‌ها گزارش نموده‌اند که تخریب رابطه‌ی ایشان باخدا منجر به تشدید احساس تنهایی آنها شده است.

○ ترس: ترس از عقوبت، ترس از وخیم‌تر شدن بیماری، ترس از دنیای دیگر که همگی آنها تحت سیطره‌ی خداوند است عامل دیگر در برقراری ارتباط باخدا است. این ترس که در برخی از موارد همراه باخشم می‌باشد، نیز منجر به برقراری ارتباط با خداوند هست اما این افراد ارتباطی همراه با تعارض شدید را تجربه می‌نمایند.

○ امید به شفا؛ در افرادی مشاهده می‌شود که کمتر نسبت به خدا خشمگین هستند و درعین حال او را قادر مطلق می‌دانند. شرکت‌کننده ۱۱ می‌گوید: «می‌خواهم واقعاً ازش که شفا بده به من.. من واقعاً چیزی تو زندگی ام ندارم... نه پدر و مادر، نه خانواده، نه هوش و استعداد نه زیبایی و چهره‌ی خوب، سر همه اینا یه مریضی و ناتوانی هم هست... واقعاً امید دارم این یکی رو به من بده»

○ احساس گناه؛ عذاب وجدان ناشی از گناهان انجام‌شده مانند هراس، همراه باخشم نسبت به خداوند نیز مشاهده می‌شود. این افراد به دلیل سطح بالای اضطراب، تلاش می‌کنند از هرگونه ارتباطی باخدا اجتناب نمایند (شرکت‌کننده ۹).

○ دادوستد؛ دریافت درخواست در قبال انجام رفتارهای مذهبی دلیل برقراری ارتباط باخدا در برخی شرکت‌کننده‌ها است که به رابطه جنبه‌ی دادوستد می‌دهد.

○ عشق و محبت؛ عشق و علاقه واقعی نسبت به خدا اگرچه بسیار معدود (تنها شرکت‌کننده ۱۲)، اما منجر به برقراری ارتباط اثربخشی باخدا شده است.

نمی‌توان گفت هر فرد تنها به یک دلیل باخدا ارتباط برقرار می‌کند، هر شرکت‌کننده دلایل متعددی برای برقراری ارتباط باخدا دارد و درواقع در هر شرکت‌کننده می‌توان مجموعه‌ای از دلایل ذکرشده را مشاهده نمود.

● نوع رابطه باخدا:

شرکت‌کننده‌ها برحسب دلایلی که برای برقراری ارتباط باخدا دارند و تصویری که از او دارند، باخدا ارتباط برقرار می‌کنند. لازم به ذکر است که در تحقیق حاضر هیچ شرکت‌کننده‌ای مشاهده نشد که ارتباط باخدا در وی به‌تنهایی مبتنی بر خشم و تنش باشد، بلکه قبل از بروز خشم حتماً یا ترس از خدا وجود داشته و یا احساس گناه مشاهده شده است.

○ *رابطه مملو از ترس و تعارض (همراه باخشم یا بدون خشم)*؛ این نوع رابطه ناشی از تصور جبار مطلق بودن خداوند است. این افراد از آنجاکه زندگی را جبر مطلق می‌دانند، بیماری، تشدید علائم و بهبودی را نیز خواسته خدا پنداشته، خود را ناتوان از هرگونه اراده‌ای خلاف اراده خدا می‌دانند. بنابراین بر اساس ترسی که ناشی از ابتلا به بیماری در آنها ایجاد شده، باخدا ارتباط برقرار می‌کنند. تلاش می‌کنند به خاطر ترس از پیامدهای ناشکری، از شکرگزاری خدا غفلت نمایند. در این افراد تسلیمی همراه با ترس مشاهده می‌شود که در برخی همراه باخشم نیز هست، و چون مبنای این ترس محبت نیست، منبع ایجاد تعارض می‌گردد، شرکت‌کننده ۱۴ می‌گوید: «بعضی وقتا هولم بر می‌داره.. آخه کاری نکرده بودم که خدا بخواد این‌طور تقاص بگیره... نماز زیادتر می‌خونم، می‌گم شاید یه کاری کردم اینجوری برطرف شه... لاقل بدتر نشم..».

○ *رابطه همراه با احساس گناه (همراه باخشم یا بدون خشم)*؛ از آنجاکه اغلب شرکت‌کننده‌ها علت اصلی ابتلا به بیماری را تقاص گناهان می‌دانند، تعاملی بر همین اساس باخدا برقرار می‌نمایند. گروهی آن را قابل جبران می‌دانند و در برخی موارد از این بابت شکرگزار نیز هستند. اما گروهی دیگر به مقایسه میزان گناه انجام شده با تنبیه در نظر گرفته شده می‌پردازند و رفتار خدا را ناعادلانه دانسته، به همین دلیل، رابطه‌ای مبتنی بر احساس گناهی همراه باخشم باخدا برقرار می‌کنند. درعین حال از ارتباط باخدا نیز می‌گریزند، و به گروه بعدی که از توجه به خدا اجتناب می‌ورزند، نزدیک می‌شود. این دو گروه افرادی هستند که تعارضات شدیدی در باور به خدا دارند و در مورد ارتباط باخدا تصمیم نگرفته‌اند.

○ *تلاش برای کاهش و انحراف توجه از خدا*؛ ماهیت این اجتناب متغیر و متفاوت است، اما اغلب دارای ماهیتی تعارض‌آمیز است، به طوری که فرد صحبت‌های متناقضی در مورد رابطه‌اش باخدا می‌گوید که بیانگر سردرگمی در رابطه است.

○ *رابطه بر مبنای امید و حمایت طلبی؛* برخی به دنبال دریافت حمایت از سوی خدا رابطه‌ای امیدوارانه و همراه با تقاضاهای متعدد از وی، برقرار می‌کنند. امید به شفا، معجزه و بهبود، امید اجابت دعاها و برآورده شدن آرزوهایی مانند فراهم کردن شرایط مناسب ازدواج یا شرایط مناسب شغلی و..، امیدهایی هستند که نوع تعامل باخدا را در این افراد تعیین می‌کنند.

○ *رابطه بر اساس عشق و محبت؛* تصور از خدا به‌عنوان حکیم مهربان و قادر به این افراد احساس اعتماد می‌دهد. با حضور خدا سعی می‌کنند تنهایی، دردها و تنش‌های خود را کاهش می‌دهند. آنها از برقراری ارتباط با چنین خدایی راضی هستند و آرامش کسب می‌کنند. ضعف و قوت این احساس عشق و محبت بر روی نوع ارتباط باخدا تأثیر می‌گذارد. شرکت‌کننده ۵ بر این اساس که در کار خدا حکمتی وجود دارد و خدا خیر بنده‌اش را می‌خواهد ارتباطی بر اساس محبت باخدا برقرار کرده است. شرکت‌کننده ۱۲ نیز می‌گوید: «خدا خوب خدا/بیش رو بلده، ما بندگی رو بلدیم؟! تو این مدت معجزه‌ها دیدم، حکمت‌ها دیدم گاهی خانمم می‌گه خدا زمزم تو دیدت باز کرده با این بیماری».

○ ۱-۶. *راهبردهای معنوی؛* بر حسب جایگاهی که خدا در زندگی شرکت‌کننده‌ها دارد دو دسته راهبردهای مثبت و منفی معنوی اتخاذ می‌کنند. راهبردهای منفی، مبتنی بر هیجانات منفی است. هیجاناتی مانند ترس از عذاب الهی و احساس گناه. و راهبردهای مثبت مبتنی بر مثبت اندیشی و امید است.

● **راهبردهای منفی:**

افرادی که ترس از عذاب الهی در آنها بر امید به مغفرت غالب است خود را ناتوان در برابر قدرت خدا می‌دانند از احساس گناه مداوم خشمگین شده و به رفتارهای متعارضی در این رابطه می‌پردازند. این افراد نیز مجموعه دلایلی را برای ابتلا به بیماری ذکر می‌کنند که تقاص گناهان و بی‌عدالتی خداوند در رأس آنهاست. به طوری کلی راهبردهای منفی در سه گروه قرار می‌گیرند؛ تضاد ورزی باخدا و مقابله‌به‌مثل، سعی در اجتناب از خدا، سعی در برقراری رابطه باخدا به دلیل ترس.

● راهبردهای مثبت:

شرکت‌کننده‌ها به‌طور غالب از شش راهبرد مثبت معنوی بهره‌برداری می‌نمایند که عبارت‌اند از؛ استفاده از نیروی شفافبخش دعا، ارزشمند سازی تجربه درد و رنج، ارائه دلیل‌های مبتنی بر دین برای عوامل تنش‌زا و غیرمترقبه مانند بیماری (حکمت و مشیت الهی)، انجام مناسک دینی، حضور در جلسات مذهبی و رفتارهای مذهبی / معنوی.

○ ۱-۵. تغییر در نگرش نسبت به دین؛ به‌طور کلی ابتلا به بیماری منجر به تغییر نگرش دینی در شرکت‌کننده‌ها شده است. گروهی این تغییرات را مثبت ارزیابی نموده، معتقدند رابطه‌ای عمیق‌تر، درونی‌تر و بهتر با خدا برقرار کرده‌اند. گروهی دیگر اظهار می‌کنند که بیماری منجر به تغییر دیدگاه و باور دینی آنها در جهت کاهش رابطه و نهایتاً تضعیف روحیه دین‌داری در آنها بوده است.

● بحث و نتیجه‌گیری

○ بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) به‌عنوان یک بیماری مزمن، ناتوان‌کننده و لاعلاج، بیماران را با مجموعه سؤالاتی در مورد چرایی ابتلا به بیماری، معنا و هدفمندی زندگی روبرو می‌نماید. همان‌طور که بوسسینگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز معتقدند در چنین شرایط بحرانی مسئله دین، خدا و معنویت، همچنین میزان مداخله خداوند در ابتلا به بیماری، روند بیماری و نهایت آن، برای بیماران مطرح می‌گردد. مطالعه حاضر که یک مطالعه کیفی است اولین مطالعه در این زمینه می‌باشد که باهدف بررسی پدیدارشناسانه تجارب مبتلایان به ام‌اس در مورد معنویت و مذهب صورت پذیرفته است.

○ همان‌طور که متاوه و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مورد مبتلایان به /ایدز مطرح نموده‌اند، اغلب شرکت‌کننده‌ها بعد از ابتلا به بیماری به تجربه جدید و عمیق و متفاوتی نسبت به دین، معنویت و دیدگاه نسبت به خداوند دست‌یافته‌اند. البته مطالعه حاضر این تغییر نگرش را در یک طیف مشاهده می‌نماید. به‌علاوه اینکه هرچقدر این تغییر نگرش ناشی از ایجاد دریافت‌های درست و مستقیم از منابع اصیل بوده باشد، در انتخاب مسیر بدون چالش به فرد کمک مؤثرتری نموده است.

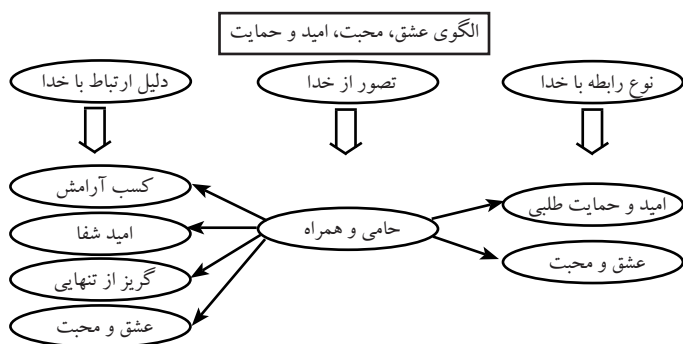
○ جایگاه خدا در زندگی شرکت‌کننده‌ها در نوع مواجهه و رویارویی معنوی آنها،

همچنین انتخاب راهبردهای انطباقی معنوی تأثیر بسزایی دارد. همان‌طور که ذکر شد مطالعه حاضر با موردی از انکار خدا مواجه نشده است. در واقع همان‌طور که روزمارین و همکاران (۲۰۱۳) نیز دریافتند صرف‌نظر از انتساب به مذهب و دین اغلب مردم به حضور خداوند اعتقاد دارند و باور به خدا و جایگاه خدا در زندگی بیماران به‌شدت بر دیدگاه آنها به زندگی، سلامت روانی و سبک زندگی ایشان تأثیرگذار است.

○ نتایج مطالعه حاضر گویای آن است که به‌طور خاص در مبتلایان به «ام‌اس» جایگاهی که برای خداوند قائل هستند بسیار متأثر از نحوه پاسخگویی شرکت‌کننده‌ها به مسئله «چرایی» ابتلا به بیماری است. همین سؤال اولین رویارویی این افراد با مسئله دین و معنویت است. اگرچه مطالعات متعددی تلاش کرده‌اند مفهوم دین و معنویت را از یکدیگر تفکیک نمایند تا جایی که برخی نقش معنویت را در سلامت مثبت و نقش مذهب را در آن منفی ارزیابی نموده‌اند (زیمر و همکاران، ۲۰۱۶)، اما در این مطالعه شرکت‌کننده‌ها دین و معنویت را در راستای یکدیگر قلمداد نمودند به این معنا که ایشان اگرچه به تمایز مفهومی این دو واقف بودند اما آنها را در جهت و راستای یکدیگر برآورد نمودند. مؤید نظر رستگار و نوبری (۱۳۹۴) چنین تلاقی دین و معنوی ناشی از ماهیت دین اسلام است که حتی شرکت‌کننده‌هایی که ارتباطات مذهبی / معنوی خود را در چارچوبی منحصر به فرد تعریف کرده‌اند بازهم از راه‌کارهای مذهبی بهره برده‌اند (مثل ذکر، خلوت، مناجات، نوع دوستی، انفاق و صدقه). همان‌طور که حسینی و همکاران (۲۰۱۶) نیز اشاره نمودند رفتارها و فعالیت‌های مذهبی در شرکت‌کننده‌ها متعدد و متنوع است و یک رفتار و فعالیت خاص مذهبی در چند فرد تأثیرات متفاوتی دارد. بنابراین با توجه به یافته‌های این پژوهش پنج الگوی متفاوت را در مواجهه مبتلایان به بیماری ام‌اس با مسئله معنویت / مذهب می‌توان بیان نمود.

○ *الگوی امید، محبت و حمایت*؛ این افراد خدا را حامی و همراه می‌دانند به دلیل کسب آرامش، امید شفا، گریز از تنهایی و عشق و محبت قلبی با وی ارتباط برقرار می‌کنند. بنابراین رابطه‌ای مملو از امید و حمایت‌طلبی، و عشق و محبت با خداوند دارند (شکل ۱-). بوسسینگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز بر این باورند که این بیماران دوست دارند به کمک خداوند امید و اعتماد داشته باشند و از این طریق احساس آرامش کسب می‌کنند. فرانکل (۱۹۰۵-۱۹۹۷)، به نقل از قرازیبایی و همکاران، (۱۳۹۱) معتقد است انسان وقتی با وضعیت تغییرناپذیری مانند

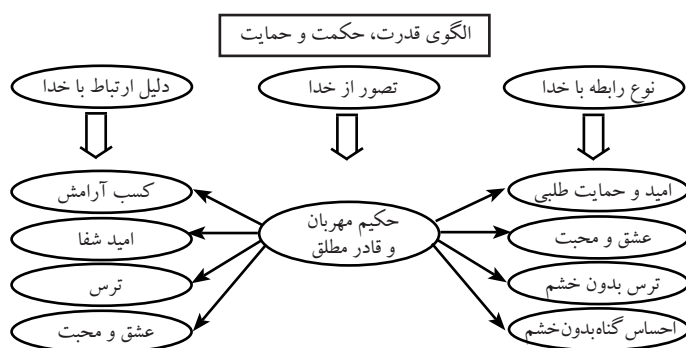
یک بیماری درمان‌ناپذیر روبروست، این فرصت را یافته است که به عالی‌ترین و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد. در این الگوی تعاملاتی با منبع معنویت اغلب جستجوی چنین فرصتی مشاهده می‌گردد. این گروه از شرکت‌کننده‌ها راهبردهای معنوی مثبت را برای مقابله با بیماری اتخاذ می‌نمایند. اگرچه عده بسیار معدودی در این گروه قرار می‌گیرند اما این افراد معنای زندگی خود را یافته‌اند، کمتر دچار نگرانی می‌شوند، راحت‌تر با پیامدهای بیماری مواجه می‌گردند و به‌طور کلی بهتر توانسته‌اند «خود» را سازمان‌دهی نمایند.



شکل ۱. الگوی عشق، محبت، امید و حمایت

○ الگوی قدرت، حکمت و حمایت؛ این افراد تصورشان از خدا حکیم مهربان و قادر مطلق است (شکل ۲-۲). تا حدودی به جبر اعتقاد دارند، اما توجه به حکمت و مشیت الهی در این افراد قوی‌تر است و رنگ عاطفی‌تری به رابطه آن‌ها می‌دهد. بنابراین علل ارتباط این افراد با خدا کسب آرامش، گریز از تنهایی، امید به شفا و عشق و محبت همراه با ترس است. ولی نوع ارتباط آن‌ها با خدا از سر ترسی همراه باخشم نیست. آن‌ها وقتی برای بیماری خود دلایلی مبتنی بر حکمت و مشیت الهی می‌آورند و الطاف خدا را بازگو می‌کنند امیدشان بیشتر شده و ارتباط قلبی بهتری با خداوند برقرار می‌نمایند، درعین حال در ارتباط خود مجموعه هیجاناتی اعم از ترس، احساس گناه، امید، حمایت‌طلبی و محبت را تجربه می‌نمایند. این گروه از شرکت‌کننده‌ها نیز محدود هستند اما تعدادشان از گروه قبل بیشتر است. این افراد شرایط زندگی را پس از بیماری می‌پذیرند، سعی در معنایابی در زندگی دارند و توکل به خدا می‌کنند. بنابراین آن‌چنانکه گفته شد سعی دارند از طریق راهبردهای مثبت معنوی به بهبود و کاهش علائم خود نیز کمک نموده و بیماری را مدیریت کنند. بوسسینگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز این یافته را تأیید می‌کنند که افرادی که از رفتارهای معنوی / مذهبی استفاده می‌کنند در

روپارویی با شرایط دشوار بیماری از انطباق بهتری برخوردارند و بنا بر نظر کشاورز و یوسفی (۱۳۹۱) میزان تاب‌آوری بالاتری نیز دارند. همان‌طور که در مطالعه لوکتته و همکاران (۲۰۱۶) مشاهده می‌شود نتایج مطالعه حاضر نیز به‌طور کلی دو عامل معنوی / مذهبی مراقبت‌کننده در برابر یاس و افسردگی در بیماران را معنا و حفظ امید برآورد می‌نماید. همان‌طور که موریرا و همکاران (۲۰۱۶) نیز معتقد هستند عامل امید به خدا در توانایی تحمل درد و رنج بیماری بسیار کمک‌کننده است.

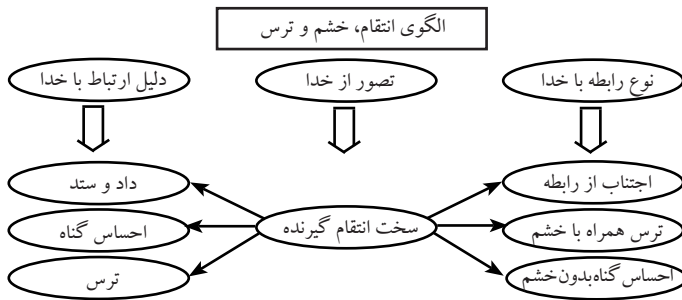


شکل ۲. الگوی قدرت، حکمت و حمایت

همان‌طور که متاوه و همکاران (۲۰۱۶) در مورد مبتلایان به ایدز نیز یافتند، این گروه از شرکت‌کننده‌ها به‌وسیله اعتقاد به باورهای مذهبی و رفتارهای معنوی / مذهبی به کاهش احتمال عود بیماری و کاهش پیشرفت بیماری در خود کمک می‌نمایند. شرکت‌کننده‌هایی با دو الگوی ذکر شده از مجموعه راهبردهای مثبت معنوی بهره می‌گیرند که مانع از احتمال عود یا تشدید علائم در آنها می‌شود. به این ترتیب بیماری را کنترل می‌نمایند. این یافته مؤید بسیاری از مطالعات در زمینه تأثیرگذاری راهبردهای معنوی / مذهبی بر بیماری‌های متعدد است (نایارا و همکاران، ۲۰۱۶، لوکتته و همکاران، ۲۰۱۶ و...). پارگامنت و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند اگرچه باورها و تمرین‌های معنوی / مذهبی در بسیاری از افراد به‌عنوان راهبردهای انطباقی عمل کرده و در راستای سازگاری بیشتر ایشان با شرایط می‌باشد اما در برخی موارد منجر به ایجاد کشمکش‌ها و تعارضاتی در افراد می‌گردد. الگوهای بعدی بیانگر مجموعه‌ای از این نوع تعارضات و کشمکش‌های درونی هستند.

○ *الگوی انتقام، ترس و خشم*؛ افرادی با این الگو خداوند را انتقام‌گیرنده‌ای سخت می‌دانند، از او به‌شدت می‌هراسند، نسبت به گذشته خود احساس گناه دارند، بیماری را

تقاص گناهان خود می‌دانند و گمان می‌کنند می‌توانند با خدا دادوستد نمایند (شکل ۳). رابطه‌ای همراه با ترس و احساس گناه با خداوند برقرار می‌نمایند اما هم ترس و هم احساس گناه همراه باخشم و تعارض بالاست. همان‌طور که گل‌پرور و همکاران (۱۳۹۴) معتقدند باور به ناعادلانه بودن دنیا فرد را از نظر شناختی، عاطفی و هیجانی در وضعیت نامناسبی قرار داده، نظام شناختی و تفسیری فرد را چنان منفی نماید که وی را به حالاتی مانند ناامیدی، و تمایل هیجانی به انتقام‌جویی و جبران سوق دهد که نتیجه مستقیم آن پرخاشگری است.

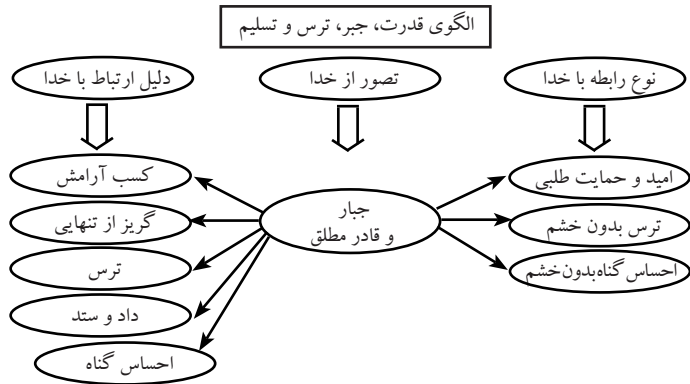


شکل ۳. الگوی انتقام، خشم و ترس

افرادی با این الگو مجموعه راهبردهای معنوی منفی را انتخاب و به کار می‌گیرند. از آنجاکه این افراد نتوانسته‌اند بیماری را بپذیرند، بنابراین در خلق معنایی برای زندگی خود در شرایط جدید ناتوان‌اند، مسئولیت مشکلات خود را بر عهده نمی‌گیرند، در روابط خود با چالش و تنش روبرو هستند. همچنین در برقراری هرگونه ارتباطی با خود و در تنهایی دچار ضعف هستند. بنابراین ساختار «خود» به شدت متأثر از بیماری و در آستانه فروپاشی است. با مشخصات ذکر شده به نسبت دو گروه بالا تعداد بیشتری از مبتلایان با این الگوی معنوی / مذهبی مشاهده می‌شوند.

○ **الگوی قدرت، جبر، ترس و تسلیم؛** این گروه تصورشان از خدا جبار و قادر مطلق است، احساس گناه و ترس قابل توجهی تجربه می‌نمایند که علل اصلی ارتباط ایشان با خداوند است، از این رو رابطه ایشان با خدا جنبه دادوستد می‌یابد (شکل ۴). اگرچه از راهبردهای مثبت معنوی استفاده می‌کنند اما در بسیاری موارد راهبرد منفی «سعی در برقراری رابطه با خدا به دلیل ترس» را به کار می‌بندند. شرایط بیماری را به صورت تسلیم منفعلانه می‌پذیرند، بنابراین بیماری به راحتی بر خودپنداری این افراد، باورها و اهدافشان تأثیر گذاشته

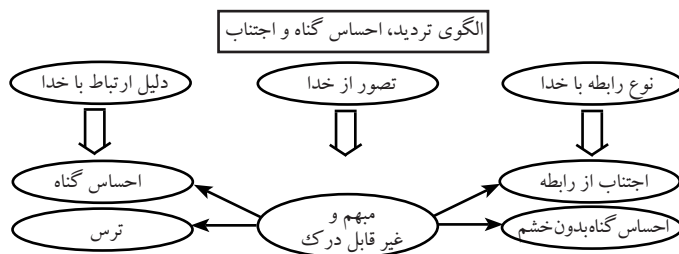
و تحت تأثیر شرایط متغیر بیماری تغییر می‌کند.



شکل ۴. الگوی قدرت، جبر، ترس و تسلیم

○ الگوی تردید، احساس گناه و اجتناب؛ افرادی با این الگو تصورشان از خدا موجودی مبهم و غیرقابل ادراک است (شکل ۵). نمی‌توانند با خداوند ارتباطی برقرار نمایند و بر این باورند که بیماری تقاص گناهان آنان است اما نمی‌خواهند تسلیم این باور و یا هر باور دیگری نسبت به خداوند شوند، زیرا به صورت غیر آشکار به شدت با احساس گناه و استیصال نسبت به این حس در خود مواجه می‌شوند. از آنجاکه خود را ناتوان در کاهش اضطراب ناشی از این رابطه پرتعارض می‌دانند، تلاش می‌کنند راهبرد منفی دوری و اجتناب از خدا را به کاربرند. این گروه هم‌زمان با بروز ناتوانایی‌های جدی ناشی از بیماری دچار تنش و آشفتگی شدید و احساس تنهایی فلج‌کننده می‌شوند. همان‌طور که گرابس و همکاران (۲۰۱۶) نیز معتقدند، افرادی با این سه نوع الگو در هر سه عامل خودپنداری یعنی؛ استحقاق، اعتماد به نفس و حرمت خود دارای ضعف هستند. مطابق با دسته‌بندی اکسلین و همکاران (۲۰۱۴) این سه گروه تعاملاتی از شش نوع کشمکش و تعارض معنوی / مذهبی، چهار نوع آن را تجربه می‌کنند. اغلب کشمش و تعارض باخدا، کشمکش در مورد معنای غایی زندگی را تجربه کرده‌اند. به میزان کمتر کشمکش‌های اخلاقی و کشمکش‌های مربوط به شک‌های دینی / معنوی را تجربه می‌کنند. هرچند به‌طور قطع در دو الگوی اول نیز این کشمکش‌ها قابل مشاهده است اما گرابس و همکاران (۲۰۱۶) تأکید بر نقش تداوم و شدت این تعارضات بر بیماری دارند. همان‌طور که پارگامنت و همکاران (۲۰۱۶) عنوان می‌نمایند تحقیقات طولی بیانگر این مسئله است که کشمکش‌های معنوی / مذهبی می‌تواند پیش‌بینی کننده افت‌های

پی‌درپی و متعاقب در سلامت جسمانی و روانی باشد. بنابراین سه گروه نهایی، با احتمال بالای تشدید علائم و عود بیماری روبرو هستند.



شکل ۵. الگوی تردید، احساس گناه و اجتناب

○ یافته‌های این مطالعه گویای آن است که در نتیجه بیماری نگرش دینی افراد دچار تغییر و تحولاتی می‌شود. منظور از نگرش دینی، طرز تلقی افراد نسبت به باورها، ارزش‌ها، عقاید، احساسات و رفتارهای دینی است. از آنجاکه ایجاد جهان‌بینی دینی، شاخص اصلی نگرش دینی محسوب می‌شود و از سوی دیگر ایجاد چنین نگرشی تنها در دو شرکت‌کننده به وقوع پیوسته است، می‌توان گفت بیماری در مواردی منجر به ایجاد نگرش دینی و در اغلب موارد منجر به تغییراتی در نگرش نسبت به دین، چه در جهت مثبت و چه در جهت منفی شده است.

○ ایجاد هویت دینی پایدار در افراد یعنی دستیابی به یک تعریف منسجم دینی از خود که انتخاب آزادانه و آگاهانه ارزش‌ها، باورها و اهداف مشخصه آن است منجر به ایجاد آرامش بیشتری در افراد، معنایابی، دستیابی به خویشتن اصیل، کمک به انسجام «خود» در این شرکت‌کننده‌ها شده است. زیمر و همکاران (۲۰۱۶) نیز نتایج این تحقیق را با تأکید بر این نکته تأیید می‌کنند که در افراد معنوی توانایی مذهبی بودن به ایجاد احساس کنترل خود، اعتماد به نفس و افزایش خودتنظیمی کمک می‌کند. هویت دینی را در شرکت‌کننده‌ها می‌توان در یک طیف مشاهده کرد که هر چه به سمت پایداری و انسجام پیش می‌رود فرد مطمئن‌تر، آرام‌تر، صبورتر و مقاوم‌تر در برابر مشکلات بوده و راحت‌تر به جامعه و زندگی عادی بازمی‌گردد. برعکس، شرکت‌کننده‌هایی که یا هویت دینی ناپایداری دارند و یا اساساً چنین هویتی در آنها شکل نگرفته در مواجهه با بیماری ضعیف‌تر و شکننده‌تر هستند، اغلب از جامعه گریزان بوده و از روند زندگی عادی جدا افتاده‌اند. همان‌طور که روزمارین و

همکاران (۲۰۱۶)، نایار / و همکاران (۲۰۱۶) و میهالجویس و همکاران (۲۰۱۶) بیان می‌کنند باور و اعتقاد دینی و معنوی عمیق و باور درونی به خداست که شفابخش و تاثیرگذار است، و دینداری سطحی مبتنی بر ترس و اجبار، آرامش درونی را به همراه نخواهد داشت. نتایج مطالعه حاضر گویای آن است که اغلب افراد از الگوهای تعاملاتی مبتنی بر عدم هویت ثابت دینی برخوردارند.

○ مطابق با نظر آبرونسون و کرمرس (۲۰۱۱) در مورد سازوکار اثر مؤلفه‌های معنوی / مذهبی، این رفتارها در دو الگوی اول دارای سازوکار اثری هستند که با توجه به آن می‌توان برنامه مداخله‌ای برای این بیماران تدوین نمود. بنابراین ارائه مداخلات روانشناختی مبتنی بر الگوهای معنوی / مذهبی «عشق، محبت، امید و حمایت» و «قدرت، حکمت و حمایت» می‌تواند به ارتقا سلامت جسمانی و روانی مبتلایان به ام اس کمک نماید. مطالعه حاضر به لحاظ محدود بودن حجم نمونه از قابلیت تعمیم اندکی برخوردار است اما توانسته به الگوهای ارزشمندی در رابطه معنوی مذهبی دست یابد که راهی فراروی محققین در ارزیابی این الگوها در سایر جوامع آماری قرار داده است.



یادداشت‌ها

1. Keil
2. Expanded Disability Status Scale
3. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)

● منابع

- رضائی، منصور، غلامعلی لواسانی، مسعود، حجازی، الهه. (۱۳۹۴). رابطه هوش معنوی و راهبردهای مدیریت زندگی با رفتار شهروندی سازمانی معلمان. *مجله روانشناسی*، ۱۹، ۳، ۳۱۴-۳۲۹.
- رستگار، عباسعلی، نوبری، علیرضا. (۱۳۹۴). مدل مفهومی معنویت قدسی مبتنی بر قرآن در سازمان، *فصلنامه مطالعات تفسیری*، ۶، ۲۳، ۸۱-۱۰۲.
- سام آور، عزت‌الله، هزارجریبی، جعفر، فداکار، محمدمهدی، کرمی، محمدتقی، شمسایی، محمدمهدی. (۱۳۹۲). سلامت معنوی؛ چارچوب، محدوده و مؤلفه‌های مبتنی بر آموزه‌های اسلام، *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۱۴، ۱-۲۵.
- قرازیبایی، فاطمه، علی‌اکبری دهکردی، مهناز، علی‌پور، احمد، محتشمی، طیبه. (۱۳۹۱). اثربخشی معنا

- درمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶، ۴، ۱۲-۲۰.
- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۴). مجموعه آثار، ج ۴، تهران: انتشارات صدرا.
- کشاوری، سمیه، یوسفی، فریده. (۱۳۹۱). رابطه هوش عاطفی، هوش معنوی و تاب‌آوری، مجله روانشناسی، ۱۶، ۳، ۲۰۰-۳۱۸.
- گل‌پرور، محسن، جوادیان، زهرا، برازنده، امین. (۱۳۹۴). رابطه باور به دنیای ناعادلانه با واکنش پرخاشگرانه با توجه به کارکرد تعاملی وظیفه‌شناسی و شناخت، مجله روانشناسی، ۱۹، ۳، ۲۹۷-۳۱۳.
- Backus, D. (2016). Increasing physical activity and participation in people with multiple sclerosis: A review, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97, 9, 210-217.
- Bussing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2005). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44, 3, 185-193
- Costa, D. C., Marques Sa', M. J., & Calheiros, J. M. (2013). Social characteristics and quality of life of Portuguese multiple sclerosis patients, *Neurology Therapy*, 2, 43-56.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publication. United Kingdom. London.
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The religious and spiritual struggles scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6, 208-222.
- Grubbs, J. B., Wilt, J., Stauner, N., Exline, J., & Pargament, K. I. (2016). Self, struggle, and soul: Linking personality, self-concept, and religious/spiritual struggle, *Personality and Individual Differences*, 101, 144-152.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. The struggles scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6, 208-222
- Hosseini, S. M. S., Asgari, A., Rassafiani, M., Yazdani, F., & Mazdeh, M. (2016). Leisure time activities of Iranian patients with multiple sclerosis: A qualitative study, *Health Promotion Perspectives*, 6, 1, 47-53.
- Hughes, N., Locoock, L., & Ziebland, S. (2013). Personal identity and the role of 'carer' among relatives and friends of people with multiple sclerosis, *Social Science & Medicine*, 96, 78-85.
- Ironson, G., & Kremer, H. (2011). Coping, spirituality, and health in HIV. In S. Folkman

- (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 289-318). New York, NY: Oxford University.
- Lucette, A., Ironson, G., Pargament, & K. I., Krause, N. (2016). Spirituality and religiousness are associated with fewer depressive symptoms in individuals with medical conditions, psychosomatics, *The Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 57, 5, 505-513
- Lyons, E., & Coyle, A. (2008). *Analyzing qualitative data in psychology*, Sage Publications Ltd, London.
- Metaweh, M., Ironson, G., & Barroso, J. (2016). The daily lives of people with HIV infection: A qualitative study of the control group in an expressive writing intervention, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 27, 5, 608-622.
- Michaelson, V., Brooks, F., Jirásek, I., Inchley, J., Whitehead, P., King, N., Walsh, S., Davison, A.M., Mazur, J., & Pickett, W. (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries, *SSM-Population Health*, 2, 294-303
- Mihaljevic, S., Aukst-Margetic, B., Karnicnik, S., Vuksan-Cusa, B., & Milosevic, M. (2016). Do spirituality and religiousness differ with regard to personality and recovery from depression? A follow-up study, *Comprehensive Psychiatry*, 70, 17-24
- Naiara, C., Moreira, O., Marques, C. B., Salome, G. M., da Cunha, D.R., Augusta, F., & Pinheiro, M. (2016). Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma, *Journal of Coloproctology*, 36, 4, 208-215.
- Rosmarin, D.S., Bigda-Peyton, J.S., Kertz, S.J., Smith, N., Rauch, S.L., & Bjorgvinsson, T. (2013). A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes, *Journal of Affective Disorders*. 146, 441-446.
- Safavi, M., Oladrostami, N., Fesharaki, M., & Fatahi, Y. (2016). An investigation of the relationship between spiritual health and depression, anxiety, and stress in patients with heart failure. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 3, 2, 2-7.
- World Health Organization (WHO). *Atlas: Multiple Sclerosis resources in the world*. Geneva: WHO and Multiple Sclerosis International Federation; 2016
- Zeinalizade tari, A, Sobhi-Gharamaleki, N, Hojjati, A, & Alian, B, (2014). Relationship between religious orientation and defense mechanisms in adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 287 - 290.
- Zimmer, Z., Jagger, C., TsunChiu, C., BethOfstedal, M., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM - Population Health*, 2, 373-381.



نقش واسطه‌ای سبک‌های پردازش هویت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

The Mediating Role of Identity Processing Styles in the Relationship between Attachment Styles and Cognitive Emotion Regulation

Hamideh Mohammadi, MSc

Mahboobe Fouladchang, PhD

حمیده محمدی *

دکتر محبوبه فولادچنگ *

Abstract

The aim of present study was to investigate the mediating role of identity processing styles in the relationship between attachment styles and cognitive emotion of regulation. Participants included 378 (253 females and males 125) selected from Shiraz University students selected by multistage random cluster sampling method. The research instruments were Attachment Styles Scale (Gillath, Hart, Nofhle, & Stockdale, 2009), Identity Styles Scale (ISS-6G, White, Wampler & Winn, 1998) and Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (Granevski, Kraaij & Spinhoven). Findings showed that secure attachment had indirect effects on positive and negative cognitive emotion of regulation strategies by mediation of informational identity style and by mediating of normative identity style had an indirect effect on positive cognitive emotion regulation strategies. Ambivalent attachment had indirect effects on positive emotion regulation by mediation of informational and normative identity styles and on negative emotion regulation strategies by informational identity style. In addition avoidant attachment showed an indirect effect on positive and negative cognitive emotion regulation strategies by mediation of diffused identity style. Accordingly, identity processing styles played mediating roles in relationship between attachment styles and cognitive emotion regulation.

Keywords: identity processing styles, attachment styles, cognitive emotion regulation

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای سبک‌های پردازش هویت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۳۷۸ نفر (۲۵۳ دختر و ۱۲۵ پسر) از دانشجویان دانشگاه شیراز بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس سبک‌های دلبستگی، مقیاس سبک‌های هویت و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بودند. نتایج تحلیل مسیر از نوع مدل یابی معادلات ساختاری حاکی از آن بود که دلبستگی ایمن، به واسطه سبک هویت اطلاعاتی، دارای اثری غیرمستقیم بر راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان و به واسطه سبک هویت هنجاری، دارای اثری غیرمستقیم بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان است. دلبستگی اضطرابی، به واسطه سبک‌های هویت اطلاعاتی و هویت هنجاری، اثری غیرمستقیم بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و به واسطه سبک هویت اطلاعاتی اثری غیرمستقیم بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان دارد. همچنین دلبستگی اجتنابی، به واسطه سبک هویت سردرگم، دارای اثری غیرمستقیم بر راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان است. بر این اساس، سبک‌های پردازش هویت، نقش واسطه‌ای بین سبک‌های دلبستگی و تنظیم شناختی هیجان ایفا کردند.

کلید واژه‌ها: سبک‌های پردازش هویت، سبک‌های دلبستگی، تنظیم شناختی هیجان

□ Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, I. R. Iran.

✉ Email: hm.mohammadei@gmail.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۱ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۳/۲۸

* دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز

● مقدمه

به اعتقاد روانشناسان کارکردهای متعدد روانی، شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری به موفقیت افراد در تنظیم هیجان وابسته است (گراس و تامسون، ۲۰۰۷). از جمله کارکرد مؤثر تنظیم هیجان این است که تأثیر ارزیابی‌ها و واکنش‌های ذهنی افراد را در مواجهه با حوادث تنیدگی‌زا تعدیل می‌کند و به واکنش‌های شناختی، انگیزشی و رفتاری مناسب در چنین شرایطی منجر می‌شود (لازاروس، ۱۹۹۱). تنظیم هیجان شامل راهبردهای مقابله‌ای است که افراد هنگام مواجهه با هیجانات شدید استفاده می‌کنند (لیهی، ۲۰۱۲) و به‌عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر احساس درونی و هیجان‌های مرتبط با فرآیندهای زیستی، روانی و اجتماعی تعریف می‌شود (ویمز و پینا، ۲۰۱۰). این توانایی نقش اساسی در زندگی انسان ایفا می‌کند و به‌عنوان یک فرآیند مهم در پژوهش و درمان آسیب‌های روانی و برخی آسیب‌های جسمانی مورد توجه قرار گرفته است (کرینگ و اسلوان، ۲۰۱۰؛ منین و فرسکو، ۲۰۱۰). نظریه‌پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌های خود نیستند، بیشتر نشانه‌های اختلال‌های درونی‌سازی شده نظیر اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند (نولن - هوکسما، ویسکو، و لیوبمیرسکی، ۲۰۰۸؛ آیزنبرگ، هوفر و واگان، ۲۰۰۷) و مستعد پرخاشگری و سوءمصرف مواد هستند (رمضان زاده، مرادی و محمدخانی، ۱۳۹۴). بر این اساس شناخت پیشایندهای تنظیم هیجان به‌عنوان سازه‌ای که درک وسیعی در این زمینه در اختیار می‌گذارد، از اهمیت بسزایی برخوردار است.

در تنظیم هیجان از دو نوع راهبرد «شناختی» و «رفتاری» استفاده می‌شود. (گارنر و واجاید، ۲۰۱۲ و رمانی، برونل، و کمپل، ۲۰۱۰). «راهبردهای تنظیم شناختی هیجان»^۱، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا به‌منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی اطلاق می‌گردد (گراس، ۲۰۰۷). به باور گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) این راهبردها کنش‌هایی هستند که نشان‌دهنده راه‌های کنار آمدن فرد با وضعیت تنش‌زا و اتفاقات ناگوار است. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را می‌توان به دو دسته مثبت (سازگارانه) و منفی (ناسازگارانه) تقسیم نمود. راهبردهای مثبت شامل راهبردهایی از قبیل «ارزیابی مجدد مثبت»، «تمرکز مجدد مثبت»، «پذیرش»، «دیدگاه‌پذیری» و «تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی» است. راهبردهایی مانند «سرزنش خود»، «سرزنش دیگران»، «شخوار ذهنی» و

«فاجعه انگاری» در دسته راهبردهای منفی قرار می‌گیرند که هرکدام پیامدهای خاص خود را خواهند داشت (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶؛ گارنفسکی، کوپمن، کرایچ، و کیت، ۲۰۰۹).

مطابق دیدگاه‌های شناختی - اجتماعی، رشد و شخصیت کودکان و دستیابی آنان به تنظیم هیجان در درون خانواده رخ میدهد و تحت تأثیر عوامل محیطی نظیر روابط والد فرزندی قرار دارد. در همین راستا، «نظریه دلبستگی»^۲ بالبی به‌عنوان یکی از کارآمدترین نظریات مطرح‌شده است. مطابق این نظریه، نوع ارتباط فرد و خانواده و کیفیت دلبستگی ازجمله عوامل اساسی و تأثیرگذار بر راهبردهای تنظیم هیجان است. دلبستگی یک رابطه عاطفی عمیق است که فرد را به یک همراه صمیمی پیوند می‌دهد و به‌عنوان یک تعیین‌کننده مهم سلامت و بهزیستی روانی شناسایی شده است (میکالینسر و شیور، ۲۰۰۷).

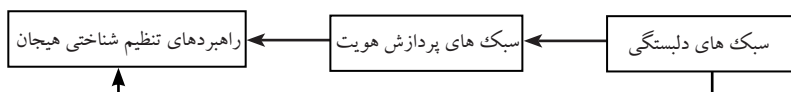
نظریه پردازان دلبستگی بر این باورند که اولین الگوهای ذهنی فرد از خود و دیگران، بر پایه روابط بین نوزاد و مراقبین اولیه شکل می‌گیرد (بالبی، ۱۹۷۳؛ مین، کاپلان، و کسیدی، ۱۹۸۵) و بر همین اساس، اولین پایه حس هویت او مبتنی بر دلبستگی و نحوه ارضای نیازهایش شکل می‌گیرد. بر اساس نظریه بالبی، دلبستگی بر «الگوی فعال درونی»^۳ (الگوی پردازش ذهنی) تأثیر می‌گذارد و از این طریق، سازگاری، روابط آینده و رفتارها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر بالبی، کودک از طریق تعامل با والدین یک الگوی فعال درونی می‌سازد که عبارت است از یک بازنمایی شناختی از خود و دیگران که انتظارات او در مورد روابط، شیوه پردازش اطلاعات و راهبردهای تنظیم هیجان در بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بالبی، ۱۹۷۳؛ بیکر و هورگر، ۲۰۱۲). برزونسکی (۱۹۹۴، ۲۰۱۱) بر این باور است که «سبک‌های هویت»^۴، بازتابی از جهت‌گیری‌های پردازش اطلاعات هستند و به راهبردهای شناختی - اجتماعی که افراد هنگام ساختن هویت خود و متعهد شدن نسبت به ارزش‌ها و باورها از آن‌ها استفاده می‌کنند، اشاره دارد. این سبک‌ها، راه‌های پردازش اطلاعات و مقابله با مشکلات است (برمن و شوارتز، و کارتینز، ۲۰۰۱) و عبارت‌اند از: «سبک اطلاعاتی»^۵، «سبک هنجاری»^۶ و «سبک سردرگم - اجتنابی»^۷ (برزونسکی، ۱۹۹۴؛ سانز، برزونسکی، وانستینکیست، بیرز، و گوسنز، ۲۰۰۵). بنا به اعتقاد برزونسکی (۲۰۰۳) سبک‌های پردازش هویت تحت تأثیر عوامل زیادی ازجمله شیوه‌های فرزند پروری والدین قرار می‌گیرد. از طرفی این سبک‌ها خود نیز بر ادراک فرد از خویشتن، بروندادهای رفتاری و شیوه‌های

عملکردی فرد تأثیر می‌گذارند. طبق دیدگاه‌های نظری مانند نظریه دلبستگی بالبی، کیفیت والدینی بالا در ادراک مثبت از خود و دیگران سهیم است و پایگاه امنی برای اکتشاف افراد فراهم می‌کند (بیرز و گوزنز، ۲۰۰۸). به اعتقاد ماتوس، باریوسا، آلمیدا و کاستا (۱۹۹۹) روابط نزدیک کودک با والدین، وی را قادر می‌سازد تا در کشف جهان پیرامون خود اعتماد کند و شرایط مناسبی فراهم کند تا راه‌های متفاوتی برای ارتباط با جهان جستجو کند و در نتیجه به یک احساس قوی از خود برسد. نتایج پژوهش‌های مختلف نیز نشانگر اثر روابط صمیمانه والدین بر رشد هویت فرزندان (اسمیتس، سونز، لوی کاکس، دوریز و برزونسکی، ۲۰۰۸؛ جاگروزو همکاران، ۲۰۱۴)؛ گلفم و گل، ۲۰۰۵؛ حجازی و نگهبان سلاحي، ۱۳۸۸) و اثر دلبستگی ناایمن بر شکل‌گیری هویت سردرگم است (ساموولیس، لایرن، و شیافینو، ۲۰۰۱).

مسئله اساسی تحقیق حاضر تبیین علی تنظیم شناختی هیجان بر اساس «نظریه دلبستگی بالبی» و «نظریه سبک‌های پردازش هویت برزونسکی» است. اگرچه پژوهش‌هایی به‌طور جداگانه به رابطه سبک‌های دلبستگی با هویت و یا تنظیم هیجان پرداخته‌اند، اما چگونگی تأثیر سبک‌های دلبستگی بر تنظیم هیجان روشن نیست. به بیان دیگر این پژوهش به دنبال بررسی فرآیند تأثیر دلبستگی بر تنظیم شناختی هیجان است. این مسئله که آیا سبک‌های دلبستگی از طریق تأثیرگذاری بر نحوه پردازش هویت بر تنظیم شناختی هیجان تأثیر می‌گذارد، نیازمند بررسی است. طرح واسطه‌گری سبک‌های پردازش هویت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و تنظیم شناختی هیجان در این پژوهش با توجه به مضامین هر دو نظریه صورت گرفته است. مطابق نظریه بالبی، هویت فرد تحت تأثیر نحوه مراقبت والدین قرار دارد و الگوهای فعال درونی که از طریق تعامل با والدین شکل می‌گیرد، بر شیوه پردازش اطلاعات و شیوه تنظیم هیجان افراد در بزرگسالی تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، نوع سبک دلبستگی افراد از طریق تأثیرگذاری بر الگوی فعال درونی بر رفتار و شناخت تأثیرگذار است. همچنین طبق نظریه برزونسکی، سبک‌های پردازش هویت، راه‌های پردازش اطلاعات و مقابله با مشکلات است که تحت تأثیر عوامل زیادی از جمله شیوه‌های فرزند پروری قرار می‌گیرد.

با نگاهی اجمالی به دو نظریه بالبی و برزونسکی و تلفیق این دو نظریه، مدل مفهومی تحقیق حاضر شکل می‌گیرد. بر این اساس، این سؤال مطرح می‌شود که آیا سبک‌های دلبستگی با تحت تأثیر قرار دادن نوع پردازش اطلاعات مربوط به هویت می‌تواند بر تنظیم

شناختی هیجان تأثیرگذار باشند. الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر

با توجه به چارچوب مفهومی نظریه دلبستگی و بازیابی پیشینه تحقیقاتی، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

۱. سبک‌های دلبستگی پیش‌بینی کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است.
۲. سبک‌های دلبستگی پیش‌بینی کننده سبک‌های پردازش هویت است.
۳. سبک‌های پردازش هویت، نقش واسطه‌ای در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دارد.

پاسخ به این فرضیه‌ها از این جهت اهمیت دارد که تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین سازه‌های روانشناسی تربیتی و عامل مهمی در تعیین سلامت عمومی، سازگاری، تاب‌آوری و داشتن عملکرد موفق در روابط، تحصیل و شغل است (رنجبر نوشری، زارع، برادران و معما، ۱۳۹۵). چنانچه عوامل مؤثر بر تنظیم شناختی هیجان و پیشایندهای آن شناسایی شود، هم در برنامه‌ریزی جهت آموزش و ارتقاء سطح آگاهی جامعه و والدین و هم در محیط‌های آموزشی با سرمایه‌گذاری در این زمینه، امکان پیشگیری از عواقب عدم تنظیم هیجان و به تبع پیشگیری از معضلات و آسیب‌های اجتماعی فراهم می‌آید و مسئولین امر تعلیم و تربیت می‌توانند هم در زمینه پیشگیری و هم مداخله اقدام نمایند.

● روش

پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی بود که در آن با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری روابط بین متغیرهای مدل پیشنهادی تحلیل شد. متغیرهای این پژوهش شامل «سبک‌های دلبستگی» به عنوان متغیر برون‌زاد، «سبک‌های پردازش هویت» به عنوان متغیر واسطه‌ای و «راهبردهای تنظیم شناختی هیجان» به عنوان متغیر درون‌زاد در نظر گرفته شدند. برای تعیین معناداری نقش واسطه‌گری متغیر میانجی از روش بوت / استراپ استفاده شد.

جامعه آماری، شامل کلیه دانشجویان دانشگاه شیراز بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بودند. مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۳۷۸ نفر (۴ برابر تعداد ماده‌های ابزار) از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز بودند که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین دانشکده‌های مختلف دانشگاه شیراز انتخاب شدند.

● ابزار

□ الف: **مقیاس سبک‌های دلبستگی**^۸: توسط گیلان و همکاران (۲۰۰۹) تهیه شده و دارای ۲۱ ماده است که ۸ ماده سبک دلبستگی ایمن، ۸ ماده سبک اضطرابی و ۵ ماده سبک اجتنابی را در دامنه‌ای ۵ درجه‌ای موردسنجش قرار می‌دهند. برای بررسی اعتبار مقیاس، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. نتایج تحلیل حاکمی از اعتبار قابل قبول ابعاد مقیاس دلبستگی بود و این ضرایب برای سبک دلبستگی ایمن، ۰/۶۷، سبک اضطرابی، ۰/۷۳ و برای سبک اجتنابی، ۰/۹۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز روایی مقیاس از طریق تحلیل عامل اکتشافی بررسی گردید و از روش آلفای کرونباخ جهت تعیین اعتبار استفاده شد. ضرایب اعتبار برای سبک ایمن ۰/۷۴، سبک اضطرابی ۰/۷۱ و برای سبک اجتنابی ۰/۶۷ به دست آمد.

□ ب: **مقیاس سبک‌های هویت**^۹: این مقیاس در سال ۱۹۹۸ توسط وایت، و امپلر و وین طراحی شد و مشتمل بر ۴۰ ماده می‌باشد. ۱۱ ماده مربوط به سبک هویت اطلاعاتی، ۹ ماده مربوط به سبک هویت هنجاری، ۱۰ ماده مربوط به سبک هویت سردرگم/اجتنابی می‌باشد و ۱۰ ماده میزان تعهد شخص را اندازه‌گیری می‌کند که در پژوهش حاضر این ۱۰ ماده مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفتند. ماده‌ها در دامنه‌ای ۵ درجه‌ای موردسنجش قرار می‌گیرد. برای تعیین اعتبار این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضرایب حاصله برای سبک اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم-اجتنابی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۷، ۰/۶۹ به دست آمد. *غضنفری* (۱۳۸۳) اعتبار این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ محاسبه نمود و ضرایب ۰/۵۹، ۰/۶۴ و ۰/۷۸ را به دست آورد و روایی مطلوب را گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضرایب برای سبک اطلاعاتی ۰/۷۵، هنجاری، ۰/۶۵ و سردرگم-اجتنابی، ۰/۷۶ به دست آمد.

□ ج: **پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان**^{۱۰}: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط گرنفسکی، کریج و اسپین هاون هیجان، طراحی و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از

تجربه ناگوار به کار می‌رود. این پرسشنامه با ۹ مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران) دارای ۳۶ ماده است. راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری در مجموع، راهبردهای منفی تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و دیدگاه پذیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. سازندگان پرسشنامه، اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. محمدی و مزیدی (۱۳۹۳) نیز در تحقیق خود اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۸۸، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، روایی مقیاس از طریق تحلیل عامل اکتشافی بررسی گردید و اعتبار پرسشنامه نیز از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۸۶ و برای راهبردهای منفی ۰/۸۰ به دست آمد.

● یافته‌ها

ابتدا برای اطمینان از اینکه داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیر بنایی روش مدل‌یابی معادلات ساختاری را برآورده می‌نماید، پیش از اجرای تحلیل مسیر مدل پژوهش، پس از غربالگری داده‌های اولیه (بررسی داده‌های ازدست‌رفته و بررسی داده‌های پرت) چند مفروضه اصلی مدل‌یابی معادلات ساختاری (نرمال بودن، خطی بودن، استقلال خطاها و هم خطی چندگانه) بررسی شد که نتایج بیانگر وجود شرایط مناسب داده‌های گردآوری‌شده بود. طبیعی بودن تک متغیری با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای مشاهده‌شده و نمودار احتمال نرمال و نرمال بودن چندمتغیری با استفاده از ضریب ماردیا در نرم‌افزار ایموس بررسی شد که نتایج نشان‌دهنده طبیعی بودن متغیرهای مشاهده‌شده بود و ضریب ماردیا نیز نرمال بودن چند متغیری را تأیید کرد. برای بررسی خطی بودن رابطه متغیرهای پژوهش، ماتریس‌های نمودار پراکندگی متغیرها و نمودار پراکندگی باقیمانده‌ها بررسی شد. ماتریس نمودارهای پراکندگی، خطی بودن رابطه متغیرهای مشاهده‌شده را نشان دادند. نمودار پراکندگی باقیمانده‌ها نیز حاکی از رابطه خطی بین نمره‌های متغیر وابسته پیش‌بینی‌شده و

خطاهای پیش‌بین است. هم خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین نیز با استفاده از آماره تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد. که نتایج نشان‌دهنده عدم هم خطی چندگانه متغیرهاست. به‌منظور ارائه تصویر روشن‌تر از وضعیت متغیرهای پژوهش و پیش از پرداختن به یافته‌های مرتبط با آزمون الگوی پژوهش، شاخص‌های توصیفی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و همبستگی دو متغیری میان متغیرهای الگوی پیشنهادی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. دل‌بستگی ایمن	۲۷/۷۲	۴/۳۲							
۲. دل‌بستگی اضطرابی	۲۷/۸۲	۴/۵۲	۰/۰۶						
۳. دل‌بستگی اجتنابی	۱۲/۴۱	۳/۴۷	-۰/۲۶**	۱					
۴. هویت اطلاعاتی	۴۰/۲۵	۵/۶۴	۰/۲۱**	-۰/۱۱*	۱				
۵. هویت هنجاری	۲۸/۰۶	۴/۳۷	۰/۲۵**	۰/۱۳**	-۰/۱۴**	۱			
۶. هویت سردرگم	۲۶/۲۶	۴/۸۹	-۰/۰۳	-۰/۰۴	۰/۲۰**	۰/۰۷	۱		
۷. راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۶۰/۹۹	۱۱/۴	۰/۲۴**	-۰/۰۸	-۰/۰۳	۰/۲۶**	۰/۲۴**	۱	
۸. راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۴۳/۲۱	۸/۶۳	-۰/۰۷	۰/۲۶**	۰/۰۹	۰/۲۵**	۰/۰۶	۰/۱۵**	۱

معناداری: * $p < 0/01$, ** $p < 0/05$

در ادامه با کمک نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری AMOS، تحلیل مسیرهای الگوی پیشنهادی پژوهش در دستور کار قرار گرفت. جدول ۲ نتایج حاصل از بررسی اثرات مستقیم الگو را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول آمده است، اثرات مستقیم دو سبک دل‌بستگی ایمن و اضطرابی بر راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان معنادار است و در این زمینه اثر مستقیم معناداری برای سبک دل‌بستگی اجتنابی مشاهده نشد. به‌طور دقیق‌تر، مشخص شد که سبک دل‌بستگی ایمن، از یک طرف پیش‌بینی کننده مثبت ($\beta = 0/17, p < 0/001$) استفاده از راهبردهای مثبت و از طرف دیگر پیش‌بینی کننده منفی ($\beta = -0/12, p < 0/02$) استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان است. در مقابل، سبک دل‌بستگی دوسوگرا، استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان را به گونه‌ای منفی ($\beta = -0/14, p < 0/004$)، و استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان را به گونه‌ای مثبت ($\beta = 0/24, p < 0/001$) پیش‌بینی می‌کرد. افزون بر این، در بیشتر مسیرها نیز اثرات مستقیم متغیرهای واسطه‌ای (سبک‌های هویت) بر متغیرهای درون‌زاد (راهبردهای تنظیم شناختی هیجان) معنادار بود.

جدول ۲. نتایج مربوط به اثرات مستقیم الگو

معناداری	پارامترهای برآورد شده			متغیرها
	خطا (S.E)	استاندارد (β)	غیراستاندارد	
اثر دل‌بستگی ایمن بر:				
۰/۰۰۱	۰/۱۳۳	۰/۱۷	۰/۴۴	راهبردهای مثبت
۰/۰۲	۰/۱۰	-۰/۱۲	-۰/۲۴	راهبردهای منفی
۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	۰/۲۰	۰/۲۶	هویت اطلاعاتی
۰/۰۰۱	۰/۰۵۲	۰/۲۳	۰/۲۳	هویت هنجاری
۰/۶	۰/۰۵۹	۰/۰۳	۰/۰۳	هویت سردرگم
اثر دل‌بستگی اضطرابی بر:				
۰/۰۰۴	۰/۱۲	-۰/۱۴	-۰/۳۵	راهبردهای مثبت
۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۲۴	۰/۴۶	راهبردهای منفی
۰/۰۱	۰/۰۶۲	۰/۱۲	۰/۱۵	هویت اطلاعاتی
۰/۰۳	۰/۰۴۸	۰/۱۱	۰/۱۰	هویت هنجاری
۰/۷۲	۰/۰۵۵	۰/۰۲	۰/۰۲	هویت سردرگم
اثر دل‌بستگی اجتنابی بر:				
۰/۷۴	۰/۱۶۴	۰/۰۲	۰/۰۵۵	راهبردهای مثبت
۰/۰۸	۰/۱۲۵	۰/۰۹	۰/۲۱	راهبردهای منفی
۰/۷۲	۰/۰۸۴	-۰/۰۲	-۰/۰۳	هویت اطلاعاتی
۰/۲۲	۰/۰۶۴	-۰/۰۶	-۰/۰۸	هویت هنجاری
۰/۰۰۱	۰/۰۷۴	۰/۲۱	۰/۳۰	هویت سردرگم
اثر هویت اطلاعاتی بر:				
۰/۰۰۱	۰/۰۹۸	۰/۲۰	۰/۴۰	راهبردهای مثبت
۰/۰۰۱	۰/۰۷۵	۰/۲۴	۰/۳۷	راهبردهای منفی
اثر هویت هنجاری بر:				
۰/۰۰۱	۰/۱۲۸	۰/۱۹	۰/۴۹	راهبردهای مثبت
۰/۵۱	۰/۰۹۸	۰/۰۳	۰/۰۶	راهبردهای منفی
اثر هویت سردرگم بر:				
۰/۰۰۳	۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۳۳	راهبردهای مثبت
۰/۰۱	۰/۰۸۵	۰/۱۲	۰/۲۱	راهبردهای منفی

بدین نحو که سبک هویت اطلاعاتی، هر دو گونه راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ($\beta=0/24, p < 0/001$) و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان ($\beta=0/20, p < 0/001$) را به صورت مثبت و معناداری پیش‌بینی می‌کند. سبک هویت هنجاری نیز فقط راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان را به صورت مثبت و معناداری ($\beta=0/19, p < 0/001$) می‌تواند پیش‌بینی

کند. در راستای این نتایج، سبک هویت سردرگم نیز هر دو راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان ($\beta=0/14, p < 0/003$) و راهبردهای منفی ($\beta=0/12, p < 0/01$) را به‌طور مثبت و معناداری پیش‌بینی می‌کند. در بررسی اثر مستقیم سبک‌های دلبستگی (به‌عنوان متغیرهای برون‌زاد الگو) بر متغیرهای واسطه‌ای (سبک‌های هویت) نیز مشخص شد که سبک دلبستگی ایمن به‌صورت مثبت و معناداری دو سبک هویت اطلاعاتی ($\beta=0/20, p < 0/001$) و هنجاری ($\beta=0/23, p < 0/001$) را می‌تواند پیش‌بینی کند. سبک دلبستگی اضطرابی نیز به‌طور مشابهی و البته ضعیف‌تری می‌تواند هویت اطلاعاتی ($\beta=0/12, p < 0/01$) و هنجاری ($\beta=0/11, p < 0/03$) را پیش‌بینی کند. باید اضافه کرد که این دو شکل از دلبستگی اثر معناداری بر هویت سردرگم نداشتند. در نقطه مقابل، نتایج مربوط به سبک دلبستگی اجتنابی بیانگر این بود که این نوع دلبستگی اثر معناداری بر هویت اطلاعاتی و هویت هنجاری ندارد، اما قادر است که به‌صورت مثبت و معناداری ($\beta=0/21, p < 0/001$) هویت سردرگم را پیش‌بینی کند.

در ادامه، با استفاده از روش «خودگردان سازی»، اثر غیرمستقیم سبک‌های دلبستگی با واسطه‌گری سبک‌های پردازش هویت بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز مورد بررسی قرار گرفت. در تحلیل مذکور مشخص شد که برخی مسیرهای غیرمستقیم سبک‌های دلبستگی به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز معنادار است. در جدول ۳ خلاصه‌شده پارامترهای مربوط به مسیرهای معنادار یادشده ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج بررسی اثرات غیر مستقیم سبک‌های دلبستگی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

معناداری	پارامترهای برآورد شده			مسیر متغیرها		
	خطا (S.E)	استاندارد (β)	غیراستاندارد	درون‌زاد	واسطه‌ای	برون‌زاد
0/013	0/015	0/034	0/09	راهبرد مثبت	هویت اطلاعاتی	ایمن
0/005	0/014	0/039	0/101		هویت هنجاری	
0/008	0/014	0/041	0/082		هویت اطلاعاتی	
0/018	0/01	0/022	0/055	راهبرد مثبت	هویت اطلاعاتی	اضطرابی
0/04	0/011	0/017	0/043		هویت هنجاری	
0/008	0/013	0/026	0/05		هویت اطلاعاتی	
0/01	0/014	0/031	0/101	راهبرد مثبت	هویت سردرگم	اجتنابی
0/03	0/014	0/026	0/064			

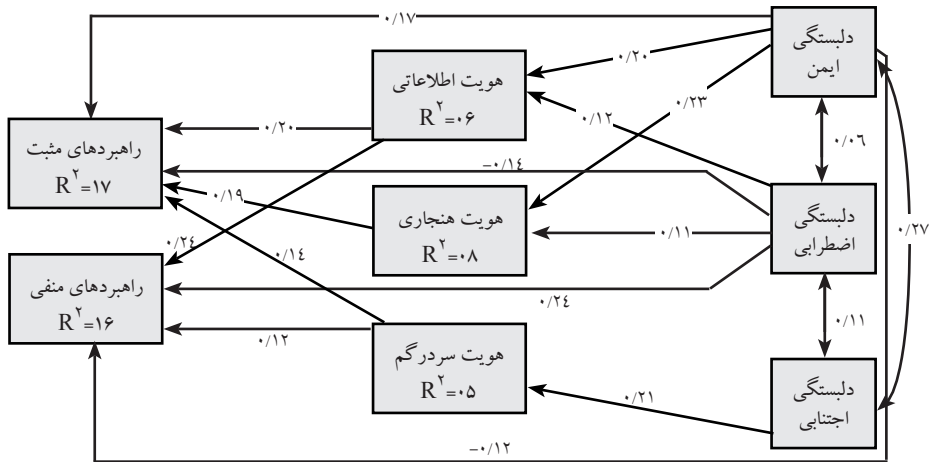
نتایج مندرج در جدول ۳ بیانگر این است که سبک دلبستگی ایمن اثر «واسطه‌گری جزئی» بر راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان دارد. بدین نحو که علاوه بر تأثیرات مستقیمی که گزارش شد، دلبستگی ایمن از طریق هویت اطلاعاتی ($\beta=0/034, p=0/013$) و هویت هنجاری ($\beta=0/039, p=0/005$) اثر غیرمستقیم مثبتی بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان دارد. همچنین این نوع دلبستگی با واسطه هویت اطلاعاتی ($\beta=0/041, p=0/008$) اثر غیرمستقیم مثبتی نیز بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان دارد. در واقع، دلبستگی ایمن با تقویت سبک هویت اطلاعاتی منجر به افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان می‌شود. همچنین دلبستگی ایمن با تقویت هویت هنجاری نیز منجر به افزایش استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌شود. در خصوص سبک دلبستگی اضطرابی نیز نتایج مشابهی به دست آمد، بدین نحو که دلبستگی اضطرابی به واسطه هویت اطلاعاتی ($\beta=0/022, p=0/018$) و هویت هنجاری ($\beta=0/017, p < 0/04$) اثر غیرمستقیم مثبتی بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان دارد. دلبستگی اضطرابی با واسطه هویت اطلاعاتی ($\beta=0/026, p=0/008$) اثر غیرمستقیم مثبتی نیز بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان دارد. در خصوص سبک دلبستگی اجتنابی، با وجود اینکه اثر مستقیم معناداری برای این متغیر وجود نداشت، نتایج مشخص ساخت که این نوع دلبستگی به واسطه سبک هویت سردرگم می‌تواند اثر غیرمستقیم مثبت بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان داشته باشد ($\beta=0/031, p=0/01$) و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان ($\beta=0/026, p=0/03$) داشته باشد. در واقع هویت سردرگم رابطه این دو متغیر را به صورت کاملی واسطه‌گری می‌کند.

در ادامه به منظور بررسی میزان برازش مدل شاخصه‌ای برازش مدل محاسبه شد. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، اگرچه مدل پژوهش برازش قابل قبولی داشت، اما با مراجعه به شاخصه‌ای اصلاح پیشنهادی و ترسیم کوواریانس خطاهای بین دو سبک هویت اطلاعاتی و هنجاری، میزان برازش مدل به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت. جدول ۴ نتایج مربوط به گام‌های انجام‌شده برای احراز برازش مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص‌ها	χ^2	$\chi^2/d.f.$	GFI	AGFI	CFI	NFI	RMSEA
مقادیر پیش از اصلاح	۱۲/۱۴	۳/۰۴	۰/۹۹	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۰۷
مقادیر پس از اصلاح	۵/۸۹۳	۱/۹۶	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۰۵

علاوه بر برآوردهای فوق، آزمون مدل پژوهش نشان داد که با این مدل می‌توان ۱۷ درصد از واریانس راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و ۱۶ درصد از واریانس راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان را تبیین کرد. پس از حذف مسیرهای غیر معنادار، مدل نهایی پژوهش حاضر را می‌توان در شکل ۲ مشاهده کرد.



شکل ۲. نتایج آزمون مدل پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از طریق سبک‌های دلبستگی و سبک‌های پردازش هویت

● بحث و نتیجه‌گیری

○ هدف از انجام این مطالعه، بررسی رابطه ساختاری بین سبک‌های دلبستگی و تنظیم شناختی هیجان با واسطه‌گری سبک‌های پردازش هویت بود. یافته‌های این پژوهش مطابق با فرضیه اول پژوهش نشان داد، «سبک دلبستگی ایمن»، از یک طرف پیش‌بینی‌کننده مثبت استفاده از راهبردهای سازگاران و از طرف دیگر پیش‌بینی‌کننده منفی استفاده از راهبردهای ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های لوپز و گرملی (۲۰۰۲) و روتبارد و شیور (۱۹۹۴) همسو است. مطابق با نظر لوپز و گرملی (۲۰۰۲) دلبستگی ایمن باعث بازداری در راهبردهای ناسازگاران می‌گردد.

○ یافته‌ها نشان داد که «سبک دلبستگی اضطرابی»، استفاده از راهبردهای ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان را به گونه‌ای مثبت و استفاده از راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان را به گونه‌ای منفی پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پاسکازو و همکاران

(۲۰۱۳)؛ شارف و همکاران (۲۰۰۴)؛ میکالینسر و فلورین (۱۹۹۸) همسو است. مطابق با تحقیق پاسکازو و همکاران (۲۰۱۳) افراد دارای سبک دلبستگی اضطرابی تمایل به استفاده از راهبردهای ناسازگارانه مانند سرزنش خود، نشخوار ذهنی و فاجعه‌انگاری دارند تا به این وسیله بتوانند موقعیت مسئله‌زا را دائمی کنند.

○ همچنین نتایج نشان داد که بین دلبستگی اجتنابی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، رابطه معناداری وجود ندارد. این یافته همسو با نتایج مطالعات کوهن و همکاران (۲۰۱۲) است. بعضی از تحقیقات بین سبک اجتنابی و انتخاب راهبردهایی همچون عدم توجه به مسئله، عدم درگیری شناختی با مسئله و سرکوب هیجان رابطه معنی‌دار یافته‌اند (میکالینسر و اورباچ، ۱۹۹۵). راهبردهای مورد استفاده افراد اجتنابی واکنشی است و بیشتر در جهت فرار از هیجان است تا تنظیم هیجان.

○ یافته‌های تحقیق مطابق با فرضیه دوم پژوهش نشان داد، سبک دلبستگی ایمن به صورت مثبت و معناداری دو سبک هویت اطلاعاتی و هنجاری را می‌تواند پیش‌بینی کند. این یافته مطابق با تحقیقات پیشین (جاگرز و همکاران، ۲۰۱۴ و ویرز و گوزنز، ۲۰۰۸) می‌باشد.

○ یافته دیگر پژوهش این بود که سبک دلبستگی اضطرابی نیز می‌تواند هویت اطلاعاتی و هنجاری را پیش‌بینی کند. در توجیه پیش‌بینی سبک هویت اطلاعاتی توسط سبک دلبستگی اضطرابی می‌توان گفت، با توجه به تردید و دودلی این افراد در خصوص اعتماد به مظهر دلبستگی، این افراد ممکن است، اطلاعات را به صورت شناختی پردازش نموده و به واسطه پردازش و ارزیابی اطلاعات از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان استفاده نمایند. در نقطه مقابل، نتایج مربوط به سبک دلبستگی اجتنابی بیانگر این بود که این نوع دلبستگی قادر است به طور مثبت و معناداری هویت سردرگم را پیش‌بینی کند. این یافته مطابق با نتایج تحقیق ساموولیس و همکاران (۲۰۰۱) می‌باشد.

○ نتایج یافته‌ها در خصوص فرضیه سوم پژوهش مبنی بر بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های پردازش هویت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نشان داد، دلبستگی ایمن با تقویت سبک هویت اطلاعاتی منجر به افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌شود. همچنین دلبستگی ایمن

با تقویت هویت هنجاری نیز منجر به افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌شود. در توجیه نقش واسطه‌ای سبک هویت اطلاعاتی در رابطه بین دلبستگی ایمن و راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، همان‌طور که بیان گردید، کیفیت والدینی بالا، پایگاه امنی برای اکتشاف افراد فراهم می‌کند (بیرز و گوزنز، ۲۰۰۸) و آنها را قادر می‌سازد تا در کشف جهان پیرامون خود اعتماد کنند و راه‌های متفاوتی برای ارتباط با جهان جستجو کنند (ماتوس و همکاران، ۱۹۹۹). نتایج تحقیقات انجام‌شده در برخی کشورهای جمع‌گرا نظیر ایران نیز بیانگر این بود که پیامدهای سبک هویت اطلاعاتی، هماهنگ با کشورهای غربی فردگرا نمی‌باشد (نورمی و همکاران، ۱۹۹۷؛ کرپلمن و همکاران، ۱۹۹۷؛ اریحیت و کرپلمن، ۲۰۰۹).

○ افزون بر این، نتایج نشان داد که «دلبستگی/ایمن» با تقویت هویت هنجاری نیز منجر به افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌شود. افراد دلبسته ایمن به والدین علاقه وافری داشته و از نزدیکی به والدین استقبال می‌کنند. افراد با سبک پردازش هنجاری خود را با توقعات و دستورالعمل‌های اطرافیان مهم مطابقت می‌دهند. در واقع اتکا یک‌جانبه آنها بر درونی‌سازی، تهدیدات بالقوه برای خود را کاهش می‌دهد (سونز و همکاران، ۲۰۰۵). در خصوص سبک دلبستگی اضطرابی نتایج بدین نحو بود که دلبستگی اضطرابی به واسطه هویت اطلاعاتی و هنجاری اثر غیرمستقیم مثبتی بر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان دارد.

○ یافته دیگر پژوهش در خصوص «سبک دلبستگی/اجتنابی» نشان داد، با وجود اینکه اثر مستقیم معناداری برای این متغیر وجود نداشت، این نوع دلبستگی به واسطه سبک هویت سردرگم می‌تواند اثر غیرمستقیم مثبت بر راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان داشته باشد. در واقع هویت سردرگم رابطه این دو متغیر را واسطه‌گری می‌کند. در خصوص نقش واسطه‌ای سبک هویت سردرگم در رابطه بین سبک دلبستگی اجتنابی و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، نتایج تحقیق ساموولیس و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد، دلبستگی نایمن به والدین و عدم اعتماد به آنها پیش‌بینی کننده هویت سردرگم و آشفته می‌باشد. در واقع نوجوان‌هایی که از جانب والدین طرد می‌شوند و به لحاظ عاطفی با والدین فاصله دارند، دچار سردرگمی هویت می‌گردند.



یادداشت‌ها

- | | |
|--|---|
| 1. cognitive emotion regulation strategies | 2. attachment theory |
| 3. internal working model | 4. identity styles |
| 5. informational style | 6. normative style |
| 7. diffuse- avoidance style | 8. Attachment Style Scale |
| 9. Identity Style Scale | 10. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) |

● منابع

- آذرنیاد، آرش. مدنی، مهتاب و ابوالمعالی، خدیجه. (۱۳۹۵). رابطه سبک‌های پردازش هویت و راهبردهای حل تعارض با بهزیستی روانشناختی. *مجله روانشناسی*. ۲۰(۳)، ۳۴۶-۳۶۰.
- حجازی، الهه؛ و نگهبان سلاحي، محمود. (۱۳۸۸). رابطه سبک‌های دلبستگی به والدین و همسالان با سبک‌های هویت در نوجوانان. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، شماره ۸۲، ۱۳۲-۱۰۷.
- رمضان زاده، فاطمه. مرادی، علیرضا و محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی در روان‌بنه‌های هیجانی و نیم‌رخ خطر مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. *مجله روانشناسی*. ۱۹(۴)، ۳۸۰-۳۹۳.
- رنجبر نوشری، فرزانه. زارع، حسین. برادران، مجید و معما، ندا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مدیریت‌تنبیدگی بر خودکارآمدی، نظم‌جویی شناختی هیجانی و بهزیستی روانشناختی. *مجله روانشناسی*. ۲۰(۴)، ۴۵۳-۴۶۷.
- غضنفری، احمد. (۱۳۸۳). اعتبار یابی پرسشنامه سبک هویت. *مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱(۱)، ۸۱-۹۶.
- محمدی، حمیده و مزیدی، محمد. (۱۳۹۳). نقش دینداری در پیش‌بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان. *مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۴(۱۳)، ۶۲۰-۶۰۵.
- Baker, C. N., & Hoerger, M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and Individual Differences*, 52, 800-805.
- Berman, A. M., Schwartz, S. J., & Kurtines, W. (2001). The process of exploration in identity formation: The role of style and competence. *Journal of Adolescence*, 24, 513-528.
- Berzonsky, M. D. (1994). Self-identity: The relationship between process and content. *Journal of Research in Personality*, 28, 453-460.

- Berzonsky, M. D. (2003). Identity style and well-being: Does commitment matter? Identity: An international. *Journal of Theory and Research, 3*(2), 131-142.
- Berzonsky, M. D. (2011). A social-cognitive perspective on identity construction. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 55–76). New York: Springer.
- Berzonsky, M. D., & Papini, D. R. (2014). *Identity processing styles and value orientations: The mediational role of self-regulation and identity commitment*. *Identity, 14*(2), 96-112.
- Beyers, W., & Goossens, L. (2008). Dynamics of perceived parenting and identity formation in late adolescence. *Journal of Adolescence, 31*, 165-184.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Eryigit, S., & Kerpelman, J. (2009). Using the Identity Processing Style Q-Sort to examine identity styles of Turkish young adults. *Journal of Adolescence, 32*, 1137-1158.
- Garner, P. W., & Waajid, B. (2012). Emotion knowledge and self-regulation as predictors of preschoolers' cognitive ability, classroom behavior, and social competence. *Journal of Psychoeducational Assessment, 30*(4), 330-343.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. H. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*, 1659–1669.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & Cate, R. T. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence, 32*, 449-454.
- Gillath, O., Hart, J., Nofle, E. E., & Stockdale, G. D. (2009). Development and validation of a state adult attachment measure (SAAM). *Journal of Research in Personality, 43*(3), 362-373.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford press. PP. 3- 24.

- Gulfem, C.S., Gul, A. (2005). Parental attitudes and ego identity status of Turkish adolescents. *Journal of Adolescence*, 40, 847-59.
- Jagers, J.W., Curch II, W. T., Tomek, S., Hooper, L.M., Bolland, K.A., & Bolland, J.M. (2014). Adolescent development as a determinant of family cohesion. A longitudinal analysis of adolescents in the mobile youth survey. *Journal of Child and Family Studies*. <http://link.springer.com/article/10.1007/s10826-014-9966-8>.
- Kerpelman, J. L., Pittman, J. F., & Lamke, L. K. (1997). Toward a microprocess perspective on adolescent identity development: An identity control theory approach. *Journal of Adolescent Research*, 12, 325-346.
- Kohn, J. L., Rholes, W. S., & Schmeichel, B. J. (2012). Self-regulatory depletion and attachment avoidance: Increasing the accessibility of negative attachment-related memories. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(1), 375-378.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York NY: Guilford.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leahy, R. L. (2012). *Emotion regulation in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Lopez, F. G., & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year collage transition: Relation to self confidence, coping and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49(3), 355-364.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Matos, P. M., Barbosa, S., Almeida, H. M., & Costa, M. E. (1999). Parental attachment and identity in portuguese late adolescents. *Journal of Adolescence*, 22, 805-8180.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2010). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In A.M., –Kring, & D.M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, NY: Guilford.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in self-appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 420-435.
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917-925.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. The Guilford Press.

- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400-424.
- Nurmi, J. E., Berzonsky, M. D., Tammi, K., & Kinney, A. (1997). Identity processing orientation, cognitive and behavioural strategies and well-being. *International Journal of Behavioral Development, 21*, 555-570.
- Pascuzzo, K., Cyr, C., & Moss, E. (2013). Longitudinal association between adolescent attachment, adult romantic attachment, and emotion regulation strategies. *Attachment & Human Development, 15*(1), 83-103.
- Ramani, G. B., Brownell, C. A., & Campbell, S. B. (2010). Positive and negative peer interaction in 3-and 4-year-olds in relation to regulation and dysregulation. *Journal of Genetic Psychology, 171*(3), 218-250.
- Rothbard, J. C., & Shaver, P. R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 31-71). New York: Guilford.
- Samuolis, J., Layburn, K., & Schiaffino, K. M. (2001). Identity development and attachment to parents in college students. *Journal of Youth and Adolescence, 30*, 373-384.
- Scharf, M., Mayseless, O., & Kivenson-Baron, I. (2004). Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Developmental Psychology, 40*, 430-444.
- Smits, I., Soenens, B., Luyckx, K., Duriez, B., Berzonsky, M., Vleioras, G., & Bosma, A. H. (2008). Perceived parenting dimensions and identity styles: Exploring the socialization of adolescents, processing of identity-relevant information. *Journal of Adolescence, 31*, 151-164.
- Soenens, B., Berzonsky, M. D., vansteenkiste, M., Beyers, W., & Goossens, L. (2005). Identity styles and causality orientations in search of the motivational underpinnings of the identity exploration process. *European Journal of Personality, 19*, 427-442.
- Vimz, B., & Pina, W. (2010). The assessment of emotion regulation: Improving construct validity in research on psychopathology in youth. *Journal of Psychology and Behavioral Assessment, 10*, 169-178.
- White, J. M., Wampler, R. S., & Winn, K. L. (1998). The identity style inventory: A revision with sixth-grade readind. *Journal of Adolescent Research, 13*(2), 233-245.



رابطه ادراک از سبک‌های والدینی با تاب آوری: نقش واسطه ای عاملیت انسانی □

The Relationship between Perception of Parental Styles and Resilience: The Mediating Role of Human Agency □

Mamak Mahdavi Mazdeh, MSc
Elahe Hejazi, PhD ✉
Zahra Naghsh, PhD

مامک مهدوی مزده*
دکتر الهه حجازی*
دکتر زهرا نقش*

Abstract

The purpose of this study was to identify the role of human agency in the relationship between perception of parental styles and resilience among adolescents. To fulfill the stated goal, 516 high school students (273 female, 243, male) were selected by means of cluster and multi stage sampling. The following measures were given to them to complete a survey consisted of Assessment Human Agency Scale, Perception of Parenting Styles Questionnaire and Resilience Scale. The results of structural equation modeling showed that human agency mediated the relation between perception of parental style and resilience. Human agency with parental style perceived are predicted 63% of variance of resilience. Perception of paternal style and maternal style are predicted the 37% and 31% of variability of human agency. In general, when there was a consistency between mother and father parental style and this style is based on satisfaction of psychological basic needs, adolescence' human agency and resilience raised and increased.

Keywords: human agency, resilience, perception of parental styles, psychological basic needs.

چکیده

باهدف شناسایی نقش میانجی عاملیت انسانی بین ادراک نوجوانان از سبک‌های والدینی (پدر و مادر) و تاب‌آوری، ۵۱۶ دانش‌آموز (۲۷۳ دختر و ۲۴۳ پسر) سال دوم و سوم دبیرستان‌های شهر تهران به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. نمونه موردبررسی به پرسشنامه‌ای متشکل از ارزیابی عاملیت (سه خرده مقیاس «هدفمندی»، «آینده‌اندیشی» و «خودکارآمدی»)، پرسشنامه ادراک از سبک‌های والدینی و مقیاس تاب‌آوری پاسخ دادند. در این پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج نشان دادند که عاملیت، میانجی ادراک نوجوانان از سبک‌های والدینی (پدر و مادر) و تاب‌آوری است و هر دو مدل (ادراک از سبک والدینی پدر و ادراک از سبک والدینی مادر) ۶۳ درصد واریانس تاب‌آوری را پیش‌بینی می‌کنند. ادراک از سبک والدینی پدر ۳۷ درصد واریانس عاملیت و ادراک از سبک والدینی مادر ۳۱ درصد از واریانس عاملیت را تبیین می‌کند. لذا زمانی که سبک‌های والدینی پدر و مادر همسو با یکدیگر، و در راستای ارضاء نیازهای بنیادین روانشناختی (ارتباط، شایستگی و حمایت از خودمختاری) نوجوانان باشد، عاملیت و در نتیجه تاب‌آوری در آنان افزایش می‌یابد.

کلید واژه ها: عاملیت انسانی، تاب آوری، ادراک از سبک‌های والدینی، نیازهای بنیادین روانشناختی

□ Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, I. R. Iran.
✉ Email: ehejazi@ut.ac.ir

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۸ تصویب نهایی: ۱۳۹۷/۳/۲۷
* گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران

● مقدمه

نوجوانی از دوره‌های مهم و تاثیرگذار بر آینده انسان است و کسب احساس «عاملیت شخصی»^۱ از چالش‌های بزرگی است که نوجوانان در این سنین با آن مواجه هستند. عاملیت انسانی، سازه‌ای چندوجهی و مهم است که نقش قابل توجهی در افزایش کارکردهای روانی نوجوانان دارد. «هدفمندی»، «آینده‌اندیشی»، «خودکارآمدی»، «انتخاب‌گری» و «راده» از جمله مؤلفه‌های عاملیت محسوب می‌شوند. تعاریف مختلفی از عاملیت ارائه شده است. برای مثال گیلنر^۲، عاملیت را به‌عنوان قابلیت و شایستگی برای انجام یک رفتار و تأمل درباره پیامدهای آن می‌داند (فراست، ۲۰۰۶). «عاملیت»، قابلیت فرد برای ایجاد یک رفتار و هدایت آن برای رسیدن به اهدافش می‌باشد (زیمرمن و کلری، ۲۰۰۶). تویس (۲۰۰۳) و مارشال (۲۰۰۵) معتقدند که فرایند انتخاب معرف عاملیت انسانی و خود-تعیین‌گری در فرد است و موجب «تغییر-خود»، احساس مهار بر زندگی و ارتقاء حرمت -خود می‌شود.

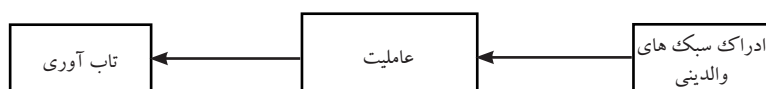
در تعریفی دیگر عاملیت، توانایی تأثیرگذاری فرد بر زندگی است (شناهان و مورتیمر، ۲۰۰۳ به نقل از هیتلن والد، ۲۰۰۷). نظریه‌پردازانی همچون بندورا (۱۹۸۹) والد (۱۹۹۴) عاملیت انسانی را در حیطه روانشناسی و با دو رویکرد متفاوت مورد بررسی قرار داده‌اند. بندورا در چارچوب رویکرد شناختی-اجتماعی عاملیت انسانی را طراحی آگاهانه و اجرای نیت مند اعمال از سوی فرد به‌منظور تأثیرگذاری بر رویدادهای آینده معرفی می‌کند. جنبه‌های اصلی این نظریه، «نیت مندی»^۳، «آینده‌اندیشی»^۴، «خود واکنش‌سازی»^۵ و «اندیشه ورزی»^۶ است (بندورا، ۲۰۰۶، ۱۹۸۹). والد بیش از هر فرد دیگری، به‌طور مشخص و ویژه، مفهوم عاملیت را در مسیر زندگی تعریف کرده است در دیدگاه والد انسان‌ها در فرصت‌ها و محدودیت‌های اجتماعی و تاریخی زندگی خود، با انتخاب‌ها و اقداماتی که انجام می‌دهند، مسیرهای زندگی خویش را می‌سازند (الد، شناهان، جنینگز، ۲۰۱۵). والد عاملیت را به‌عنوان یک عامل مهم در فرایندهای انتخابی می‌داند. افراد لایق، در برخورد با محدودیت‌های موجود در زندگی به‌صورت هدفمند، گزینه‌هایی را انتخاب می‌کنند که بتواند مسیر زندگی‌شان را از نو طرح‌ریزی کرده و بسازد (الد، ۱۹۹۸). بنابراین عاملیت انسانی، سازه‌ای کاملاً پویاست که در ارتباط‌های اجتماعی شکل گرفته، توسعه می‌یابد و منجر به پیامدهای مثبت می‌شود (لرنرو بوش-روسناگل، ۱۹۸۱ به نقل از مارشال، ۲۰۰۵، هیتلین و جانسون، ۲۰۱۵، مرکز،

۲۰۱۱ مورتیمر، استف و لی، ۲۰۰۵). نظریه پردازان مسیر زندگی، تأکید فراوانی بر این دارند که عاملیت افراد در دایره ارتباط‌های اجتماعی شکل می‌گیرد و بنابراین درک این که احساس عاملیت در انسان چگونه می‌تواند پرورش یافته و به پیامدهای مثبت منجر شود امری لازم و ضروری است (داگینز، ۲۰۱۱). از نظر هیتلین و الدر (۲۰۰۷) چهار نوع حمایت اجتماعی شامل «حمایت بزرگسالان»، «حمایت معلمان»، «حمایت دوستان» و «توجه خانوادگی»، پیشایندهای قوی برای عاملیت هستند. در همین ارتباط گیگاس (۲۰۰۳) معتقد است که احساس عاملیت جنبه‌ای از زندگی فرد است که متأثر از تجربه‌های شناختی، عاطفی، اجتماعی و فیزیکی کودک در خانواده است: یادگیری زبان، مهارت‌های حرکتی، دانش درباره دنیای فیزیکی و اجتماعی، قواعد و ارزش‌های خانوادگی و چگونه زیستن با افراد خانواده. از نظر گیگاس والدین حمایت گر، که پرسشگری، حل مسئله و رفتارهای جستجوگری را تقویت می‌کنند و دارای نظارت مثبتی بر استدلال هستند می‌توانند نقش مهمی در تحول و توسعه عاملیت داشته باشند. در رویکرد خود-تعیین‌گری نیز والدین به‌عنوان اولین عوامل اجتماعی کردن فرزندان نقش مهمی در ارضای نیازهای روانشناختی آنان دارند. والدینی که حامی خودمختاری فرزندان هستند و به آنها اجازه می‌دهند در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خود شرکت کنند و مسائل خود را به‌طور مستقل حل کنند، در فرزندان ادراک حمایت از خودمختاری به وجود می‌آورند. والدینی که فرزندان خود را بدون قید و شرط می‌پذیرند و با آنها روابط گرم، صمیمی و استواری دارند، در فرزندان ادراک مثبتی از تعامل به وجود می‌آورند و باعث افزایش انگیزش تحصیلی، ادراک شایستگی، سازگاری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی در آنان می‌شوند (گرولینک، دسی و ریان، ۱۹۹۷). در همین چارچوب یافته‌های تنهای رشوانلو و حجازی (۱۳۹۱، ۱۳۹۰) نشان دادند والدین حامی خودمختاری و پاسخگو که در فعالیت‌های فرزندان مشارکت دارند بر انگیزش درون‌زاد و حرمت خود فرزندان تأثیر مثبت دارند و این اثرگذاری بر حسب سبک والدینی پدر و مادر نیز متفاوت است. به عبارت دیگر همانطور که یافته‌های گرولینک، دسی و ریان (۱۹۹۷) نیز نشان داده است، کیفیت مشارکت، حمایت از خودمختاری و گرمی پدر و مادر می‌تواند متفاوت از یکدیگر باشد.

برای عاملیت پیامدهای متنوعی ذکر شده است که از جمله آنها می‌توان به حرمت خود، دلبستگی با مدرسه، کاهش خشونت و بزهکاری، بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری (هیتلین

والدر، ۲۰۰۷، عشورنژاد، کدیور و حجازی، ۱۳۹۶) اشاره نمود. «تاب‌آوری» عبارت است از عوامل حمایتی، فرایندها و سازوکارهایی که موجب سازگاری بهینه فرد می‌شود (همدال، فرایبورگ، استایلز، مارتیناسن، روزنوینگ، ۲۰۰۶). در این دیدگاه عوامل فردی، خانوادگی و نظام‌های حمایتی بیرونی نقش مهمی در تاب‌آوری دارند. یافته‌های پژوهش فیروز بخت و لطفیان (۱۳۹۷) و هاشمی و اکبری (۱۳۹۶) نشان داد خانواده‌هایی که دارای الگوی ارتباطی مبتنی بر گفت‌و شنود هستند و از خودمختاری فرزندان حمایت می‌کنند، نقش مثبتی در میزان تاب‌آوری، تنظیم‌گری و کاهش خشونت فرزندان خود دارند. از طرفی رفتارهای عامل به‌عنوان عوامل ارتقادهنده برای تاب‌آوری فردی شناخته شده‌اند (ماستن^۷، ۲۰۰۹ به نقل از ویلیامز و مرتن، ۲۰۱۴). از نظر سکومبه (۲۰۰۲) افراد با عاملیت بالا نسبت به خطراتی که با آن مواجه می‌شوند، آگاهی داشته و دارای صلاحیت و انگیزه برای تغییر فرصت‌های زندگی‌شان در جهت موفقیت و رضایتمندی هستند (نقل از ویلیامز و مرتن، ۲۰۱۴).

با توجه به تأثیر آشکار عوامل بافتی به‌ویژه سبک‌های والدینی در ایجاد عاملیت در نوجوانان (هیتلین و الدر، ۲۰۰۷، گیکاس، ۲۰۰۳) در این مطالعه متغیر ادراک روابط والدینی در چارچوب نظریه خود تعیین‌گری به‌عنوان پیش‌آیند عاملیت در نظر گرفته شده است. فرض بر این است که «ادراک گرمی»، «حمایت از خودمختاری» و «مشارکت والدین» می‌تواند با ایجاد بافت حمایت‌گر مؤلفه‌های عاملیت را بهبود بخشد. از طرفی بر اساس یافته‌های قبلی (سکومبه، ۲۰۰۲، همدال و همکاران، ۲۰۰۶) عاملیت می‌تواند بر تاب‌آوری اثر گذاشته و آن را ارتقاء دهد. بنابراین فرض می‌شود که سبک‌های والدینی با عاملیت ارتباط داشته و از این طریق بر تاب‌آوری اثر بگذارند. بر این اساس مدل فرضی پژوهش را می‌توان به‌صورت شکل ۱ مورد مطالعه قرارداد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

به نظر می‌رسد که در ایران هنوز «عاملیت شخصی»، به‌عنوان سازه‌ای مهم در ارتقاء کارکردهای روانی و آموزشی مورد توجه قرار نگرفته است و بنابراین سنجش این سازه و همچنین شناسایی عوامل مؤثر بر آن می‌تواند به برنامه ریزان آموزشی و والدین برای بهبود پیامدهای روانی-آموزشی نوجوانان کمک کند.

● روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بوده که با روش همبستگی از نوع معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفته است. «جامعه آماری» این پژوهش را تمامی دختران و پسران دانش‌آموزی که در فاصله سنی ۱۵ تا ۱۷ سال (پایه دهم و سوم دبیرستان) و میانگین سنی ۱۶/۰۸ سال (انحراف معیار ۰/۷۳۱) قرار داشته و در شهر تهران، در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند تشکیل داده است. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. برای به دست آوردن نمونه ابتدا ۴ محدوده شمال، جنوب، شرق و غرب شهر تهران در نظر گرفته شد و سپس طبق نقشه مناطق ۱۹ گانه آموزش و پرورش شهر تهران، مناطق (شمال)، ۱۵ (جنوب)، ۱۳ (شرق) و ۲ (غرب) و از هر منطقه، دو دبیرستان دخترانه و پسرانه و از هر دبیرستان، دو کلاس به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و بعد از آن، دانش‌آموزان به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. به طور تصادفی ۵۷۰ پرسشنامه میان دانش‌آموزان توزیع شد که ۵۴ پرسشنامه به علت سهل‌انگاری در پاسخگویی، کنار گذاشته شد و در نهایت داده‌های مربوط به ۵۱۶ دانش‌آموز (۲۴۳ پسر و ۲۷۳ دختر) برای تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

● ابزار

□ الف: پرسشنامه سبک ادراک والدینی^۱: ادراک دانش‌آموزان از روابط والدینی با پرسشنامه ادراک از والدین که توسط گروپینک و همکاران (۱۹۹۷) تدوین شده است، مورد سنجش قرار گرفت. این پرسشنامه دارای دو نسخه کودکان و نوجوانان - دانشجویان کالج - است. در این پژوهش از نسخه دوم که متناسب سال‌های نوجوانی طراحی شده است، استفاده شده است. این پرسشنامه ۴۲ ماده‌ای دارای ۲ بخش پدر و مادر است (۲۱ ماده برای هر کدام) که کاملاً مشابه هستند. در نمونه اصلی ماده‌ها بر روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شود. پاسخ‌ها شامل پیوستاری از گزینه‌های کاملاً موافق (۷) تا کاملاً مخالف (۱) می‌شود. ساختار عاملی این پرسشنامه بر اساس نظر سازندگان، مؤلفه‌های مشارکت، حمایت از خودمختاری و گرمی را برای هر یک از والدین در بردارد که در مجموع شش عامل را تشکیل می‌دهند. ماده‌های زیر به عنوان نمونه به ترتیب از سه زیر مقیاس مشارکت، حمایت از خودمختاری و گرمی هستند: «مادرم برای کمک کردن به من وقت و انرژی زیادی صرف می‌کند»، «مادرم تا جایی که ممکن است به من اجازه می‌دهد تا آنچه را می‌خواهم انجام دهم،

انتخاب کنم»، «مادرم مرا همان‌گونه که هستم، می‌پذیرد و دوست دارد». بررسی‌های انجام‌شده در ایران به‌منظور تعیین ساختار عاملی پرسشنامه ادراک والدین نشان می‌دهند که این ابزار، همخوان با نتایج گزارش‌شده توسط سازندگان، متشکل از سه خرده‌مقیاس مشارکت، حمایت از خودمختاری و گرمی برای هر یک از والدین است (شیرزادی فرد، ۱۳۹۰؛ باباخانی، ۱۳۹۰). نتایج پژوهش‌های مذکور روایی سازه این پرسشنامه را برای جامعه ایرانی مورد تأیید قرار می‌دهند. اعتبار خرده‌مقیاس‌های این ابزار توسط سازندگان، ۰/۷۲ تا ۰/۸۶ گزارش‌شده است (گرولینک و همکاران، ۱۹۹۷). در ایران، یافته‌های شیرزادی فرد (۱۳۹۰) حاکی از اعتبار قابل قبول این پرسشنامه است (ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس رابطه با پدر و ۰/۸۷ برای خرده‌مقیاس رابطه با مادر). ضرایب آلفای به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر برای خرده‌مقیاس‌های مشارکت مادر (۰/۸۰)، خودمختاری مادر (۰/۸۱)، گرمی مادر (۰/۸۱)، مشارکت پدر (۰/۸۰)، خودمختاری پدر (۰/۸۰)، گرمی پدر (۰/۸۲) و در کل پرسشنامه (۰/۹۰) به‌دست‌آمده است. در پژوهش حاضر به‌منظور شناسایی و تأیید عوامل اندازه‌گیری پرسشنامه ادراک والدین، روایی این پرسشنامه به‌طور جداگانه برای مادر و پدر با انجام تحلیل عاملی تأییدی مورد آزمون قرار گرفت شاخص‌های نسبت مجذور کای به درجه آزادی (۴/۳۳)، نیکویی برازندگی (GFI=۰/۹۰)، شاخص تعدیل‌شده نیکویی برازش (AGFI=۰/۸۷) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA=۰/۰۳) حاکی از برازش خوب مدل در مادر بود. و شاخص‌های نسبت مجذور کای به درجه آزادی (۲/۳۳)، نیکویی برازندگی (GFI=۰/۹۲)، شاخص تعدیل‌شده نیکویی برازش (AGFI=۰/۹۵) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA=۰/۰۴) حاکی از برازش خوب مدل در پدر بود.

□ ب: مقیاس تاب‌آوری^۹: ابزار مورداستفاده در این پژوهش، برای سنجش تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری (RS-۱۴) می‌باشد. نسخه اولیه مقیاس تاب‌آوری توسط واگنیلد و یانگ (۱۹۹۳) طراحی شد که شامل ۲۵ ماده بوده و هدف از طراحی آن ارزیابی میزان تاب‌آوری فردی در جمعیت عادی و از طریق پنج ویژگی شخصیتی شامل «تعادل فکری»، «پشتکار»، «اعتمادبه‌نفس»، «معناداری» و «منحصربه‌فرد بودن» می‌باشد. بعدازآن، سیر مطالعات به سمت استفاده از نسخه کوتاه شده (RS-۱۴) هدایت شد که توسط واگنیلد (۲۰۱۰) طراحی شده و شامل ۱۴ ماده و برگرفته از نسخه ۲۵ ماده‌ای می‌باشد. پاسخ‌های ماده‌ها در

نمونه اصلی به صورت پیوستار ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق (۷) تا کاملاً مخالف (۱) نمره‌گذاری شده است. در ابتدا مقیاس تاب‌آوری (RS-14) به فارسی ترجمه گردیده و متن فارسی آن در اختیار متخصص قرار گرفته تا مجدداً به زبان اصلی برگردانده شود و تطابق آن با ترجمه فارسی مورد بررسی قرار گیرد. مقیاس ۱۴ ماده‌ای بر روی ۶۹۰ نفر بزرگسال انجام شده و تک عاملی بودن آن مشخص شده و آلفای کرونباخ $0/93$ بوده است (داماسیو، برسا و سیلوا، ۲۰۱۱). در کشورهای دیگر هم این مقیاس مورد آزمایش قرار گرفته است. از جمله در کشور برزیل که تک عاملی بودن گویه‌ها مورد تأیید قرار گرفته و آلفای کرونباخ $0/82$ بوده است (داماسیو و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش‌های انجام شده درباره تاب‌آوری در کشورمان تاکنون از این مقیاس (RS14) استفاده نشده است. باهدف بررسی روایی نسخه فارسی مقیاس تاب‌آوری در میان دانش‌آموزان از روش تحلیل عاملی استفاده شد. بدین منظور گروه نمونه به دو نیم تقسیم شد تا شرایط اجرای تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی فراهم شود. داده‌های زیرگروه اول برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی و داده‌های گروه دوم برای اجرای تحلیل عاملی تأییدی مورد استفاده قرار گرفت. پیش از اجرای تحلیل عاملی پیش‌فرض عدم وجود رابطه هم خطی چندگانه عوامل بررسی شد. بر پایه ضرایب همبستگی به دست آمده که همگی کمتر از $0/85$ می‌باشند، فرض عدم وجود رابطه هم خطی چندگانه بین عوامل رعایت شده است (تاباچنیک و فیدل، ۱۹۹۶). تحلیل‌های مربوط به کفایت نمونه‌برداری ($KMO=0/917$) و اعتبار ماتریس همبستگی (آزمون کرویت بارتلت = $885/1913$) نشان‌دهنده قابلیت توجیه اجرای تحلیل عاملی و قابلیت اطمینان ساختار عاملی به دست آمده است. برای تعیین تعداد و محتوای عوامل مقیاس تاب‌آوری، «رزش‌های ویژه» درصد واریانس تبیین شده و نمودار «سنگریزه‌ی» عوامل مورد توجه قرار گرفت. براین اساس پس از انجام مراحل تفصیلی، حذف ماده مبهم و استفاده از روش‌های چرخش واریماکس، ساختار تک عاملی مقیاس به دست آمد. ارزش ویژه مقیاس تاب‌آوری ($5/093$)، درصد واریانس تبیین شده آن ($36/381$) و درصد واریانس تراکمی ($36/381$) می‌باشد. قابل ذکر است که ماده شماره ۱۰ به علت پایین بودن بار عاملی از تحلیل حذف شد.

ساختار عاملی کشف شده از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی به روش تحلیل عاملی تأییدی مورد آزمون قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از

نرم‌افزار لیزرل شاخص‌های نسبت مجذور کای به درجه آزادی (۱/۴۴)، نیکویی برازندگی (GFI=۰/۹۶)، شاخص تعدیل‌شده نیکویی برازش (AGFI=۰/۹۲) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریباً ۰/۰۶ (RMSEA) حاکی از برازش خوب مدل بود. اعتبار این ابزار به‌وسیله محاسبه آلفای کرون باخ مورد آزمون قرار گرفت و مقدار ۰/۸۵۸ به دست آمد.

□ ج: «*ارزیابی عاملیت انسانی*»^{۱۰}. نظر به تنوع مؤلفه‌های آن و عدم وجود یک ابزار مشخص - با استفاده از مطالعات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود، ابزاری با سه مؤلفه هدفمندی، آینده‌اندیشی و خودکارآمدی تنظیم شد: برای سنجش هدفمندی، از ابزار هیتلن و الدر (۲۰۰۷) که دارای ۴ ماده است و بر روی یک لیکرت ۴ درجه‌ای قرار دارد. استفاده شد. ماده‌های مؤلفه آینده‌اندیشی از ابزار یون که برای «سنجش عاملیت انسانی» (۲۰۱۱) ساخته شده است، اقتباس شده‌اند. این ابزار بر مبنای نظریه *بندورا* (۲۰۰۱) تهیه شده است و دارای ۷ ماده می‌باشد. پاسخ‌های ماده‌ها به صورت پیوستار ۴ درجه‌ای لیکرتی از هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۴) نمره‌گذاری شده‌اند. از مقیاس خودکارآمدی عمومی^{۱۱} (GSE) به عنوان یکی از مؤلفه‌های عاملیت استفاده شد. پاسخ‌های گویه‌ها در نمونه اصلی به صورت پیوستار ۴ درجه‌ای لیکرتی از اصلاً درست نیست (۱) تا کاملاً درست است (۴) نمره‌گذاری شده است (شوارتز و جروزالم، ۱۹۹۵). روایی و اعتبار هر یک از مؤلفه‌های استفاده‌شده در ابزار عاملیت توسط پژوهشگران مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. باهدف تعیین روایی ابزار عاملیت در مطالعه حاضر از روش تحلیل عاملی استفاده شد. بدین منظور گروه نمونه به دو نیم تقسیم شد تا شرایط اجرای تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی فراهم شود. داده‌های زیرگروه اول برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی و داده‌های گروه دوم برای اجرای تحلیل عاملی تأییدی مورد استفاده قرار گرفته. پیش از اجرای تحلیل عاملی پیش‌فرض عدم وجود رابطه هم خطی چندگانه عوامل بررسی شد. بر پایه ضرایب همبستگی به دست آمده که همگی کمتر از ۰/۸۵ می‌باشند، فرض عدم وجود رابطه هم خطی چندگانه بین عوامل رعایت شده است (تاباچنیک و فیدل، ۱۹۹۶). تحلیل‌های مربوط به کفایت نمونه‌برداری (KMO = ۰/۸۷۹) و اعتبار ماتریس همبستگی (آزمون کرویت بارتلت = ۲۴۵۱) نشان‌دهنده قابلیت توجیه اجرای تحلیل عاملی و قابلیت اطمینان ساختار عاملی به دست آمده است. برای تعیین تعداد و محتوای عوامل «*ارزیابی عاملیت*» درصد واریانس تبیین شده و نمودار سنگریزه‌ای عوامل مورد توجه

قرار گرفت. براین اساس پس از انجام مراحل تفصیلی حذف ماده مبهم و استفاده از روش‌های چرخش واریماکس، ساختار ۳ عاملی ابزار به دست آمد، ۳ عامل به‌طور تراکمی ۴۱/۱۰۹ درصد از واریانس را تبیین می‌کنند. قابل ذکر است که ماده شماره ۳ به دلیل نداشتن بار عاملی از تحلیل حذف شد. ساختار عاملی کشف‌شده از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی به روش تحلیل عاملی تأییدی مورد آزمون قرار گرفت. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار لیزرل یعنی شاخص‌های نسبت مجذور کای به درجه آزادی (۲/۲۷)، نیکویی برازندگی ($GFI=0/98$)، شاخص تعدیل‌شده نیکویی برازش ($AGFI=0/95$) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب $0/04$ ($RMSEA$) حاکی از برازش خوب مدل است. اعتبار این ابزار به‌وسیله محاسبه آلفای کرون باخ مورد آزمون قرار گرفت و مقدار $0/812$ برای خودکارامدی، $0/776$ برای آینده‌اندیشی و $0/738$ برای هدفمندی به دست آمد.

● یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی و معادلات ساختاری استفاده شد قبل از انجام آزمون آماری پیش‌فرض‌های تحلیل مسیر شامل خطی بودن رابطه متغیرها، همگنی واریانس متغیرها و استقلال باقیمانده‌ها یا خطاها از یکدیگر آزمون شد. بین متغیرها رابطه خطی برقرار است ($R^2=0/72$, $F_{1,1014}=1025/96$, $p<0/05$)، متغیرها از یکدیگر مستقل هستند و بین خطاها یا باقیمانده‌ها همبستگی وجود ندارد ($D-W < 4$)^{۱۲} و واریانس‌ها همگن می‌باشد. هم خطی نیز از طریق همبستگی و بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از طریق بررسی کجی و کشیدگی بررسی شد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض‌های تحلیل مسیر رعایت شده است و می‌توان به نتایج اعتماد کرد به‌منظور پاسخ‌دهی به اهداف اصلی پژوهش، دو مدل مربوط به ادراک از سبک والدینی پدر، و مادر با استفاده از روش معادلات ساختاری آزمون شدند.

الف. مدل نقش واسطه‌ای عاملیت در رابطه میان ادراک از سبک والدینی پدر و تاب‌آوری:

در ابتدا ماتریس همبستگی متغیرهای مربوط به مدل ادراک پدر ارائه می‌شود.

با توجه به جدول ۱ رابطه بین ادراک از سبک والدینی پدر با عاملیت ($0/37$) و ادراک والدینی پدر با تاب‌آوری ($0/38$) و عاملیت با تاب‌آوری ($0/78$) مثبت و معنادار است.

جدول ۱. ضرایب همبستگی متغیرهای مدل ادراک پدر

متغیرها	ادراک پدر	عاملیت	تاب آوری
ادراک از سبک والدینی پدر	۱		
عاملیت	۰/۳۷**	۱	
تاب آوری	۰/۳۸**	۰/۷۸**	۱

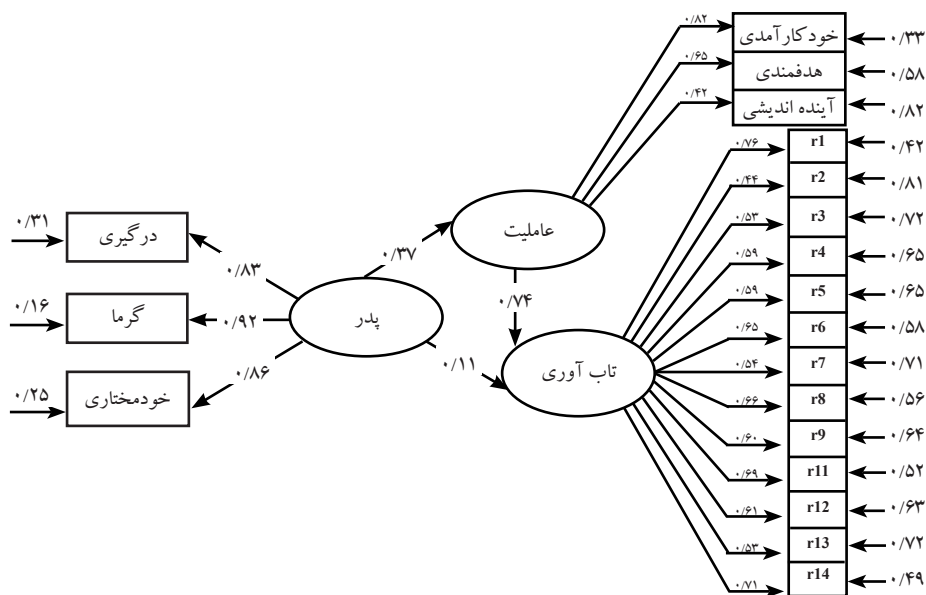
* p < 0/05, ** p < 0/01

به منظور بررسی نقش عاملیت در رابطه بین ادراک از سبک والدینی پدر و تاب‌آوری از طریق مدل معادلات ساختاری و به کمک نرم‌افزار لیزرل، مدل مورد آزمون قرار گرفت که نتایج در جدول و نمودارهای زیر نشان داده شده است. جدول ۲ ضرایب مستقیم و غیرمستقیم مدل ادراک پدر را نشان می‌دهد. طبق داده‌های این جدول اثرات مستقیم ادراک از سبک والدینی پدر بر عاملیت (۰/۳۷) و ادراک از سبک والدینی پدر بر تاب‌آوری (۰/۱۱) و عاملیت بر تاب‌آوری (۰/۷۴) معنادار است. با افزایش میزان ادراک از سبک والدینی پدر، میزان عاملیت و تاب‌آوری افزایش می‌یابد. اثر غیرمستقیم ادراک از سبک والدینی پدر بر تاب‌آوری (۰/۲۷) از طریق عاملیت معنادار است. با افزایش ادراک از سبک والدینی پدر، تاب‌آوری دانش آموزان از طریق عاملیت افزایش می‌یابد. اثر کل ادراک از سبک والدینی پدر بر عاملیت (۰/۳۷) و بر تاب‌آوری (۰/۳۸) و اثر عاملیت بر تاب‌آوری (۰/۷۴) در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. میزان واریانس تبیین شده تاب‌آوری توسط ادراک از سبک والدینی پدر و عاملیت برابر ۰/۶۳ است.

جدول ۲. برآورد ضرایب اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل پدر

اثرات کلی		اثرات مستقیم		اثرات غیر مستقیم	
مسیرها	پارامتر استاندارد شده (خطا)	t	پارامتر استاندارد شده (خطا)	t	پارامتر استاندارد شده (خطا)
اثر ادراک از سبک والدینی پدر روی:					
عاملیت	۰/۳۷ (۰/۰۵)	۶/۹۱			
تاب‌آوری	۰/۱۱ (۰/۰۴)	۲/۴۸	۰/۲۷ (۰/۰۴)	۶/۰۷	۰/۳۸ (۰/۰۵)
اثر عاملیت روی:					
تاب‌آوری	۰/۷۴ (۰/۰۷)	۱۱/۲۴			۰/۷۴ (۰/۰۷)

جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل ادراک پدر را نشان می‌دهد. پژوهشگران شاخص χ^2/df کمتر از ۳، شاخص GFI، CFI، AGFI و NFI بزرگتر یا مساوی ۰/۹۰ و شاخص



شکل ۲. ضرایب مسیر مدل ادراک از سبک والدینی پدر

RMSEA کمتر از ۰/۰۸ را از نشانه‌های برازش مناسب و از شاخص‌های مطلوب برای ارزیابی مدل می‌دانند. بر این اساس، مدل ادراک پدر از برازش مطلوبی برخوردار است. (ب) مدل نقش واسطه‌ای عاملیت در رابطه ادراک از سبک والدینی مادر و تاب‌آوری: در ابتدا ماتریس همبستگی متغیرهای مربوط به مدل ادراک از سبک والدینی مادر ارائه می‌شود.

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل ادراک پدر

شاخص‌ها	χ^2	df	χ^2/df	CFI	GFI	AGFI	NFI	RMSEA
برازش و میزان آن‌ها	۵۰۱/۷۵	۱۴۹	۳/۳۷	۰/۹۲	۰/۸۸	۰/۸۴	۰/۹۲	۰/۰۸

با توجه به جدول ۴ رابطه بین ادراک از سبک والدینی مادر با عاملیت (۰/۳۱) و ادراک از سبک والدینی مادر با تاب‌آوری (۰/۳۵) و عاملیت با تاب‌آوری (۰/۷۹) مثبت و معنادار است. به منظور بررسی نقش تاب‌آوری در رابطه بین ادراک از سبک والدینی مادر و تاب‌آوری از طریق مدل معادلات ساختاری و به کمک نرم‌افزار لیزرل، مدل مورد آزمون قرار گرفت که نتایج در جدول و نمودارهای زیر نشان داده شده است.

جدول ۴. ضرایب همبستگی متغیرهای مدل ادراک پدر

متغیرها	ادراک پدر	عاملیت	تاب آوری
ادراک از سبک والدینی مادر	۱		
عاملیت	۰/۳۱**	۱	
تاب آوری	۰/۳۵**	۰/۹۸**	۱

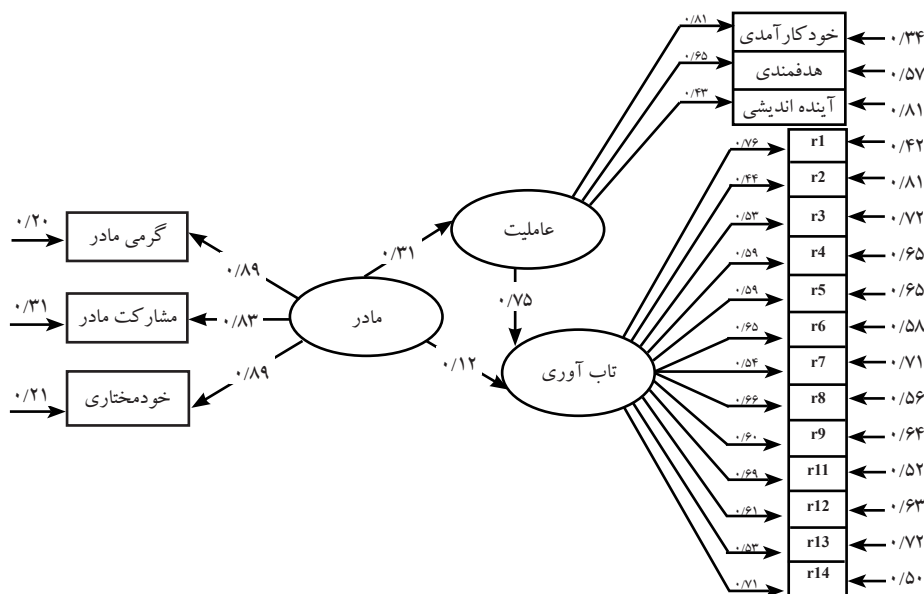
* p < 0/05, ** p < 0/01

جدول ۵ ضرایب مستقیم و غیرمستقیم الگوی ادراک از سبک والدینی مادر را نشان می‌دهد. طبق داده‌های این جدول اثرات مستقیم ادراک از سبک والدینی مادر بر عاملیت (۰/۳۱) و ادراک از سبک والدینی مادر بر تاب‌آوری (۰/۱۲) و عاملیت بر تاب‌آوری (۰/۷۵) معنادار است. با افزایش میزان ادراک از سبک والدینی مادر، میزان عاملیت و تاب‌آوری افزایش می‌یابد. اثر غیرمستقیم ادراک از سبک والدینی مادر بر تاب‌آوری (۰/۲۳) از طریق عاملیت معنادار است. با افزایش ادراک از سبک والدینی مادر، تاب‌آوری دانش آموزان از طریق عاملیت افزایش می‌یابد. اثر کل ادراک از سبک والدینی مادر بر عاملیت (۰/۳۱) و تاب‌آوری (۰/۳۵) و (۰/۷۵) در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. میزان واریانس تبیین شده تاب‌آوری توسط ادراک از سبک والدینی مادر و عاملیت برابر ۰/۶۳ است.

جدول ۵. برآورد ضرایب اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل ادراک از سبک والدینی مادر

اثرات کل	اثرات غیر مستقیم		اثرات مستقیم		مسیرها	
	t	پارامتر استاندارد شده (خطا)	t	پارامتر استاندارد شده (خطا)	t	پارامتر استاندارد شده (خطا)
اثر ادراک از سبک والدینی مادر روی:						
عاملیت	۵/۷۳	(۰/۰۵) ۰/۳۱			۵/۷۳	(۰/۰۵) ۰/۳۱
تاب آوری	۷/۰۴	(۰/۰۵) ۰/۳۵	۵/۲۶	(۰/۰۴) ۰/۲۳	۲/۸۲	(۰/۰۴) ۰/۱۲
اثر عاملیت روی:						
تاب آوری	۱۱/۵۳	(۰/۰۶) ۰/۷۵			۱۱/۵۳	(۰/۰۶) ۰/۷۵

پژوهشگران شاخص x^2/df کمتر از ۳، شاخص CFI، GFI، AGFI و NFI بزرگتر یا مساوی ۰/۹۰، و شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۸ را از نشانه‌های برازش مناسب و از شاخص‌های مطلوب برای ارزیابی مدل می‌دانند. بر این اساس، مدل ادراک مادر از برازش مطلوبی برخوردار است.



شکل ۳. ضرایب مسیر مدل ادراک مادر

جدول ۶. شاخص‌های نیکویی برازش مدل ادراک مادر

RMSEA	NFI	AGFI	GFI	CFI	χ^2/df	df	χ^2	شاخص‌ها
۰/۰۷	۰/۹۵	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۹۶	۳/۲۳	۱۴۹	۴۸۶/۹۳	برازش و میزان آن‌ها

● بحث و نتیجه‌گیری

○ هدف این مطالعه شناسایی نقش واسطه‌ای عاملیت در رابطه میان ادراک از سبک‌های والدینی با تاب‌آوری بود. نتایج تحلیل معادلات ساختاری نشان داد که سبک‌های والدینی با «عاملیت» رابطه داشته و بر «تاب‌آوری» تأثیر مثبت دارد. از طرفی سبک‌های والدینی به‌طور مستقیم نیز بر تاب‌آوری اثر دارند. می‌توان گفت که فرضیه اصلی این مطالعه مورد تأیید قرار گرفت.

○ بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر نوجوانانی که سبک والدینی خود را حامی خودمختاری دانسته، والدین را گرم و صمیمی ادراک می‌کنند و آنان را در فعالیت‌های خود همراه می‌دانند، دارای احساس عاملیت شخصی هستند. این یافته در راستای یافته‌های گروولینک، دسی و ریان (۱۹۹۷) و تنهای رشوانلو و حجازی (۱۳۹۰، ۱۳۹۱) نشان می‌دهد

که هنگامی که نیازهای بنیادین روانشناختی (ارتباط، شایستگی و حمایت از خودمختاری) نوجوانان توسط والدین در خانواده ارضا می‌شود و به عبارتی والدین در ارتباط با فرزندان خود علاقه، محبت و مهربانی نشان داده و در فعالیت‌های موردعلاقه آنان شرکت می‌کنند، وقت بیشتری برای تربیت فرزندان خود اختصاص داده و همچنین از طریق اهمیت دادن به نظرات فرزندان، دادن حق انتخاب و حمایت از آغازگری و کوشش‌های فرزندان در حل مشکلات خود، از نیاز به خودمختاری در آنان حمایت می‌کنند، بستر مناسبی برای پرورش عاملیت در نوجوانان فراهم می‌گردد. بدین معنا که افرادی آینده‌اندیش، هدفمند و خودکار آمد پرورش می‌یابند. در شرایط یادشده، نوجوان با تجسم آینده و پیش‌بینی پیامدهای احتمالی رفتارهایش در آینده، اهدافی را انتخاب می‌نماید و با اطمینان از توانایی‌های خود برای کسب موفقیت، با برنامه‌ریزی مناسب، جهت نیل به اهداف موردنظر گام برمی‌دارد. نیاز به خودمختاری در میان مجموعه نیازهای روانشناختی، موقعیت منحصربه‌فردی دارد زیرا برای تحت کنترل بودن رفتار، توانایی ارضای نیاز به شایستگی و ارتباط کافی است اما برای رفتار «هدف‌گرا»، در راستای خود تعیین گر شدن و همچنین برای رسیدن به پیامدهای مطلوب مرتبط با خود تعیین‌گری، ارضای نیاز به خودمختاری ضرورت دارد (دسی و ریان، ۲۰۰۰).

○ بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، سبک والدینی پدر و مادر هر دو تأثیری مشابه بر احساس «عاملیت» دارد. بنابراین می‌توان گفت وقتی پدر و مادر همسو باهم نسبت به فرزندشان گرمی و محبت داشته، فعالیت‌های موردعلاقه فرزند خود را می‌شناسند، به آن علاقه‌مندند و فعالانه در آن مشارکت می‌کنند و از همه مهم‌تر وقتی والدین، فرزندانشان را برای حل مسئله تشویق می‌کنند، به آنان حق انتخاب و شرکت در تصمیم‌گیری می‌دهند، در این صورت عاملیت در نوجوانان پرورش‌یافته و نوجوان با ادراک از این همسویی در والدین، با نگاه به آینده و توجه به توانایی‌های خود و باور به آنها دست به انتخاب‌های هدفمند می‌زند و مطمئناً برای رسیدن به اهداف خود از مشکلات و موانع پیش رو هراسی نداشته و تاب‌آوری بالایی خواهد داشت.

○ یافته‌های این مطالعه نشان داد که عاملیت بر تاب‌آوری تأثیر مثبت دارد. همسو با دیدگاه سکومبه (۲۰۰۲) عاملیت عاملی برای آگاهی از خطرات و مشکلات پیش رو است و

موجب تاب‌آوری در این شرایط می‌شود. علاوه بر این یافته‌ها نشان دادند که ۶۳٪ تغییرات تاب‌آوری را سبک‌های والدین تبیین می‌کنند. این یافته همسو با یافته‌های فیروزبخت و لطیفیان (۱۳۹۷)، هاشمی، اکبری (۱۳۹۶)، حجازی، سلیمانی (۱۳۸۹) است و تأکید می‌کند که سبک حمایت‌کننده والدین نقش مهمی در ارتقاء تاب‌آوری فرزندان دارد. قنبری (۱۳۹۲) هم در پژوهش خود نشان داد که سبک حمایت پدر و مادر از خودمختاری پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری در دانشجویان است.

○ پژوهش حاضر در بافت فرهنگی ایران و با خصوصیات فرزند پروری مربوط به فرهنگ ایرانی انجام شده است. هرچند در دهه‌های اخیر، تغییرات زیادی در سبک‌های فرزند پروری ایجاد شده است و فرزندان از اختیار بیشتری نسبت به نسل‌های گذشته برخوردار شده‌اند، لکن هنوز در برخی تصمیمات مهم و سرنوشت‌ساز زندگی خود همچون انتخاب رشته تحصیلی، با مشکلاتی مواجه هستند. برخی از والدین، بدون توجه به علاقه، استعدادها و توانایی‌های فرزندان، هرگونه حق انتخابی را از آنان سلب کرده و بنا به صلاحدید خود، آنان را مجبور به تحصیل در رشته خاصی می‌نمایند. این اجبار می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری برای آینده آنان داشته باشد و سلامت روانی آنان را مورد تهدید قرار دهد.



یادداشت‌ها

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. personal agency | 2. Giddens |
| 3. intentionality | 4. forethought |
| 5. self-reactiveness | 6. self-reflectiveness |
| 7. Masten | 8. Perception of Parenting Styles Questionnaire |
| 9. Resilience Scale | 10. Assessment Human Agency |
| 11. General Self-Efficacy Scale | 12. Durbin-Watson |

● منابع

- باباخانی، نرگس (۱۳۹۲). رابطه باورهای اساسی و ادراک از روابط والدینی با بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی مدرسه*. (۳)، ۲، ۴، ۴۳-۶۱.
- تنهای رشوانلو، فرهاد.، حجازی، الهه (۱۳۹۱). نقش درگیری، حمایت از خودمختاری و گرمی مادر و پدر در انگیزش خودمختار و عملکرد تحصیلی، *مجله خانواده پژوهی*، ۸، ۸۲-۶۷.
- تنهای رشوانلو، فرهاد.، حجازی، الهه (۱۳۹۰). درگیری، حمایت از خودمختاری و گرمی پدر و مادر: پیش‌بینی‌کننده‌ای عزت‌نفس نوجوانان، *مجله علوم رفتاری*، ۴، ۳۵۰-۳۴۳.

حجازی، الهه و سلیمانی، حمیده (۱۳۸۹). کیفیت دوستی، تقابل دوستی و تاب‌آوری. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۴)، ۳۱۹-۳۲۵.

شیرزادی فرد، میثم (۱۳۹۰). *سبک‌های پرورش اطلاعات، ادراک روابط والد کودک و بهزیستی -ذهنی: نقش واسطه‌ای باورهای اساسی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

عشورنژاد، فاطمه؛ کدیور، پروین؛ حجازی، الهه. (۱۳۹۶). رابطه عاملیت، برنامه‌ریزی و فرهنگ مدرسه با بهزیستی روانشناختی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان عادی و تیزهوش: تحلیل چند سطحی، *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۴۷، ۱۰۶-۷۹.

فیروزبخت، سمیرا، لطیفیان، مرتضی (۱۳۹۷). بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری قالب‌های ارتباطی خانواده و خودتنظیمی انگیزشی، *مجله روانشناسی*، ۸۵، ۱۱۷-۱۰۰.

قنبری، فاطمه. کاظمی، محمود (۱۳۹۲). *رابطه ادراک از فرزند پروری والدین با تاب‌آوری و خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه زنجان*. پایان‌نامه. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه زنجان - پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی.

هاشمی، سهیلا؛ اکبری، علی. (۱۳۹۶). مدل علی برای ابعاد طرح ارتباطی خانواده، تاب‌آوری و مهارت مهار خشم با گرایش به خشونت، *مجله روانشناسی*، ۸۳، ۲۹۹-۲۸۴.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: *An agentic perspective*. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26 .

Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency, *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164-180.

Damasio, B.F., Borsa, J. C., & Silva, J. P. (2011). 14-Item Resilience Scale (RS-14): Psychometric properties of the Brazilian version, *Journal of Nursing Measurement*, 19, 131-145.

Desi, E.I., & Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and determination of behavior. *Psychology Inquiry*, 11, 227-268.

Duggins, S.D. (2011). *The development of sense of agency*. Psychology Theses. Department of Psychology. Georgia State University.

Elder, G.H. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course, *Social Psychology Quarterly*, 57, 4-15.

Elder, G. H., Jr. (1998). The life course and human development. In: R. M. Lerner (Ed.),

- Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development*, New York: Wiley.
- Elder, G. H., Shanahan, M. J., & Jennings, J. A. (2015). Human development in time and place. *Handbook of child psychology and development science*. New York: Wiley.
- Frost, D. (2006). The concept of “agency” in leadership for learning. *Leading & Managing*, 12, 19-28.
- Gecas, V. (2003). Self-agency and the life course, In J. T. Mortimer, & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course*, New York: Kluwer Academic Publishers.
- Grolnick, W. S., Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1997). Internalization within the family: The self determination theory perspective. *Parenting and children’s internalization of values: A handbook of contemporary theory*, New York: Wiley.
- Hitlin, S., & Johnson, M. K. (2015). Reconceptualizing agency within the life course: The power of looking a head. *American Journal of Sociology*, 120, 1429-1472.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2006). A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 84-96.
- Marshall, V. W. (2005). Agency events, and structure at the end of the life course. *Advances in Life Course Research*, 10, 57-91.
- Mercer, S. (2011). Understanding learner agency as a complex dynamic system. *System*, 39, 427-436.
- Mortimer, J. T., Staff, J., & Lee, J. C. (2005). Agency and structure in educational attainment and the transition to adulthood. *Advances in Life Course Research*, 10, 131-153.
- Schoon, I. & Lyons-Amos, M. (2016). Diverse pathways in becoming an adult: The role of structure, agency and context. *Research in Social Stratification and Mobility*, 46, 11-20.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, (Eds.) *Measures in health psychology: A user’s portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: Nfer-Nelson.
- Secombe, K. (2002). “Beating the odds” versus “changing the odds”: Poverty, resilience, and family policy. *Journal of Marriage and Family*, 64, 384-394.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. (1996) *Using multivariate statistics*. New York: Happer Collins College.
- Thoits, P. A. (2003). Personal agency and multiple role-identities. In: P. J. Burke, T. J. Owens, R. T. Serpe & P. A. Thoits (Eds), *Advances in identity theory and research*,

New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Wagnild, G. M. (2010). The Resilience Scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14). *Worden, MT: The Resilience Center.*

Williams, A.L., & Merten, M.J. (2014). Linking community, parenting, and depressive symptom trajectories: Testing resilience models of adolescent agency based on race/ ethnicity and gender. *Journal of Youth and Adolescence*. 43, 1563-1575.

Yoon, H.J. (2011). *The development and validation of the assessment of human agency employing Albert Bandura's human agency theory*. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy .The Pennsylvania State University.

Zimmerman, B.J, & Cleary, T.J. (2006). Adolescent's development of personal agency. The role of self-efficacy beliefs and self-regulatory skill, In F.Pajares, & T.Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*, Greenwich: Information Age Publishing.



رابطه بین باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی: نقش واسطه ای ذهن آگاهی □

The Relationship between Relationship Beliefs and Couple Burnout: The Mediating Role of Mindfulness □

Abolfazl Dehghan, MSc □
Masoud Gholamali Lavasani, PhD
Yaser Madani, PhD

ابوالفضل دهقان*
دکتر مسعود غلامعلی لواسانی*
دکتر یاسر مدنی*

Abstract

چکیده

The present study investigated the relationship between relationship beliefs and couple burnout and the role of mindfulness as a possible mediating variable. Method of the present study was correlational and all married people in Yazd city were considered as the statistical population with a sample size of 380 subjects (200 females & 180 males) who were selected through available sampling method in 2016. The participants completed Belief Inventory (RBI), Mindfulness, Attention and Awareness Scale (MAAS), and Couple Burnout Measure (CBM). As data analysis showed that, there was a significant negative relationship between mindfulness and the relationship beliefs subscales “disagreement is destructive to a relationship”, “partners cannot change themselves and their relationship”, “one should be sexually perfect”, and “there are differences between males’ and females’ personalities and relationship needs”. Also, there was a negatively significant relation between mindfulness and couple burnout. The findings also indicated that relationship beliefs subscales were positively related to couple burnout. In addition, data from path analysis indicated that mindfulness plays a mediating role in relationship between irrational relationship beliefs and couple burnout.

Keywords: relationship beliefs; couple burnout; mindfulness; path analysis

هدف مطالعه حاضر تعیین رابطه بین باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی، به علاوه شناسایی نقش ذهن آگاهی به عنوان متغیری بود که ممکن است در این بین اثر میانجی گر داشته باشد. روش پژوهش از نوع همبستگی، جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد متأهل شهر یزد در سال ۱۳۹۵ و نمونه مورد نظر شامل ۳۸۰ نفر (۲۰۰ زن و ۱۸۰ مرد) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان در این پژوهش به سیاهه باورهای ارتباطی ایدلسون و اپشتین، مقیاس ذهن آگاهی، توجه و هشیاری براون و ریان و اندازه گیری دلزدگی زناشویی پاینز پاسخ دادند. بر اساس یافته ها، ذهن آگاهی با مؤلفه های باورهای ارتباطی شامل باور به تخریب کنندگی مخالفت، باور به تغییرناپذیری همسر، کمالگرایی جنسی و باور مربوط به تفاوت های جنسیتی رابطه منفی معنادار داشت. یافته دیگر این پژوهش، رابطه منفی معنادار ذهن آگاهی با دلزدگی زناشویی بود. همچنین مؤلفه های باورهای ارتباطی با دلزدگی زناشویی رابطه مثبت معنادار داشتند.

کلید واژه ها: باورهای ارتباطی، دلزدگی زناشویی، ذهن آگاهی، تحلیل مسیر

□ Department of Educational Psychology and Counseling,
University of Tehran, I. R. Iran.
□ Email: abolfazldehghan71@yahoo.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۷/۱ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۲/۳۱
* گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران

● مقدمه

ازدواج در مقایسه با سایر روابط انسانی بهترین فرصت برای تجربه خوشبختی، حمایت اجتماعی و صمیمیت است و افراد را به‌گونه‌ای به هم پیوند می‌دهد که در روابط دیگر میسر نیست (فاورز، ۲۰۱۳)؛ اما افزایش نرخ طلاق و وجود آشفتگی‌های روابط زوجین، انگیزه پژوهشگران برای کشف عوامل مؤثر و راهکارهای مناسب به‌منظور مقابله با فروپاشی رابطه زوجین را افزایش داده است. «دلزدگی زناشویی»^۱ یکی از آشفتگی‌های روان‌شناختی است که به تدریج علاقه بین زوجین را کم‌رنگ و گاهی به‌طور کامل از بین می‌برد و بستر مشکلات روانی، سردی رابطه، طلاق عاطفی و رسمی را فراهم می‌کند (پاینز، نیل، هامر و آیسکسون، ۲۰۱۱). کیانفرد و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که جمع شدن فرسودگی، آرمان‌زدایی و تنش‌های زندگی هر فردی باعث فرسودگی روانی می‌شود و سرانجام به دلزدگی منجر می‌شود. الگوهای متنوعی برای توضیح پدیده دلزدگی رشد کرده‌اند، الگوهای مسلاخ^۲، چرنیس^۳، دلویچ^۴ و روان‌تحلیلگری - وجودی پاینز^۵، سهم قابل‌توجهی برای توضیح این پدیده داشته‌اند. بر اساس الگوی روان‌تحلیلگری - وجودی پاینز که مبتنی بر دیدگاه فرانکل درباره بودن و جستجوی معنی است، دلزدگی زناشویی به‌عنوان علائم خستگی جسمی، عاطفی و روانی در نتیجه احساس دائمی تنیدگی، ناامیدی و به تله افتادن با از دست دادن اشتیاق، انرژی، آرمان‌گرایی و چشم‌انداز و هدف تعریف می‌شود (کاپری، ۲۰۱۳). پژوهش‌های انجام‌گرفته در زمینه عوامل مرتبط با دلزدگی، به عوامل مختلفی اشاره کرده‌اند که در این زمینه می‌توان به داشتن تصویر رؤیایی از عشق، زوال خانواده گسترده و تغییر نقش‌های زن و شوهر (پاینز، ۱۳۸۴)، ناباروری زوجین (بهزاد پور، وکیلی، مطهری، و سهرابی، ۱۳۹۳)، «باورهای ارتباطی غیرمنطقی» (ادیب راد و ادیب راد، ۱۳۸۴)، نارضایتی در حوزه مسائل جنسی (اسدی، منصور، خدابخشی و فتح‌آبادی، ۱۳۹۲) اشاره کرد.

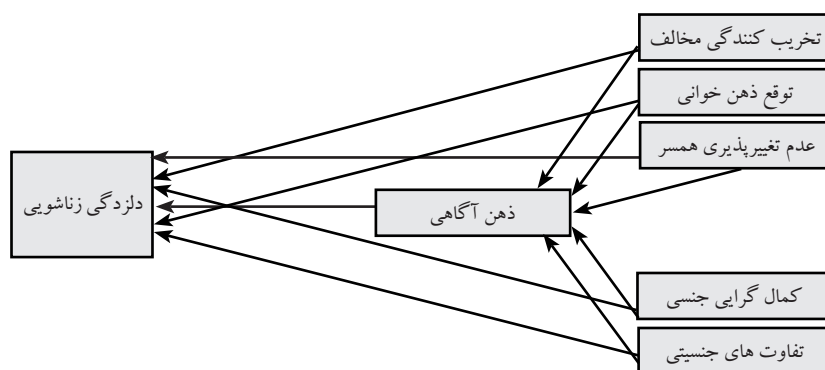
باور و نگرش هر فرد به ارتباط و شیوه باهم بودن می‌تواند با پدیده دلزدگی زناشویی ارتباط داشته باشد (ادیب راد و ادیب راد، ۱۳۸۴). طبق تعریف/ایدلسون و/پشتین (۱۹۸۲) به نقل از آدیس و برنارد (۲۰۱۳) منظور از باورهای ارتباطی، دیدگاهی است که زوجین نسبت به رابطه زناشویی خوددارند و آن را به‌عنوان حقیقت پذیرفته‌اند و منظور از باور ارتباطی غیرمنطقی آن دسته از تفکراتی می‌باشد که مختص رابطه زناشویی است و در اثر استفاده

افراطی ایجاد مشکل می‌کند. *ایدلسون* و *اپشتین* با توسعه ارزیابی باورهای غیرمنطقی، پنج باور ارتباطی غیرمنطقی شامل «باور تخریب‌کنندگی مخالفت»، «توقع ذهن‌خوانی»، «باور به عدم‌تغییرپذیری همسر»، «کمال‌گرایی جنسی»، «باور مربوط به تفاوت‌های جنسیتی» را که در روابط زناشویی سهیم هستند، مشخص کردند. *الیس* (۱۹۹۷) به نقل از اسدی و همکاران (۲۰۱۱) معتقد است که اکثر تعارضات بین فردی از جمله تعارضات زناشویی با باورهای غیرمنطقی مرتبط است. فرد واجد تفکر غیرمنطقی حکم‌های از پیش تعیین‌شده داشته و حالات آشفتگی از قبیل افسردگی، اضطراب دارد. مطالعات متعددی بر اهمیت باورهای ارتباطی در زندگی زناشویی تأکید دارد. *جکسون*، *گراو* و *بیچامپ* (۲۰۱۰) نقش رابطه منطقی بین زوجین را به‌منظور جلوگیری از وقوع پدیده دلزدگی زناشویی مهم می‌دانند و عدم توانایی در برقراری ارتباط منطقی با همسر را شایع‌ترین مشکلی می‌دانند که زوجین ناراضی مطرح می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش *شایسته*، *صاحبی* و *علی پور* (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که بین باورهای ارتباطی با رضایتمندی زناشویی رابطه منفی معنادار وجود دارد.

عامل دیگری که می‌تواند بر دلزدگی زناشویی تأثیر داشته باشد، «ذهن آگاهی»^۶ است. مفهوم ذهن آگاهی به‌عنوان یک متغیر عاطفی - شناختی در سال‌های اخیر تحت تأثیر تفکر *بودایی* مورد توجه روانشناسان و محققان قرار گرفته است (وینزل، ویرسون، هیرچمولر و کویاک، ۲۰۱۵). ذهن آگاهی به‌عنوان حالت توجه هدفمند و همراه با پذیرش در مورد تجربیات در حال وقوع در لحظه کنونی، تعریف شده است (تانای، لوتان و برنشتین، ۲۰۱۲). از مهم‌ترین مشخصه‌های ذهن آگاهی حضور فیزیکی و ذهنی در زمان حال است (لاتزمن و ماسودا، ۲۰۱۳). حضور در زمان حال این فرصت را فراهم می‌کند تا انسان واقعیت را با تمام ابعادش ببیند و سوگیری‌های شناختی و نشخوار فکری در ارتباط با گذشته و آینده خود، همسر و فرزندان را کاهش دهد (مطهری، احمدی، بهزاد پور و آزموده، ۱۳۹۱). شواهد تجربی نشان داده که بین ذهن آگاهی و رضایتمندی زناشویی رابطه مثبت معنادار وجود دارد (برپی و لانگر، ۲۰۰۵) همچنین نتیجه پژوهش *مطهری* و همکاران (۱۳۹۱) نشان می‌دهد که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش دلزدگی زناشویی مؤثر است. رسیدن افراد به ذهن آگاهی منجر به تفکر منطقی می‌شود. ذهن آگاهی به دنبال تغییر افکار فرد نیست بلکه به دنبال تغییر رابطه فرد با افکار است. ذهن آگاهی به دنبال انکار باورهای غیرمنطقی نیست بلکه

بر پذیرش تأکید دارد. ذهن آگاهی تأکید دارد که پذیرش باورها در افراد نخستین گام تغییر است (دیوید، لین و ایس، ۲۰۰۹). به عقیده/پشتین (۱۹۸۶) پایدارترین متغیر شناختی که در نارضایتی زناشویی نهفته می‌باشد، باورهای افراطی در مورد خود، همسر و ماهیت تعاملات زناشویی است. ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند که فرآیند خودکار چسبندگی به باورهای غیرمنطقی خود را شکسته و آن‌ها را به‌عنوان پدیده‌ای گذرا ببینند که تنها قسمتی از وجود را فراگرفته و نه تمام آن را (استرانگ، ۲۰۱۱؛ به نقل از امید بیکی، ۱۳۹۱).

ذهن آگاهی در پژوهش‌های مختلف به‌عنوان متغیر واسطه‌ای در نظر گرفته شده است. نتیجه پژوهش جلالی، آقایی، طالبی و مظاهری (۱۳۹۳) نشان داد که ذهن آگاهی نقش میانجی در رابطه بین تنیدگی شغلی و پیامدهای آن ایفا می‌نماید. همچنین نتایج پژوهش جونز، هاستینگز، توتسیکا، کین و رول (۲۰۱۴) نشان داد که ذهن آگاهی و پذیرش در رابطه بین مشکلات رفتاری بچه و تندرستی والدین دارای فرزندان مبتلابه «اختلال/اوتیسم»^۷ نقش میانجی‌گرانه ایفا می‌کنند. با توجه به مسائل مطرح شده و تأثیر سازه ذهن آگاهی بر روابط زوجین و اثبات نقش واسطه‌ای آن در پژوهش‌های ذکر شده، پژوهش حاضر به دنبال بررسی «نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی در رابطه بین باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی است». در این پژوهش فرضیه‌های زیر آزمون شدند: ۱. بین ذهن آگاهی و باورهای ارتباطی رابطه منفی وجود دارد. ۲. بین ذهن آگاهی و دلزدگی زناشویی رابطه منفی معنادار وجود دارد. ۳. بین باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. ۴. باورهای ارتباطی با واسطه ذهن آگاهی بر دلزدگی زناشویی اثر دارد.



نمودار ۱. مدل مفروض رابطه بین متغیرهای پژوهش

● روش

روش اجرای این پژوهش توصیفی (غیرآزمایشی) و طرح آن از نوع طرح‌های همبستگی مبتنی بر تحلیل مسیر است. «جامعه آماری» پژوهش حاضر، شامل کلیه افراد متأهل شهر یزد در سال ۱۳۹۵ می‌باشد. برای برآورد حجم نمونه از روش تعیین حجم نمونه کلاین (۲۰۰۵) استفاده شد. براین اساس تعداد ۳۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. پس از بازبینی پرسشنامه‌هایی که به‌طور کامل پاسخ داده نشده بودند حذف و درنهایت پرسشنامه ۳۸۰ نفر با میانگین سنی ۳۴/۹۸ سال و انحراف معیار ۹/۶۰ (۲۰۰ نفر زن و ۱۸۰ نفر مرد) که به‌طور کامل و قابل قبول به ابزارهای پژوهش پاسخ داده بودند، وارد تحلیل شدند. میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج گروه نمونه به ترتیب ۱۲/۵۳ و ۸/۵۷ سال بود. برای تحلیل داده‌ها از دو نرم‌افزار SPSS و AMOS استفاده شد.

● ابزار

□ الف: اندازه‌گیری دزدگی زناشویی^۸: این ابزار توسط پاینز (۱۹۹۶) طراحی شده است. ابزار دزدگی زناشویی ۲۱ ماده دارد که نشان‌دهنده نشانگان جسمی، عاطفی و روانشناختی دزدگی است. ارزیابی اعتبار این ابزار نشان داد که همسانی درونی بین متغیرها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی این ابزار به وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت مانند: کیفیت مکالمه، احساس امنیت، احساس هدفمندی، جاذبه عاطفی نسبت به همسر و کیفیت رابطه جنسی آن‌ها به ثبت رسیده است (پاینز، ۲۰۰۳؛ به نقل از اسدی و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش /ادیب راد و /ادیب راد (۱۳۸۴) نیز ضریب اطمینان آزمون - باز آزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک‌ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو‌ماهه و ۰/۶۶ برای یک دوره ۴ ماهه به دست آمد. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی‌ها با ضریب آلفا سنجیده شد که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کروباخ این ابزار ۰/۸۷ محاسبه شد.

□ ب: مقیاس ذهن آگاهی، توجه و هشیاری^۹: این مقیاس ۱۵ سؤالی توسط ریان و براون (۲۰۰۳) به‌منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به تجارب جاری زندگی روزانه ساخته شد. سؤالات، سازه ذهن آگاهی را در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ تقریباً همیشه تا نمره ۶ تقریباً هرگز) می‌سنجد. همسانی درونی سؤالات بر اساس ضریب

آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی این مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش اضطراب و افسردگی و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود کافی گزارش شده است (ریان و براون، ۲۰۰۳). در ایران نیز در پژوهش جلالی و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای یک نمونه ۲۳۳ نفری ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ محاسبه شد.

□ ج: سیاهه باورهای ارتباطی^۱: این سیاهه توسط *ایدلسون* و *اپشتین* (۱۹۸۲) تهیه شده و شامل ۴۰ سؤال و ۵ خرده مقیاس است و هر سؤال در طیف لیکرت به صورت ۶ گزینه ای از ۰ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) پاسخ داده می شود. ۵ خرده مقیاس این سیاهه شامل ۱. باور مخرب بودن مخالفت ۲. باور عدم تغییر پذیری همسر ۳. توقع ذهن خوانی ۴. کمال گرایی جنسی ۵. باور در مورد تفاوت های جنسیتی می شود. *ایدلسون* و *اپشتین* (۱۹۸۲) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس ها را در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ گزارش کرده اند. نسخه فارسی این سیاهه توسط *مظاهری* و *پور اعتماد* (۱۳۸۲) به نقل از *عبدالمحمدی* (۱۳۸۵) با استفاده از ترجمه و ترجمه مجدد تهیه و ضریب آلفای کرونباخ کل آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های باور به تخریب کنندگی مخالفت، توقع ذهن خوانی، باور به عدم تغییر پذیری همسر، کمال گرایی جنسی و باور مربوط به تفاوت های جنسی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۲، ۰/۶۰، ۰/۶۲ و ۰/۶۴ محاسبه شد.

● یافته ها

در بخش نخست به یافته های آمار توصیفی و پس از آن به نتایج حاصل از تحلیل آمار استنباطی پرداخته می شود. در این بخش به منظور استخراج ویژگی های توصیفی شرکت کنندگان از شاخص های آمار توصیفی از قبیل شاخص های مرکزی و شاخص های پراکندگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است. با توجه به نتایج این جدول به نظر می رسد تفاوت محسوسی بین میانگین نمرات زنان و مردان در متغیرهای مورد پژوهش وجود ندارد. پس از بررسی شاخص های آمار توصیفی، به بررسی فرضیه های پژوهش پرداخته شد.

در بخش آمار استنباطی در ابتدا به بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش پرداخته شد. به این منظور از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

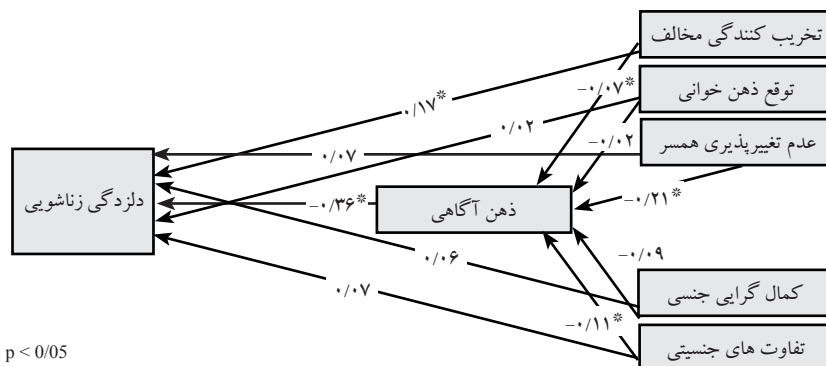
کل		مرد		زن		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۷۴	۲/۲۴	۰/۷۵	۲/۰۹	۰/۷۰	۲/۳۷	تخریب کنندگی مخالفت
۰/۶۱	۲/۶۳	۰/۶۲	۲/۵۸	۰/۶۰	۲/۶۸	توقع ذهن خوانی
۰/۵۶	۱/۸۵	۰/۵۶	۱/۸۱	۰/۵۷	۱/۸۸	عدم تغییرپذیری همسر
۰/۵۸	۲/۴۵	۰/۶۱	۲/۴۷	۰/۵۵	۲/۴۳	کمال گرایی جنسی
۰/۵۲	۲/۵۹	۰/۵۷	۲/۵۹	۰/۴۸	۲/۵۹	تفاوت های جنسیتی
۱۱/۱۹	۶۶/۶۶	۱۱/۵۲	۶۶/۹۶	۱۰/۹۱	۶۶/۳۹	ذهن آگاهی
۰/۶۹	۱/۸۲	۰/۶۸	۱/۷۳	۰/۶۹	۱/۹۰	دلزدگی زناشویی

است. با توجه به جدول ۲، بین ذهن آگاهی و همه مؤلفه‌های باورهای ارتباطی به جز توقع ذهن خوانی رابطه معنادار وجود داشت ($p < 0/01$). بین ذهن آگاهی و دلزدگی زناشویی رابطه منفی معنادار وجود داشت ($p < 0/01$). همچنین از بین مؤلفه‌های باورهای ارتباطی غیرمنطقی فقط توقع ذهن خوانی با دلزدگی زناشویی رابطه معنادار نداشت ($p < 0/05$) و سایر مؤلفه‌ها با دلزدگی زناشویی رابطه مثبت معنادار داشتند ($p < 0/01$). برای آزمون فرضیه چهارم، به انجام مراحل تحلیل الگوی مسیر پرداخته شد. به این منظور ابتدا با استفاده از شاخص «فاصله ماله‌لانویس»^{۱۱}، فرض طبیعی بودن تک متغیره و نرمال بودن چند متغیره بررسی شد. نتایج این آزمون نشان داد که داده های این مطالعه از فرض طبیعی بودن تک متغیره و چند متغیره برخوردارند. به دنبال آن به برآورد و آزمون مدل تحلیل مسیر پرداخته شد. نتایج حاصل در نمودار ۲ و جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. تخریب کنندگی مخالفت	۱					
۲. توقع ذهن خوانی	۰/۳۳**	۱				
۳. عدم تغییرپذیری همسر	۰/۳۰**	۰/۰۴	۱			
۴. کمال گرایی جنسی	۰/۱۳*	۰/۰۸	۰/۱۲*	۱		
۵. تفاوت های جنسیتی	۰/۱۸**	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۱۲*	۱	
۶. ذهن آگاهی	-۰/۳۰**	-۰/۰۷	-۰/۲۸**	-۰/۱۵**	-۰/۱۵**	۱
۷. دلزدگی زناشویی	۰/۲۹**	۰/۰۷	۰/۱۹**	۰/۱۲*	۰/۱۵**	-۰/۴۳**

^{**} p < 0/05, ^{*} p < 0/01



p < 0/05

نمودار ۲. مدل تحلیل مسیر دلزدگی زناشویی با ضرایب مسیر

نتایج آزمون مدل پژوهش حاضر نشان داد که مقدار χ^2 دو، در این پژوهش معنادار نیست ($p > 0/05$) و این امر بر برازش الگوی فرضی دلالت دارد. مقدار شاخص برازش تقریب ریشه میانگین مجذور خطا (RMSEA) برای مدل پژوهش حاضر ۰/۰۲۷ شد و مدل‌های قابل قبول دارای مقدار ۰/۰۵ یا کوچکتر هستند. مقدار هر سه شاخص «برازش تطبیقی» (CFI)، «نیکویی برازش» (GFI) و «نیکویی برازش تعدیل یافته» (AGFI) برای مدل پژوهش حاضر بزرگتر از ۰/۹۰ به دست آمد که نشان‌دهنده برازش مدل است. مقدار شاخص «برازش هنجار شده» (NFI) برای مدل پژوهش حاضر ۰/۹۸ شد که نشان می‌دهد مدل از سادگی لازم برخوردار است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش برای مدل تحلیل مسیر دلزدگی زناشویی

NFI	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	P	Df	χ^2
۰/۹۸۱	۰/۹۹۶	۰/۹۷۳	۰/۹۹۵	۰/۰۲۷	۰/۲۷۴	۴	۵/۱۲۹

پس از بررسی شاخص‌های برازش به بررسی ضرایب و وزن‌های رگرسیونی مدل و سطح معنی‌داری پرداخته شد. نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به این جدول اثر مستقیم و غیرمستقیم باور تخریب‌کنندگی مخالفت معنادار است و اثر مستقیم و غیرمستقیم توقع ذهن‌خوانی معنادار نیست. سایر خرده‌مقیاس‌ها شامل باور عدم تغییرپذیری همسر، کمال‌گرایی جنسی و باور به تفاوت‌های جنسیتی اثر غیرمستقیم بر دلزدگی زناشویی دارند و اثر مستقیم آن‌ها معنادار نیست. بر اساس این نتایج فرضیه چهارم مبنی بر نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی در رابطه بین باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی تأیید شد.

جدول ۴. پارامترهای اصلی در مدل تحلیل مسیر دلزدگی زناشویی

متغیرها	مسیرها	پارامترها	وزن رگرسیون استاندارد	سطح معناداری
باورهای ارتباطی	تخریب کنندگی مخالفت --> ذهن آگاهی	گاما	-۰/۲۰۷	۰/۰۰۰۵
	تخریب کنندگی مخالفت --> دلزدگی	گاما	۰/۱۶۷	۰/۰۰۱
	توقع ذهن خوانی --> ذهن آگاهی	گاما	۰/۰۲۲	۰/۶۵۵
	توقع ذهن خوانی --> دلزدگی	گاما	۰/۰۲۰	۰/۶۷۷
	عدم تغییرپذیری همسر --> ذهن آگاهی	گاما	-۰/۲۰۹	۰/۰۰۰۵
	عدم تغییرپذیری همسر --> دلزدگی	گاما	۰/۰۳۶	۰/۴۶۶
	کمال گرایی جنسی --> ذهن آگاهی	گاما	-۰/۰۸۵	۰/۰۷۸
	کمال گرایی جنسی --> دلزدگی	گاما	۰/۰۳۵	۰/۴۵۳
	تفاوت های جنسیتی --> ذهن آگاهی	گاما	-۰/۱۰۸	۰/۰۱۲
	تفاوت های جنسیتی --> دلزدگی	گاما	۰/۰۶۵	۰/۱۶۲
ذهن آگاهی --> دلزدگی		بتا	-۰/۳۵۸	۰/۰۰۰۵

● بحث و نتیجه گیری

○ یافته‌های پژوهش با تائید فرضیه اول نشان دادند که بین ذهن آگاهی و باورهای ارتباطی رابطه منفی وجود دارد. در تبیین رابطه ذهن آگاهی با باورهای ارتباطی می‌توان گفت افراد دارای سطح ذهن آگاهی بالاتر آگاهی بیشتری از افکار و هیجانات خود دارند، در پذیرش و کنترل افکار و احساسات خود توانا تر هستند و در نتیجه باورهای ناکارآمد در آنها تعدیل می‌شود (آبات و همکاران، ۲۰۱۴). ملیانی و همکارانش (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند که تا افکار منفی خود را در هشیاری حفظ نمایند بیش از آنکه آنها را حذف نمایند. اغلب فرض می‌شود زمانی که زوجین بتوانند یکدیگر را درک کنند، ازدواج پایدار خواهد ماند اما وقتی عقیده‌ای در یکی از زوجین شکل گرفته باشد، غالباً بررسی مجدد و تغییر آن تقریباً غیرممکن است، چراکه انسان ایجاد ناپایداری در روان خود را تهدیدکننده تلقی می‌کند.

○ در تائید فرضیه دوم، یافته‌ها حاکی از رابطه منفی بین ذهن آگاهی و دلزدگی زناشویی بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت زوجین ذهن آگاه‌تر قادرند از مشکلات آگاهی داشته، راه‌حل‌های مناسبی پیدا کرده و به تعبیر برپی و لانگر (۲۰۰۵) به یک هماهنگی مفهومی دست یابند که آن‌ها را قادر می‌سازد تا مشکلات موجود در زندگی مشترک خود را ارزیابی

و باز ارزیابی کنند.

○ نتایج پژوهش‌های برپی و لانگر (۲۰۰۵) و بارنز، براون، کروس مارک، کمپیل و راج (۲۰۰۷) حاکی از این است که ذهن آگاهی رابطه معناداری با رضایت زناشویی دارد. همچنین نتیجه پژوهش امید بیکی (۱۳۹۱) نشان داد بین ذهن آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایت زناشویی رابطه مثبت معنادار دارد. مطهری و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن آگاهی به‌طور معناداری در کاهش دلزدگی زناشویی مؤثر می‌باشد. نتایج این مطالعات با یافته مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

○ در واری فرضیه سوم، یافته‌ها نشان دادند که بین باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی رابطه مثبت وجود دارد. در تبیین این یافته باید بیان نمود که باورهای ارتباطی نقش بسیار مهمی در وقوع پدیده دلزدگی زناشویی دارد. باورهای غیرمنطقی درباره موقعیت‌های منفی به عواطف، تعارضات و تعاملات منفی منجر می‌شود و می‌تواند با ایجاد مزاحمت در ابراز عشق به دلزدگی منجر شود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که باور عدم‌تغییرپذیری همسر، باور تخریب‌کنندگی مخالفت، کمال‌گرایی جنسی و باور مربوط به تفاوت‌های جنسیتی با دلزدگی زناشویی رابطه مثبت دارند. همبستگی مثبت بین باور عدم‌تغییرپذیری همسر و دلزدگی زناشویی نشان می‌دهد که اکثر افراد بدون داشتن اطلاعات علمی کافی در خصوص رفتار آدمی و تحول شخصیت این باور را با خود حمل می‌کنند که ویژگی‌های رفتاری ژنتیکی و پایدار است و فرد همین است که هست. نکته مهم در اینجا حضور این باور خاص است که در شرایط نا رضایتمندی زناشویی، این مشکلات همسر است که ایجاد نا رضایتمندی نموده و او باید تغییر کند ولی متأسفانه اگر بخواهد هم نمی‌تواند. در واقع هیچ‌یک از همسران به این نکته توجه نمی‌کنند که هر دو باید تغییر کنند. بنابراین افرادی که این باور را دارند امیدی به تغییر همسر ندارند و همین مسئله منجر به وقوع دلزدگی زناشویی می‌شود.

○ یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های سالیوان و سوییل (۱۹۹۵) و آدیس و برنارد (۲۰۱۳) که نشان داد بین باورهای ارتباطی غیرمنطقی و ناسازگاری و نارضایتی زناشویی رابطه مثبت معنادار وجود دارد و نتیجه پژوهش بشرپور و همکاران (۱۳۹۱) که نشان داد باورهای ارتباطی می‌توانند دلزدگی را پیش‌بینی کنند و همچنین نتیجه پژوهش

بختیار پور و عامری (۱۳۸۹) که نشان داد بین باورهای غیرمنطقی و دلزدگی زناشویی رابطه مثبت معنادار وجود دارد، همسو می باشد.

○ در بررسی فرضیه چهارم مبنی بر نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی در رابطه بین باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی یافته‌ها نشان داد که خرده مقیاس های باورهای ارتباطی شامل باور تخریب‌کنندگی مخالفت، عدم تغییرپذیری همسر، کمال‌گرایی جنسی و باور مربوط به تفاوت‌های جنسیتی اثر غیرمستقیم بر دلزدگی زناشویی دارند. بر اساس نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد که باورهای ارتباطی با واسطه ذهن آگاهی بر دلزدگی اثر دارد. در تبیین نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی در رابطه بین این دو متغیر می‌توان گفت که باورهای ارتباطی غیرمنطقی با کاهش سطح ذهن آگاهی به عنوان یک سازه شناختی پویا که قادر است پاسخ‌دهی افراد به موقعیت‌های تنیدگی را تعدیل نماید به دلزدگی منجر می‌شود.



یادداشت‌ها

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. couple burnout | 2. Maslach |
| 3. Cherniss | 4. Edewich |
| 5. Pines | 6. mindfulness |
| 7. autism disorder | 8. Couple Burnout Measure |
| 9. Mindfulness, Attention and Awareness Scale (MAAS) | |
| 10. Relationship Beliefs Inventory | 11. mahalanobis distance |

● منابع

ادیب راد، نسترن؛ ادیب راد، مجتبی (۱۳۸۴). بررسی رابطه باورهای ارتباطی با دلزدگی زناشویی و مقایسه آن در زنان متقاضی طلاق و زنان خواهان ادامه زندگی مشترک. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۴ (۱۳)، ۹۹-۱۱۰.

اسدی، عدالت؛ منصور، لادن؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ فتح‌آبادی، جلیل (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین دلزدگی زناشویی، باورهای بد کارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان دارای همسر مبتلا به دیابت و مقایسه آن با زنان دارای همسر غیر مبتلا. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۹ (۳۵)، ۳۲۴-۳۱۱.

امید بیکی، مهسا؛ خلیلی، شیوا؛ غلامعلی لوسانی، مسعود؛ قربانی، نیما (۱۳۹۳). رابطه ذهن آگاهی و خودشناسی منسجم با رضایتمندی زناشویی. *مجله روانشناسی*، ۱۸ (۳)، ۳۲۷-۳۴۱.

بختیار پور، سعید؛ عامری، زینب (۱۳۸۹). رابطه بین وابستگی خاص نسبت به همسر و باورهای غیرمنطقی با دلزدگی زناشویی در دبیران متأهل شهر اهواز. *فصلنامه یافته‌های نو در روانشناسی*، ۴ (۱۰)، ۵۳-۷۰.

بشر پور، سجاد؛ محمدی، نسیم؛ صادقی، زلیخا. (۱۳۹۴). نقش کنترل هیجان و باورهای ارتباطی در پیش‌بینی دلزدگی زناشویی. *فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۵ (۱۷)، ۵۲-۶۴.

بهزاد پور، سمانه؛ وکیلی، مریم؛ مطهری، زهرا؛ سهرابی، فرامرز (۱۳۹۳). بررسی رابطه دلزدگی زناشویی با دین‌داری و تاب‌آوری در زنان بارور و نابارور. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۲ (۴)، ۲۴-۱۷.
پاییز، آ. مالاچ (۱۳۸۴). *دلزدگی از روابط زناشویی*. ترجمه کامران افشار و سید حبیب گوهری راد. تهران: انتشارات رادمهر.

جلالی، داریوش؛ آقایی، اصغر؛ طالبی، هوشنگ؛ مظاهری، محمدعلی (۱۳۹۳). الگوی ساختاری نقش میانجی ذهن آگاهی در پیوند بین فشار روانی شغلی و پیامدهای آن. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۵ (۱)، ۱۶-۳۳.

شایسته، گلناز؛ صاحبی، علی؛ علی پور، احمد (۱۳۸۵). بررسی رابطه رضایتمندی زناشویی با باورهای ارتباطی و انتظارات غیرمنطقی زوجین. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲ (۷)، ۲۲۳-۲۳۸.

عبدالمحمدی، کبری (۱۳۸۵). *بررسی و مقایسه باورهای ارتباطی و تعارضات زناشویی در زنان و مردان مراجعه کننده به دادگاه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی تهران.

مطهری، زهرا؛ احمدی، خدابخش؛ بهزاد پور، سمانه؛ آزموده، فاطمه (۱۳۹۱). اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش دلزدگی زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه - بیش فعالی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳ (۴)، ۵۹۱-۶۱۳.

ملیانی، مهدیه؛ اللهیاری، عباسعلی؛ آزاد فلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی؛ طاوولی، آزاده (۱۳۹۳). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری در واکنش‌پذیری شناختی و رضایتمندی از خود در زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده. *مجله روانشناسی*، ۱۸ (۴)، ۳۹۳-۴۰۷.

Abbott, R. A., Whear, R., Rodgers, L. R., Bethel, A., Coon, J. T., Kuyken, W., ... & Dickens, C. (2014). 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*, 76(5), 341-351.

Addis, J., & Bernard, M. E. (2012). Marital adjustment and irrational beliefs. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 20(1), 3-13.

Asadi, M., Shiralipour, A., Nazry, A. M., Miri, M., & Shayad, S. (2011). The relationship between aggression and communicational belief with sexual assertiveness on women.

- Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 922-926.
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., & Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 482-500.
- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1), 43-51.
- Capri, B. (2013). The Turkish Adaptation of the Burnout Measure-Short Version (BMS) and Couple Burnout Measure-Short Version (CBMS) and the Relationship between Career and Couple Burnout Based on Psychoanalytic-Existential Perspective. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 13(3), 1408-1417.
- Eidelson, R. J., & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5), 715-720.
- Epstein, N. (1986). Cognitive marital therapy: Multi level assessment and intervention. *Journal of Rational – Emotive Therapy*, 4(1), 68-81.
- Fowers, B. J. (2013). The limits of a technical concept of a good marriage: Exploring the role of virtue in communication skills. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(3), 327-340.
- Jackson, B., Grove, J. R., & Beauchamp, M. R. (2010). Relational efficacy beliefs and relationship quality within coach-athlete dyads. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(8), 1035-1050.
- Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2014). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: The mediating role of mindfulness and acceptance. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(2), 171-185.
- Kianfard, M., et al (2014). *Prediction of positive and negative affect from sexual satisfaction and couple burnout factors in the staff*. J. Life Sci. Biomed. 4(6), 536-540. (in Persian).
- Latzman, R. D., & Masuda, A. (2013). Examining mindfulness and psychological inflexibility within the framework of Big Five personality. *Personality and Individual Differences*, 55(2), 129-134.
- Pines, A. M., Neal, M. B., Hammer, L. B., & Icekson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*, 74(4), 361-386.
- Sullivan, B. F., & Schwebel, A. I. (1995). Relationship beliefs and expectations of satisfaction in marital relationships: Implications for family practitioners. *The Family*

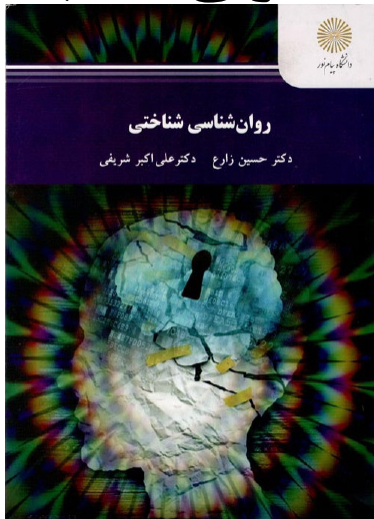
Journal, 3(4), 298-305.

Tanay, G., Lotan, G., & Bernstein, A. (2012). Salutory proximal processes and distal mood and anxiety vulnerability outcomes of mindfulness training: A pilot preventive intervention. *Behavior Therapy*, 43(3), 492-505.

Wenzel, M., von Versen, C., Hirschmüller, S., & Kubiak, T. (2015). Curb your neuroticism—mindfulness mediates the link between neuroticism and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 80, 68-75.



معرفی کتاب



○ روان‌شناسی شناختی

○ تألیف: دکتر حسین زارع

دکتر علی اکبر شریفی

○ ناشر: دانشگاه پیام نور

□ روان‌شناسی شناختی بعد از افت و خیزهای زیاد در اواخر دهه ۱۹۵۰ و اوایل دهه ۱۹۶۰ به صورت نوین شکل گرفت و در دهه ۱۹۷۰ به رویکرد غالب در روان‌شناسی تبدیل شد. قیاس ذهن با رایانه، اطلاعات را رمزگردانی، ذخیره، بازیابی و پردازش می‌کند. روان‌شناسان شناختی، ایده پردازش اطلاعات را به عنوان الگویی از چگونه کار کردن افکار انسان اتخاذ کردند و بر این اساس فرض کردند که پردازش اطلاعات در انسان‌ها، همانند پردازش در رایانه‌هاست. اطلاعاتی که از محیط در دسترس است، توسط یک سری از سامانه‌های پردازشی (مانند توجه، ادراک، حافظه کوتاه مدت) پردازش می‌شود و این نظام‌های پردازشی، اطلاعات را به طور نظام‌مند اصلاح می‌کند یا تغییر می‌دهند.

□ عملکرد ذهن انسان، به مراتب پیچیده‌تر از پیچیده‌ترین سامانه‌های جدید است. بیش از نیم قرن است که، محققان هوش مصنوعی در تلاشند برنامه‌ریزی نمایند تا رایانه‌ها قادر به نمایش رفتار هوشمند شوند. هرچند موفقیت‌های قابل توجهی در این زمینه به دست آمده است ولی با وجود این محققان هوش مصنوعی دریافته‌اند که تا زمان ایجاد برنامه‌ای که بتواند با انسان در «هوش»، «انعطاف پذیری»، «یادآوری حقایق»، «حل مسئله»، «استدلال» و «یادگیری و پردازش زبان» رقابت کند، فاصله زیادی وجود دارد.

□ کاربردهای عملی روان‌شناسی شناختی، انگیزه زیادی برای مطالعه این رشته فراهم می‌کند. اگر واقعاً دانسته شود چگونه افراد به دانش و مهارت‌های فکری دست می‌یابند و چگونه آنها شاهرکارهای بی‌نظیر خلق می‌کنند، آنگاه با استفاده از این دانش می‌توان آموزش و عملکرد آنها را بهبود بخشیم.

□ در حالی که کاربردهای روان‌شناسی شناختی در آینده امیدواری زیادی را ایجاد کرده است ولی اشاره به برخی از این کاربردها ضرورت دارد. به عنوان مثال پژوهش بر روی اعتماد به شهادت شاهدان عینی، پژوهش درباره‌ی پردازش اطلاعات و ادراک، بهبود روش‌های مطالعه و همینطور درک ما از اختلالات مغزی نظیر دمانس ضربه‌مغزی، روان‌گسیختگی، اوتیسم و ... می‌باشد.

□ کتاب «روان‌شناسی شناختی» شامل سه بخش است. در بخش فرایندهای شناختی پایه، بعد از مقدمه‌ای بر روان‌شناسی شناختی، در فصول جداگانه به توجه، ادراک و حافظه پرداخته شده است. بخش دوم با عنوان زبان و شناخت شامل فصل‌های درک زبان، تولید زبان و زبان در بافت است و نهایتاً در بخش پایانی این کتاب با عنوان فرایندهای عالی شناخت به موضوع استدلال، قضاوت، حل مسئله، تصمیم‌گیری و شناخت و هیجان اختصاص یافته است.



Editorial Board

M. H. ABDOLLAHI, PhD (Kharazmi Univ)
Gh.A. AFROOZ, PhD (Tehran Univ.)
P. AZADFALLAH, PhD (Tarbiat Modarres Univ.)
E. AZAD, PhD (Baqiyatallah Univ.)
T. BARUMANDZADEH. PhD (Grenoble univ./France.)
J. EJEI, PhD (Tehran Univ.)
A. FATHIASHTIANI PhD (Baqiyatallah Univ.)
M.K. KHODAPANAH, PhD (Shahid Beheshti Univ.)
M. MANSOUR, PhD (Tehran Univ.)
M.A. MAZAHARI, PhD (Shahid Beheshti Univ.)
M. MEHRABIZADEH, PhD (Shahid Chamran Univ.)
A. R. MORADI Ph.D. (Kharazmi Univ)
H.T. NESHATDOUST, PhD (Esfahan Univ.)
R. POURHOSEIN, PhD (Tehran Univ.)
K. RASOULZADEH TABATABAIEI, PhD (Tarbiat Modarres Univ.)
R. ROSHAN, PhD (Shahed Univ.)
M.Shahgholian. PhD (Kharazmi Univ.)
F. SOHRABI, PhD (Allameh Tabataba'i Univ.)

P.O. BOX 13185-619

Tehran, Islamic Republic of Iran

Journal@iranapsy.ir

In the Name of Allah Contents

- **The Mediating Role of Resilient in Relationship between Death Anxiety and General Health in Iraqi Immigrant Adolescents are Affected with ISIS War**
Mansoureh Haj Hosseini, PhD, Zhakaw Salim Ahmed, MSc, Javad Ejei, PhD, Zahra Naghsh, PhD.....242
- **Mediating Role of Perceived Social Support between Early Maladaptive Schemas and Quality of Life**
Mohammad Ali Besharat, PhD, Samira Keshavarz, MSc, Masoud Gholamali Lavasani, PhD, Elham Arabi, MSc.....256
- **Mediating Effect of Moral Disengagement on the Relationship between Dark Traits of Personality and Infidelity Tendency**
Sajjad Basharpour, PhD, Mir Nader Miri, MSc271
- **Spiritual/Religious Pattern in Patient with Multiple Sclerosis: A Qualitative Study**
Zahra Abdekhodaie, PhD, Shahriyar Shahidi, PhD, Mohammad Ali Mazaheri, PhD, Leyli Panaghi, PhD, Vahid Nejati, PhD ..287
- **The Mediating Role of Identity Processing Styles in the Relationship between Attachment Styles and Cognitive Emotion Regulation**
Hamideh Mohammadi, MSc, Mahboobe Fouladchang, PhD..308
- **The Relationship between Perception of Parental Styles and Resilience: The Mediating Role of Human Agency**
Mamak Mahdavi Mazdeh, MSc, Elahe Hejazi, PhD, Zahra Naghsh, PhD.....326
- **The Relationship between Relationship Beliefs and Couple Burnout: The Mediating Role of Mindfulness**
Abolfazl Dehghan, MSc, Masoud Gholamali Lavasani, PhD, Yaser Madani, PhD.....344
- **Book Review**358