

## فهرست

- ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان مبتلابه بیماری قلبی مادرزادی  
حسن ارمی، حمید رضا حسن آبادی، ربابه نوری، علیرضا مرادی، کوروش وحیدشاهی..... ۴۹۰
- مدل‌یابی ارتباط ساختاری استرس و اختلال خوردن با میانجیگری معنای زندگی و اجتناب تجربی  
هادی خیرآبادی، محمود جاجرمی، ابوالفضل بخشی پور..... ۵۰۹
- اثر باورهای انگیزشی و تعلل‌ورزی بر خودتنظیمی با نقش واسطه‌ای کمک‌طلبی در مورد دانش‌آموزان دوره اول متوسطه  
نیره علانی، زهرا نقش، سوگندقاسم زاده..... ۵۱۹
- بررسی نقش واسطه‌ای عزت‌نفس سازمان‌محور در تأثیر وظیفه‌شناسی و توافق‌جویی بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی در کارکنان شرکت ملی حفاری ایران  
محمدباقر کجیاف، سیما پری‌زاده، سحر سوادکوهی خویگانی، صبا قیصری..... ۵۲۹
- واکاوی نقش مدرسه در ساخت هویت اخلاقی دانش‌آموزان  
حمیده پورتیموری، منصوره حاج حسینی، محمد خدایاری فرد..... ۵۴۰
- نقش ناگویی هیجانی در پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر بر مبنای نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده  
مرضیه فرزادنی..... ۵۵۰
- عوامل ارتقاء تاب‌آوری کارکنان پرستاری درگیر در مراقبت‌های بالینی از بیماران مبتلا به کووید-۱۹  
حمید آروند، بهنام عبدی، نسرین عسکرزاد، حمیده ارتقائی..... ۵۶۰
- مقایسه اثربخشی روان‌نمایشگری و درمان شناختی رفتاری گروهی بر ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود و خود انتقادی در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی  
مهدی بکائیان، مصطفی بلقان آبادی، سید محسن اصغری نکاح، زهرا باقر زاده گلمکانی..... ۵۷۱
- نقش واسطه‌ای عاملیت شخصی در رابطه میان دلبستگی به والدین و هویت من در پیش‌بزرگسالی  
الهه حجازی، نادیا روحانی، زهرا نقش..... ۵۸۲
- مدل علی تحلیل رفتگی ورزشکاران نخبه بر اساس کمال‌گرایی ورزشکاران در دوران همه‌گیری کووید-۱۹: نقش واسطه‌ای سبک مربیگری  
سحر زارعی، محمود محبی، حسن غریباق زندگی..... ۵۹۵

۱۰۰

سال ۲۵، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۰

فصلنامه انجمن ایرانی روانشناسی

www.iranaspysp.ir

صاحب امتیاز

انجمن ایرانی روانشناسی

مدیر مسئول

دکتر محمد کریم خداپناهی

سر دبیر

دکتر علی فتحی آشتیانی

مدیر داخلی

دکتر مهناز شاهقلیان

شورای علمی مجله:

دکتر پرویز آزاد فلاح (دانشگاه تربیت مدرس)

دکتر اسفندیار آزاد (دانشگاه بقیه اله (عج))

دکتر غلامعلی افروز (دانشگاه تهران)

دکتر رضا پور حسین (دانشگاه تهران)

دکتر کاظم رسول زاده طباطبائی (دانشگاه تربیت مدرس)

دکتر فرامرز سهرابی (دانشگاه علامه طباطبائی)

دکتر مهناز شاهقلیان (دانشگاه خوارزمی)

دکتر علی فتحی آشتیانی (دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج))

دکتر محمد علی مظاهری (دانشگاه شهید بهشتی)

دکتر علیرضا مرادی (دانشگاه خوارزمی)

دکتر مهناز مهرابی هنرمند (دانشگاه شهید چمران)

دکتر ندا نظر بلند (دانشگاه شهید بهشتی)

دکتر حمید طاهر نشاط دوست (دانشگاه اصفهان)

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

وی، ایستگاه پسیان، پلاک ۲۹۹۳

مکاتبات: تهران- صندوق پستی: ۶۱۹-۱۳۱۸۵

پست الکترونیکی مجله:

journal@iranaspysp.ir

شماره کارت بانکی:

۵۰۵۷۸۵۱۰۲۴۱۸۴۹۰۲

بانک ایران زمین به نام محمد حسین عبداللهی

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) می باشد. این مجله همچنین ایندکس APA بر اساس نامه مورخ ۳۱ آگوست ۲۰۰۹ دارد.

## العلماء باقون ما بقی الدهر

تا روزگار باقی است، علما نیز هستند.

### با یادی از دکتر جواد اژه‌ای

استاد گرانقدر جناب آقای دکتر جواد اژه‌ای، پرورش یافته حوزه و دانشگاه و در ارتباط مستقیم با شهید دکتر بهشتی و سایر بزرگان اهل دین و معرفت، به مراتب والایی دست یافته بودند به گونه‌ای که "مجاهد خاموش" بهترین و شایسته‌ترین تعبیری است که مقام معظم رهبری برای ایشان به کار بردند. دکتر اژه‌ای شخصیتی علمی، دینی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی ممتازی بودند که در زندگی فردی، اجتماعی و علمی خود در هر یک از این ابعاد شخصیتی آثار ماندگاری از خود بجای گذاشتند. یکی از آثار ماندگار دکتر اژه‌ای، مجله وزین روانشناسی است که در طول حیات پر برکت‌شان، ۹۵ شماره از آن را در ابتدای هر فصل منتشر کردند، به گونه‌ای که از سال‌ها قبل، جایگاه ویژه‌ای بین اساتید و دانشجویان پیدا کرده بود.

**صدمین** شماره مجله روانشناسی در حالی منتشر می‌گردد که یک سال و اندی از عمر پر برکت و سراسر کوشش و تلاش آن عزیز می‌گذرد. در ۵ شماره‌ای که مجله بدون حضور ایشان منتشر شده است، تمام تلاش خود را به کار گرفته‌ایم تا روش و مشی ایشان را ادامه دهیم. اگر چه در برخی زمینه‌ها از جمله انتشار مجله در ابتدای هر فصل، هنوز موفق نبوده‌ایم و نیاز به کار و تلاش بیشتری داریم. ولی در همین ایام کوتاه به‌خاطر کم کردن زمان در نوبت ماندن مقاله‌های پذیرفته شده، تعداد مقاله‌های هر شماره را از پاییز سال جاری از ۷ مقاله به ۱۰ مقاله، افزایش دادیم. افزون بر آن به میمنت و مناسبت **صدمین** شماره مجله، سعی نمودیم رونمایی جدیدی از مجله روانشناسی را ارائه دهیم. امیدواریم مورد استقبال دانشجویان عزیز، پژوهشگران گرامی، نویسندگان گرانقدر و اساتید معظم قرار گیرد. با این وجود بسیار خرسند خواهیم شد ایده‌ها و نظرات شما را برای ارتقای کیفیت مجله دریافت کنیم تا در شماره ۱۰۱ که در فصل بهار ۱۴۰۱ منتشر می‌گردد؛ از آنها بهره‌مند گردیم.

در نهایت ضمن تشکر فراوان از نویسندگان محترم که با ارسال مقاله‌های ارزشمند خود موجب تداوم حرکت ماندگار دکتر اژه‌ای از ۲۵ سال پیش تا کنون بوده‌اند، درخواست داریم تا این همراهی و مداومت را ادامه دهند و موجب ارتقای کیفی مجله گردند.

## ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان ایرانی مبتلابه بیماری قلبی مادرزادی

### The psychometric properties of the health-related quality of life questionnaire in iranian adolescents with congenital heart disease

Hassan Erami MSc

Hamidreza Hassanabadi PhD✉

Robabe Nouri PhD

Alireza Moradi PhD

Koroush Vahidshahi MD

حسن ارمی<sup>۱</sup>

حمیدرضا حسن‌آبادی<sup>۲</sup>

ربابه نوری<sup>۳</sup>

علیرضا مرادی<sup>۳</sup>

کوروش وحیدشاهی<sup>۴</sup>

#### Abstract

The aim of this study was to determine the psychometric properties of the quality of life questionnaire related to the health of Iranian adolescents with congenital heart disease. Participants were 180 adolescents aged 13 to 18 years with congenital heart disease and their parents who referred to Shahid Rajaei Heart Hospital. Instruments were health-related quality of life questionnaire (PedsQL™) and general version quality of life questionnaire (PedsQL™) and general anxiety section of CSI-4 questionnaire. Factor analysis, Cronbach's alpha and Pearson correlation were used to analyze the data to evaluate the validity and reliability of the questionnaire. The findings of factor analysis indicated 7 factors in the Adolescent Questionnaire and the Proxy Report Questionnaire. The Adolescent and Proxy Health Quality of Life Questionnaires have an acceptable validity in Iranian society and can be used to assess their quality of life.

**Keywords:** Health-Related Quality of Life, Congenital Heart Disease, Adolescents, Validity, Reliability.

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان ایرانی مبتلابه بیماری‌های قلبی مادرزادی بود. شرکت‌کنندگان ۱۸۰ نفر نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال مبتلابه بیماری‌های قلبی مادرزادی و والدین آن‌ها که مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی قلب شهید رجایی بودند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (PedsQL™) و کیفیت زندگی نسخه عمومی (PedsQL™) و بخش اضطراب فراگیر پرسشنامه CSI-4 استفاده شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی، آلفا کرونباخ و همبستگی پیرسون برای بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه استفاده شد. یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از ۷ عامل در پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گزارش نوجوان و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گزارش پروکسی بود. پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نسخه نوجوان و پروکسی از روایی و اعتبار قابل قبولی در جامعه ایرانی برخوردار است و می‌تواند در ارزیابی کیفیت زندگی آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، بیماری‌های مادرزادی قلبی، نوجوانان، روایی، اعتبار

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۴/۱۶ تصویب نهایی: ۱۳۹۹/۸/۲۳

۲. گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

۴. گروه قلب کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۱. دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

## ● مقدمه

بیماری مادرزادی قلبی یکی از بیماری‌های شایع دوران جنینی (مونز، ۲۰۰۹) و دومین علت مرگ در نوزادان و کودکان و تنها علت مرگ در کشورهای پیشرفته دنیا است. از هر ۱۰۰۰ کودکی که زنده به دنیا می‌آیند ۱۰ نوزاد مبتلابه بیماری قلبی مادرزادی است (داینایسیا، ۲۰۱۰) و در ایران نیز میزان شیوع این بیماری ۱۲/۳ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده تخمین زده می‌شود (رحیم و همکاران، ۱۳۸۵). پیشرفت‌های چشمگیر پزشکی باعث افزایش نوجوانان و بزرگسالانی شده است که با بیماری قلبی مادرزادی زندگی می‌کنند (مونز، ۲۰۱۰) پیشرفت در درمان‌های پزشکی و جراحی امید به زندگی در کودکان دارای بیماری قلبی مادرزادی افزایش داده و باعث کاهش چشمگیر مرگ‌ومیر آن‌ها شده است (برون، کسیدی و مارینو، ۲۰۱۴).

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، به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۹۶) و امروزه نتایج حاصل از جراحی صرفاً با افزایش امید به زندگی که بالاترین اولویت قبل از سال ۱۹۸۰ ارزیابی نمی‌گردد بلکه کیفیت زندگی این بیماران را مدنظر قرار می‌دهند (ناکو، ۲۰۰۱؛ پولیکندتیتو، ۲۰۰۹).

همان‌طور که می‌دانیم نوجوانی از دوره‌های کلیدی زندگی و با چند موقعیت تنیدگی زا نظیر رقابت‌های تحصیلی، تعارضات خانوادگی، هویت‌جویی و روابط عاشقانه و ... همراه است (موسوی و همکاران، ۱۳۹۷) و از طرفی نوجوانانی که دارای بیماری قلبی مادرزادی هستند ممکن است مشکلات مختلفی را در ابعاد کیفیت زندگی تجربه کنند بنابراین یافته‌ها بر این تأکید دارند اگر غربالگری، مداخلات زود هنگام و پیگیری‌های بلندمدت به موقع انجام نگیرد می‌تواند به نقصی در بزرگسالی بیانجامد (ودرسپون، ایگلسون، گیل‌مور، اولد، هرست و جانسون، ۲۰۱۹).

با توجه به کاهش مرگ‌ومیر به خاطر پیشرفت‌های پزشکی و شیوع بالای آسیب‌های عملکردی در این جمعیت، الگوی تحقیقات بالینی از پیشگیری از مرگ به سمت ارزیابی عوارض بلندمدت تغییر شکل یافته است و ارزیابی پیامدها با تمرکز بر کیفیت زندگی این افراد به شکل فزاینده‌ای اهمیت یافته است (مارینو، کسیدی، دروتار، ری، ۲۰۱۶).

از میان انواع کیفیت زندگی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مورد این افراد به علت نقش تأثیرگذار بیماری بر زندگی آن‌ها، بسیار مورد توجه قرار گرفته است (راونزسایبرر، ارهارت و وایل، ۲۰۰۶؛ لاداک، حسن و گالیک، ۲۰۱۷). بررسی کیفیت زندگی در کودکان و نوجوانان مبتلابه بیماری قلبی مادرزادی اطلاعات تکمیلی برای متخصصان فراهم می‌کند، گروه‌ها و زیرگروه‌های در معرض خطر و اثر تشخیص‌های متفاوت بیماری قلبی بر این جمعیت را شناسایی کرده (برتولتی، مارکس، جونیور و همکاران، ۲۰۱۴) و به متخصصان سلامت در اتخاذ تصمیماتی همانند انتخاب نوع درمان کمک می‌کند (کوراک و اندلر، ۲۰۰۳).

اما استفاده از پرسشنامه همیشه با ملاحظات جدی روبه‌رو است که اگر به آن‌ها توجه نشود داده‌های حاصل از آن ارزیابی دقیقی از سازه مورد نظر نخواهد داد. سنجش کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان از طریق پرسشنامه نیز همواره با مشکلات مفهومی و روش‌شناختی بسیاری روبرو بوده است (برتولتی، مارکس، جونیور و همکاران، ۲۰۱۴؛ یوزارک، شرادر، کریندل، ۲۰۱۶) علاوه بر این ممکن است بین ادراک بیماران مبتلابه بیماری قلبی مادرزادی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی با ادراک والدینشان متفاوت باشد (بویانیچ و همکاران، ۲۰۱۸).

از سوی دیگر، سازه کیفیت زندگی به شدت تحت تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرد و با مسائل فرهنگی ارتباط زیادی دارد. بسیار مهم است که در ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیر فرهنگ و دستگاه‌های ارزشی مرتبط را در نظر بگیریم. بافت فرهنگی که در آن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تجربه می‌شود ممکن است بر نوع سؤالاتی که مربوط به آن هستند تأثیر بگذارند (هاورمن و همکاران، ۲۰۱۷).

در حال حاضر یکی از معتبرترین پرسشنامه‌های ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت که برای فرهنگ‌ها و زمینه‌های مختلف نیز منطبق شده است، پرسشنامه کیفیت زندگی مورد استفاده در این مقاله می‌باشد. این پرسشنامه هم برای کودکان و

نوجوانان سالم و هم دارای بیماری‌های حاد و مزمن به کار می‌رود. مدل سنجش پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی بخش‌های عمومی و مختص بیماری را در یک سیستم ادغام می‌کند. یک ابزار ارزیابی مختصر، استاندارد و عمومی است که ادراک بیمار و والدینش از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌سنجد. (مریک و ونتگوت، ۲۰۱۴).

ویراست سوم پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ویژه کودکان و نوجوانان مبتلا به بیماری‌های قلبی و والدینشان که هدف پژوهش حاضر نیز هست، دارای ۶ بخش است شامل مشکلات قلبی (۷ ماده)، مشکل در مصرف دارو (۵ ماده)، ظاهر فیزیکی ادراک شده (۳ ماده)، اضطراب درمان (۴ ماده)، مشکلات شناختی (۵ ماده) و برقراری ارتباط (۳ ماده) که در مجموع ۲۷ سؤال را تشکیل می‌دهند؛ و نمره‌گذاری آن به شیوه لیکرتی می‌باشد. در نسخه اصلی این پرسشنامه بر روی نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ سال آمریکایی، برای ابعاد مختلف، آلفا کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۶ نشان داده شد (یوزارک، جونز، بوروینکل و وارنی، ۲۰۰۳). این پرسشنامه تاکنون به زبان‌های مختلف دنیا به‌عنوان نمونه در کشورهای اسپانیا، برزیل، سوئد و مجارستان ترجمه و اعتبار یابی شده است (برکز، پاتاک، کیس و همکاران، ۲۰۱۰؛ دوناسیمتوموراس، ترتی، هیلاریو و لن، ۲۰۱۳؛ سند، کلیجایک، سانگارد، ۲۰۱۳؛ گنزالزگیل، مندوزاسوتو، الونسولیوت، ۲۰۱۲). هرکدام از این مطالعات، اعتبار و روایی قابل قبولی را با روش‌های گوناگون از جمله بررسی همسانی درونی، روایی ملاکی یا هم‌زمان با گزارش پروکسی، روایی همگرا با نسخه عمومی آن و روایی واگرا با مقایسه با گروه‌های بیمار دارای شدت‌های مختلف و نیز مقایسه با نوجوانان سالم، گزارش کردند؛ اما در هیچ‌یک از نسخه‌های ذکر شده تحلیل عاملی بررسی نشده است.

با توجه به ویژگی‌های مثبت این ابزار و قابلیت کاربرد بالای آن در فرهنگ‌های مختلف، ترجمه، انطباق و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار مذکور جهت کمک به متخصصان در شناسایی مشکلات نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ضرورت دارد؛ بنابراین، پژوهش حاضر به‌منظور بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه سوم ویژه بیماران قلبی جامعه نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ایرانی انجام شده است تا خلأ موجود را پر کرده و این امکان را برای متخصصان و پژوهشگران فراهم آورد تا از آن در جهت اهداف بالینی و پژوهشی خود سود ببرند. فرضیه‌های پژوهش به دو بخش بررسی اعتبار و روایی تقسیم می‌شود. در قسمت روایی، روایی‌های صوری، عاملی، همگرا و واگرا و در قسمت اعتبار هم‌سانی درونی و پایایی یا ثبات مدنظر است.

- ۱) آیا ترجمه و انطباق‌یابی محتوای پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه سوم ویژه نوجوانان دارای بیماری قلبی در جامعه نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ایرانی از نظر متخصصان مورد تأیید است؟
- ۲) پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه سوم ویژه نوجوانان دارای بیماری قلبی در جامعه نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ایرانی از چند عامل اشباع شده است؟
- ۳) آیا نمره حاصل از پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه سوم ویژه نوجوانان دارای بیماری قلبی در جامعه نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ایرانی با پرسشنامه نسخه عمومی کیفیت زندگی نوجوانان همبستگی قابل قبولی دارد؟
- ۴) نمره حاصل از پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه سوم ویژه نوجوانان دارای بیماری قلبی در جامعه نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ایرانی با نمره بخش اضطراب پرسشنامه علائم مرضی نوجوانان (CSI-4) همبستگی منفی دارد.
- ۵) آیا سؤال‌های پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه سوم ویژه نوجوانان دارای بیماری قلبی در جامعه نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ایرانی از همسانی درونی مناسب برخوردار است؟
- ۶) آیا نمره‌های پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه سوم ویژه نوجوانان دارای بیماری قلبی در جامعه نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ایرانی در طی زمان از ثبات قابل قبولی برخوردار است؟
- ۷) آیا سؤال‌های پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه سوم نوجوانان دارای بیماری قلبی در جامعه نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ایرانی با نمره کل همبستگی قابل قبول دارد؟

## • روش

### طرح پژوهش و شرکت کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی- کاربردی و از حیث نوع گردآوری اطلاعات پیمایشی پرسشنامه‌ای و از نظر روش‌شناسی، از جمله مطالعات آزمون‌سازی به حساب می‌آید که در قالب یک طرح همبستگی انجام گرفته است. در این پژوهش از روش همبستگی و تحلیل عاملی اکتشافی جهت مطالعه میزان رابطه و همخوانی بین متغیرها استفاده شده است.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان بیماری قلبی مادرزادی و والدین آنهاست که به بیمارستان شهید رجایی مراجعه کرده بودند. آزمودنی‌های پژوهش ۱۸۰ نفر از دختران و پسران ۱۳ تا ۱۸ ساله مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی و والدین آنها بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند.

حجم نمونه بر اساس فرمول خامس و کپلر (۲۰۱۰، نقل از تاباکنیک و فیدل، ۱۳/۲۰۱۳) عبارت از  $N \geq 5 + 20m$  است. طبق این فرمول،  $m$  تعداد پارامترها محسوب می‌شود. در پرسشنامه حاضر حدود ۲۷ پارامتر محاسبه شده است که تعداد نمونه بر اساس آن ۱۵۰ نفر و با احتساب ۲۰ درصد افت معادل ۱۸۰ نفر در نظر گرفته شده است؛ ملاک‌های ورود به تحقیق داشتن سواد خواندن و نوشتن برای اینکه بتوانند پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند؛ داشتن ۱۳ تا ۱۹ سال سن که محدوده سن نوجوانی تعریف شده است و حضور والدین در زندگی نوجوان به سبب اینکه نداشتن والدین می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار داده و نمره کم نوجوان به کیفیت زندگی ناشی از عدم حمایت کافی باشد نه بیماری قلبی مادرزادی و ملاک‌های خروج از مطالعه وجود بیماری‌های طبی یا روان‌پزشکی دیگر که باعث می‌گردد نوجوان کیفیت زندگی خود کمتر برآورد کند که این نمره ناشی از بیماری قلبی نباشد، نوجوانانی که تازه برای اولین بار بیماری قلبی آنها تشخیص داده شده است. این نوجوانان به علت اضطراب و ناامیدی نمره کیفیت زندگی خود را کمتر برآورد می‌کنند و در مقایسه با نوجوانانی که از کودکی بیماری آنها تشخیص داده شده و با بیماری خود سال‌هاست زندگی می‌کنند نمونه متفاوتی را تشکیل می‌دهند.

بنابراین، ۱۸۰ نوجوان به این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که ۱۱۰ نفر از آنها پسر و ۷۰ نفر دختر بودند. آزمودنی‌ها شامل ۸۱ نوجوان ۱۳ ساله، ۳۷ نوجوان ۱۴ ساله، ۲۸ نوجوان ۱۵ ساله، ۲۳ نوجوان ۱۶ ساله، ۹ نوجوان ۱۷ ساله و ۲ نوجوان ۱۸ ساله بودند. ۵۲ درصد این نوجوانان فرزند اول خانواده بودند، ۳۷ درصد فرزند وسط و ۱۱ درصد نیز فرزند آخر خانواده بودند. از ۱۸۰ نوجوانی که در پژوهش شرکت کرده بودند ۶۵ نوجوان تاکنون عمل جراحی نداشتند، ۴۰ نوجوان تا به حال یک‌بار تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و ۷۵ نوجوان نیز بیش از یک‌بار عمل شده بودند. ۹۱ نوجوان از نوجوانانی که عمل شده بودند بیش از یک سال از عمل جراحی‌شان می‌گذشت. ۸۳ درصد از این نوجوانان در هنگام تولد تشخیص دریافت کرده بودند و ۴ درصد از آنها بیماری‌شان در سن مدرسه تشخیص داده شده بود. ۶۶ درصد تشخیص بیماری قلبی ساده و غیرسیانوز و ۳۴ درصد تشخیص پیچیده و سیانوز دریافت کرده بودند. ۳۲ درصد از پدرهای این نوجوانان تحصیلات دیپلم، ۲۳ درصد راهنمایی، ۱۸ درصد لیسانس و بالاتر و ۲۴ درصد ابتدایی و ۳ درصد هم بی‌سواد بودند. ۴۲ درصد از مادران آنها دیپلم، ۲۰ درصد راهنمایی، ۱۳ درصد لیسانس و بالاتر، ۱۹ درصد ابتدایی و ۶ درصد بی‌سواد بودند. ۴۶ درصد از پدران، شغل آزاد داشتند، ۲۱ درصد کارگر بودند، ۳۱ درصد کارمند و ۳ درصد نیز بیکار بودند. ۸۷ درصد از مادران این نوجوانان خانه‌دار و ۱۳ درصد شاغل بودند. ۶۰ درصد از این خانواده‌ها هزینه درمان نوجوانشان از طریق بیمه تأمین می‌شد و بقیه خانواده‌ها تقریباً خود هزینه درمان را متقبل می‌شدند.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه کیفیت زندگی نوجوانان دارای بیماری قلبی نسخه سوم ( PedsQL™ 3.0 )** این پرسشنامه که توسط وارنی و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شد. این پرسشنامه ۲۷ ماده دارد که برای ارزیابی کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی طراحی شده است. این پرسشنامه ۶ مؤلفه از کیفیت زندگی شامل مشکلات قلبی (۷ ماده)، مشکل در مصرف دارو (۵ ماده)، ظاهر فیزیکی ادراک شده (۳ ماده)، اضطراب درمان (۴ ماده)، مشکلات شناختی (۵ ماده) و برقراری ارتباط (۳ ماده) را می‌سنجد که توسط خود نوجوان و نیز والدینشان پاسخ داده می‌شود. مقیاس پاسخ‌دهی ۵ درجه‌ای لیکرت از اصلاً (۰) تا تقریباً همیشه

(۴) برای نمره‌گذاری استفاده می‌شود. سپس جهت تحلیل داده‌ها، نمرات ۰ تا ۴ به نمرات ۱۰۰ تا ۰ تبدیل می‌شوند؛ بنابراین، نمره بالا در این پرسشنامه به معنای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالا و نمره پایین نشان‌دهنده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین می‌باشد. آلفا کرونباخ به‌دست‌آمده در نسخه اصلی پرسشنامه از ۰/۷۳ تا ۰/۹۶ بوده است (یوزارک، جونز، بوروینکل و وارنی، ۲۰۰۳). پژوهش حاضر اعتبار و روایی این پرسشنامه در جامعه ایرانی را بررسی می‌کند.

#### **پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی نسخه چهارم (PedsQL™ 4.0):** این پرسشنامه که توسط وارنی و همکاران (۲۰۰۳)

طراحی شد، یک پرسشنامه خودسنجی کیفیت زندگی عمومی کودکان و نوجوانان ۸-۱۸ سال است که هم برای گزارش نوجوانان و هم پروکسی استفاده می‌شود و شامل ۲۳ ماده با زیر مقیاس‌های زیر است: عملکرد فیزیکی (۸ ماده)، عملکرد هیجانی (۵ مورد)، عملکرد اجتماعی (۵ مورد) و عملکرد مدرسه (۵ ماده). مقیاس پاسخ‌دهی ۵ درجه‌ای لیکرت از اصلاً (۰) تا تقریباً همیشه (۴) برای نمره‌گذاری استفاده می‌شود. سپس جهت تحلیل داده‌ها، نمرات ۰ تا ۴ تبدیل به نمرات ۱۰۰ تا ۰ می‌شوند؛ بنابراین، نمره بالا در این پرسشنامه به معنای کیفیت زندگی بالا و نمره پایین نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین می‌باشد. آلفا کرونباخ پرسشنامه اصلی با ۰/۸۹ دارای اعتبار خوبی است (وارنی، بوروینکل، سیو و اسکار، ۲۰۰۳). این پرسشنامه در جامعه ایرانی اعتباریابی شده و با آلفاکرونباخ ۰/۷۰ درصد دارای اعتبار قابل قبولی است (امیری، اسلامیان، میرمیران و همکاران، ۲۰۱۲).

#### **پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4):** یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط گاداو و

اسپرافکین بر اساس طبقه‌بندی DSM-III یا SLUG به‌منظور غربال کردن ۱۸ اختلال روان‌شناختی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شد و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM-IV مورد تجدیدنظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر شد (گاداو، اسپرافکین، ۱۹۹۴). CSI-4 دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر از فرم والد استفاده شد. فرم والد با ۹۷ ماده ۱۷ اختلال را می‌سنجد. این اختلال‌ها مشتمل است بر: اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی، اختلال لجبازی-نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواسی-اجباری، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال اسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات دفع. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی واگرا از سؤالات بخش اضطراب فراگیر فرم والد استفاده شد که شامل ۵ ماده بود. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. در این پژوهش از شیوه نمره‌گذاری طیفی ۴ گزینه‌ای استفاده شد. نمره بالا در این پرسشنامه به معنای وجود مشکلات روان‌شناختی می‌باشد.

ارمیس (۲۰۰۹) اعتبار پرسشنامه را به روش باز آزمایی و با فاصله زمانی ۶ هفته بر روی ۷۵ پسر سنین ۶ تا ۱۰ ساله ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهش سوج و همکاران (۲۰۰۹) روایی پرسشنامه با فرم رفتاری کودک آشناباخ و پرسشنامه تشخیصی کودکان همبستگی مثبتی نشان داد که نشانه روایی سازه آن می‌باشد (سوج، همدسون، بروئر و همکاران، ۲۰۰۹). در ایران نیز ضریب اعتبار ابزار با روش باز آزمایی محاسبه شد که در رابطه با فرم والد ۰/۹۶ بوده است. توکلی زاده، بوالهروی، مهریار و دژکام (۱۳۷۵) نیز اعتبار فرم والدین را با روش باز آزمایی ۰/۸۵ گزارش نمودند. در تحقیق کلانتری، نشاط‌دوست و زارعی (۱۳۸۰)، اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تصنیف برای فرم والدین ۰/۸۵ به‌دست‌آمده است. در مطالعه فرزاد، امامی پور، وکیل قاهانی، (۱۳۹۰)، روایی و اعتبار آن برای کودکان ۷ تا ۱۵ سال محاسبه‌شده است که آلفای کرونباخ برای بخش اختلال اضطرابی ۰/۷۸ محاسبه‌شده است. میزان آلفای کرونباخ برای اضطراب فراگیر ۰/۷۸ و قابل قبول بوده است. اعتبار صوری پرسشنامه که بر اساس ملاک‌های تشخیصی می‌باشد توسط اساتید روان‌پزشکی و روانشناسی انستیتو روان‌پزشکی تهران تأیید شده است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳).

#### **شیوه اجرا**

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بوده است که نمونه‌ها به شیوه در دسترس از بین تمام نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ سال و والدین آن‌ها که از اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۷ به بخش اکوی بیمارستان تخصصی قلب شهید رجایی جهت چک آپ مراجعه کرده بودند توسط پژوهشگر انتخاب شدند. به‌منظور ترغیب شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش و اخذ رضایت از آن‌ها، اهداف

و مزایای پژوهش برای آن‌ها توضیح داده می‌شد. تکمیل پرسشنامه در اتاق مجاور بخش اکو که به پژوهشگر اختصاص داده شده بود و در محیطی آرام انجام شد. پر کردن پرسشنامه‌ها حدود ۱۵ دقیقه طول می‌کشید. شماره تماس تعدادی از شرکت‌کنندگان جهت اجرای آزمون اعتبار به روش باز آزمایی، از ایشان دریافت شد و پس از سه هفته مجدداً با نوجوانان و والدین آن‌ها تماس گرفته شد و آن‌ها تلفنی به پرسشنامه پاسخ دادند.

پس از اخذ اجازه از سازندگان پرسشنامه از طریق مکاتبه با موسسه مپی و دریافت راهنمای استاندارد ترجمه وارون سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۴) مراحل بررسی روایی و اعتبار با نظارت موسسه و مؤلف پرسشنامه آغاز شد. در ابتدا نسخه اصلی انگلیسی پرسشنامه توسط دو مترجم مستقل به صورت هم‌زمان به فارسی ترجمه شد. سپس جهت انطباق با سطح فرهنگ ایرانی، جلسات متعددی با حضور مترجم و متخصصان حوزه قلبی و روانشناختی که تجربه کافی نیز در روان‌سنجی پرسشنامه داشتند، همچنین با والدین و کودکان برگزار شد. ترجمه‌ها مورد بررسی بیش‌تر قرار گرفت تا برای اکثر پاسخ‌دهندگان از هر سطح سوادی روشن و قابل‌درک باشد و برای والد و هم کودک یک معنا را بدهد و نیز کاملاً از نظر مفهومی معادل نسخه انگلیسی باشد و منظور پرسشنامه اصلی را برساند.

در نهایت، در برخی سؤالات (سؤالات ۱-۲-۵ و ۱-۲-۴ و ۵ بخش دو، ۱ بخش سه، ۴ بخش چهار، ۱-۳-۴ و ۵ بخش پنج و ۳ بخش شش) در انتخاب کلمات و ساختار جمله تغییراتی ایجاد شد؛ به‌طور مثال عبارت "برایم سخت است که بدانم وقتی چیزی اذیت می‌کند چه کار کنم" به عبارت "وقتی چیزی اذیت می‌کند نمی‌دانم چه کاری باید انجام بدهم" یا عبارت "برایم سخت است که چیزی را که می‌خوانم به خاطر به سپرم" به عبارت "برایم سخت است که درس‌های حفظی‌ای که خوانده‌ام را به خاطر بیاورم" یا عبارت "شب‌ها با نفس‌تنگی از خواب بیدار می‌شوم" به "شب‌ها به خاطر نفس‌تنگی از خواب می‌پریم" و عبارت "از عوارض داروهای قلبی بر بدنم نگرانم" به عبارت "درباره اثرات سوء داروهای قلبی‌ام نگرانم" و عبارت "احساس می‌کنم زیبا/خوب به نظر نمی‌رسم" به "احساس می‌کنم ظاهرم خوب نیست" تبدیل شدند. بدین ترتیب یک نسخه واحد فارسی تهیه گردید.

پس از اطمینان از قابل‌فهم بودن پرسشنامه، این نسخه توسط مترجم دیگری به زبان انگلیسی برگردانده شد و برای سازنده ابزار (وارنی) ارسال شد تا از لحاظ کیفی با نسخه اصلی انطباق داده شود. پس از تأیید وارنی درباره گویا بودن پرسشنامه مراحل اجرا شروع شد.

### اجرای مقدماتی

در اجرای مقدماتی اولیه پرسشنامه روی ۳۰ نوجوان و ۳۰ نفر از والدین آن‌ها فقط برای همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و کیفیت سؤالات اجرا گردید و ابهامات سؤالات رفع شد. جهت بررسی روایی صوری درباره کیفیت ترجمه و رفع نواقص احتمالی، از ۳۰ نفر نوجوانان دارای بیماری قلبی مادرزادی و ۳۰ نفر پدر یا مادر آن‌ها در مورد سؤالات پرسشنامه مصاحبه شناختی به عمل آمد و از آن‌ها خواسته شد در حین پاسخ به سؤالات، فکر خود درباره سؤالات را با صدای بلند بگویند؛ بنابراین، سؤالاتی که از نظر معنایی و نحوه بیان، چالش‌برانگیز یا مبهم به نظر می‌آمد، مشخص شد. سؤالاتی که درباره جای زخم عمل می‌پرسد درباره برخی از نوجوانان که جراحی نداشتند صدق نمی‌کرد؛ بنابراین در جلسه‌ای با حضور مترجم و متخصصان صاحب‌نظر، به بررسی نظرات پرداخته شد و این عبارت "در صورت داشتن عمل جراحی به این سؤالات پاسخ دهید" به ابتدای آن بخش از پرسشنامه اضافه شد. برخی از والدین نیز درباره بخش سه پرسشنامه که از ظاهر فیزیکی نوجوان می‌پرسد "احساس می‌کنم که ظاهر خوبی ندارم" اظهار داشتند که این سؤال برای نوجوان به نظر مناسب نمی‌رسد اما برای حفظ یکپارچگی پرسشنامه اصلی و نیز به منظور تجزیه و تحلیل آماری حذف نشد.

آلفای کرونباخ برای پرسشنامه خود گزارشی نوجوان برای مشکلات جسمی، مشکلات درمان، مشکلات ظاهری، اضطراب درمان، مشکلات شناختی و مشکلات ارتباطی به ترتیب: ۰/۶۹۹، ۰/۶۳۲، ۰/۵۳۲، ۰/۹۳۸، ۰/۷۰۷، ۰/۶۹۴ بود و آلفای کرونباخ برای پرسشنامه گزارش والدین برای مشکلات جسمی، مشکلات درمان، مشکلات ظاهری، اضطراب درمان، مشکلات شناختی



و مشکلات ارتباطی به ترتیب: ۰/۸۶۲، ۰/۶۴۲، ۰/۶۲۹، ۰/۹۲۷، ۰/۷۴۴، ۰/۷۹۳ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی خوب سؤالات در هر دو پرسشنامه در اجرای اولیه بود.

### اجرای اصلی

اجرای نهایی پرسشنامه بر روی ۱۸۰ نفر نمونه اصلی (نوجوانان و والدین آنها) اجرا گردید؛ که از این میان ۱۱۵ نفر تحت عمل جراحی قرار گرفته و ۱۱۶ نفر دارو دریافت کرده بودند. ۳۰ نفر از نوجوانان و ۳۰ نفر از والدین آنها از نمونه اصلی، سه هفته پس از اجرای نهایی به منظور ارزیابی اعتبار به روش باز آزمایی مجدداً به پرسشنامه پاسخ دادند. (این ۶۰ نفر شناسایی شده و پرسشنامه‌های آنها کدگذاری شد تا سه هفته بعد نیز همین ۶۰ نفر پرسشنامه را مجدداً تکمیل کردند). همچنین نوجوانانی که برای باز آزمایی انتخاب شده بودند به نسخه عمومی پرسشنامه کیفیت زندگی نوجوانان جهت بررسی روایی همگرا و والدین آنها به بخش اضطراب پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) جهت بررسی روایی واگرا پاسخ دادند. پس از اتمام اجرای پرسشنامه‌ها برای بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی، آلفا کرونباخ و همبستگی پیرسون جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

### • نتایج

همان‌گونه که در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مشاهده می‌شود متوسط نمره جامعه آماری گزارش شده توسط نوجوان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی برابر با ۷۴/۸۶ و انحراف استاندارد ۱۴/۹۵ است و متوسط نمره جامعه آماری گزارش شده توسط والدین آنها برابر با ۷۳/۸۱ و انحراف استاندارد ۱۳/۳۳ است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

تعداد	میانگین		انحراف معیار		حداقل		حداکثر		عامل‌ها
	والد	نوجوان	والد	نوجوان	والد	نوجوان	والد	نوجوان	
۱۸۰	۷۵/۹۹	۷۲/۷۷	۱۶/۷۴	۲۲/۴۰	۱۷/۸۶	۳/۵۷	۱۰۰	۱۰۰	مشکلات قلبی
۱۱۶	۷۱/۳۰	۷۲/۸۴	۲۵/۳۴	۲۷/۱۸	.	.	۱۰۰	۱۰۰	مشکل در مصرف دارو
۱۱۶	۸۵/۶۵	۸۳/۲۹	۲۱/۱۵	۲۴/۵۵	.	.	۱۰۰	۱۰۰	مشکلات عوارض دارو
۱۱۵	۶۷/۱۰	۴۶/۷۳	۲۸/۵۴	۳۳/۱۰	.	.	۱۰۰	۱۰۰	ادراک کودک از ظاهر فیزیکی
۱۸۰	۷۸/۹۹	۸۱/۷۳	۲۷/۸۸	۲۶/۲۷	.	.	۱۰۰	۱۰۰	اضطراب درمان
۱۸۰	۷۲/۲۵	۷۰/۱۱	۲۰/۱۲	۲۳/۰۶	۱۰	۱۰	۱۰۰	۱۰۰	عملکرد شناختی
۱۸۰	۶۹/۸۱	۷۸/۵۱	۲۷/۰۶	۲۰/۶۷	.	۲۵	۱۰۰	۱۰۰	برقراری ارتباط
۱۸۰	۷۴/۸۶	۷۳/۸۱	۱۴/۹۵	۱۳/۳۳	۱۲	۳۵/۳۳	۱۰۰	۱۰۰	کل

برای تعیین روایی سازه پرسشنامه نوجوان و استخراج عوامل پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. تعداد کل نمونه‌ها ۱۸۰ نوجوان و ۱۸۰ نفر والدین آنها بودند اما تعدادی از نمونه‌ها جراحی نداشته و بنابراین به عامل (اداره از ظاهر فیزیکی) فقط ۱۱۵ نفر پاسخ داده بودند و نیز برخی دارو مصرف نمی‌کردند و به عامل مصرف دارو فقط ۱۱۶ نفر پاسخ داده بودند، جهت تحلیل عاملی، عوامل به دو بخش تقسیم شدند و هر قسمت به‌طور جداگانه تحلیل شد.

**قسمت اول:** ابتدا یک تحلیل عاملی با روش مؤلفه اصلی و چرخش واریمکس جهت حدس در مورد تعداد عامل‌های ممکن اجرا شد که ۶ عامل به دست داد. سپس سه روش عامل یابی شامل مؤلفه‌های اصلی، محورهای اصلی، بیشینه درست نمایی با دو نوع چرخش واریمکس و ابلیمین مستقیم با درخواست ۳، ۴، ۵ و ۶ عامل انجام شد که در مجموع ۳۶ تحلیل عاملی به دست داد. نتایج نشان داد که روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریمکس با ۴ عامل بهترین ساختار با کمترین بار متقاطع را نشان می‌دهد که در ادامه گزارش می‌شود.

مقدار KMO برابر با ۰/۷۸۷ و مقدار مجذور کای انتقال یافته آزمون کروییت بارتلت برابر با ۹۹۸/۲۶۷ به دست آمد که با درجه آزادی ۱۷۱ معنادار بود ( $P \leq ۰/۰۰۰۱$ )؛ بنابراین ماتریس عامل پذیر بود و اجرای تحلیل عاملی بر پایه ماتریس مورد مطالعه قابل توجیه بود.

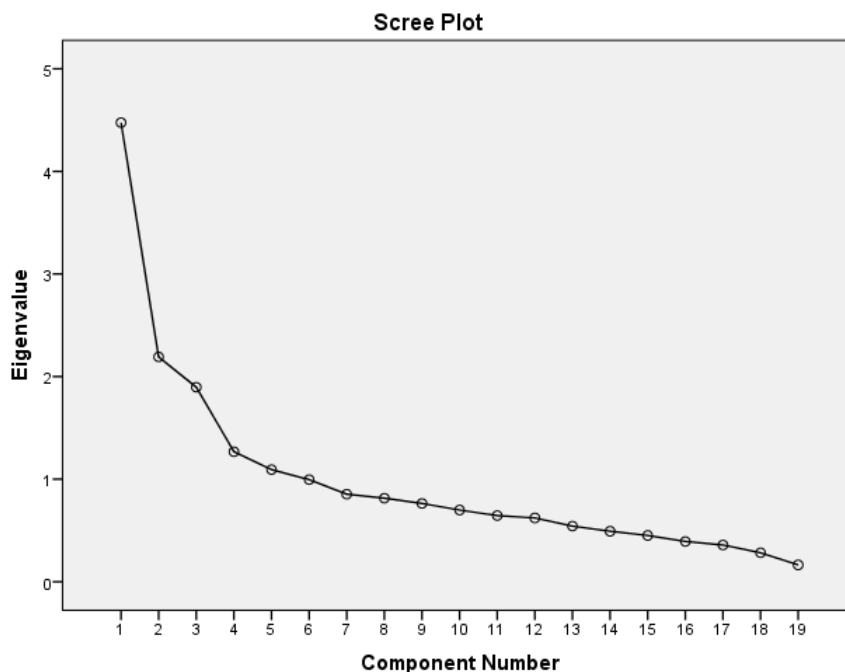
بر این اساس ۴ عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک استخراج شد که این عامل‌ها مجموعاً ۵۱/۷۳۴ درصد از واریانس کل پرسشنامه ۴ عاملی را تبیین نمودند. همچنین بررسی جدول کل واریانس تبیین شده نشان داد که عامل اول (اضطراب درمان) دارای ارزش ویژه ۳/۲۶۸ و ۲۳/۵۵۶ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند. پس از آن عامل دوم (مشکلات قلبی) با ارزش ویژه ۲/۴۶۵ و درصد واریانس ۱۱/۵۲۴، عامل سوم (مشکلات شناختی) با ارزش ویژه ۲/۲۶۴ و درصد واریانس ۹/۹۸۱، عامل چهارم (مشکل در برقراری ارتباط) با ارزش ویژه ۱/۸۳۴ و ۶/۶۷۳ درصد از کل واریانس پرسشنامه را برآورد می‌کند. جدول ۲ بار عاملی هر یک از سؤالات در ۴ عامل اولیه پرسشنامه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌کنید همه سؤالات از بار عاملی قابل قبولی برخوردار هستند. کمترین بار عاملی مربوط به سؤال ۱ بخش (مشکل شناختی) با ۰/۴۰۱ و بیشترین بار عاملی مربوط به سؤال ۲ بخش (اضطراب درمان) ۰/۸۷۶ هست.

جدول ۲. بارهای عاملی حاصل از راه‌حل ۴ عاملی با چرخش متعامد واریمکس

اشتراکات	بار عاملی				ماده‌ها
	مشکل در برقراری ارتباط	مشکلات قلبی شناختی	مشکلات قلبی درمان	اضطراب درمان	
۰/۸۱۱			۰/۸۷۶		۴-۲ وقتی که باید به دکتر بروم می‌ترسم
۰/۷۹۷			۰/۸۶۹		۴-۳ وقتی که باید به بیمارستان بروم می‌ترسم
۰/۷۵۰			۰/۸۵۸		۴-۱ وقتی منتظرم تا دکتر را ببینم احساس ترس و دلهره می‌کنم
۰/۶۷۸			۰/۸۰۲		۴-۴ وقتی که باید درمان‌های پزشکی انجام دهم می‌ترسم
۰/۵۴۶		۰/۶۹۳			۱-۱ وقتی که فعالیت ورزشی یا بازی می‌کنم دچار تنگی نفس می‌شوم
۰/۳۴۴		۰/۶۰۴			۱-۵ وقتی که می‌دوم لب‌هایم حالت کیبودی پیدا می‌کند
۰/۴۲۶		۰/۵۹۶			۱-۴ احساس می‌کنم ضربان قلبم تند می‌زند
۰/۳۴۴		۰/۵۶۸			۱-۶ شب‌ها به خاطر نفس‌تنگی از خواب می‌پریم
۰/۳۴۶		۰/۵۳۶			۱-۳ به راحتی سرما می‌خورم
۰/۳۷۲		۰/۵۳۲			۱-۷ نسبت به دوستانم نیاز بیشتری به استراحت دارم
۰/۳۸۸		۰/۵۳۱			۱-۲ وقتی فعالیت ورزشی یا بازی می‌کنم در قفسه سینه‌ام احساس درد یا فشار می‌کنم
۰/۶۷۲	۰/۷۵۰				۵-۲ در حل مسائل ریاضی مشکل دارم
۰/۵۰۷	۰/۶۹۴				۵-۳ در نوشتن مشق یا تکالیف مدرسه مشکل دارم
۰/۴۹۵	۰/۳۵۰	۰/۶۰۹			۵-۴ برایم سخت است که توجه ام را به چیزی متمرکز کنم
۰/۳۰۶		۰/۴۶۸			۵-۵ برایم سخت است که درس‌های حفظی‌ای را که خوانده‌ام به خاطر بیاورم
۰/۳۴۴	۰/۳۰۰	۰/۴۵۵			
۰/۳۱۰	۰/۳۴۲	۰/۴۰۱			۶-۳ برایم سخت است که بیماری قلبی‌ام را برای دیگران توضیح دهم
۰/۶۵۰	۰/۷۸۷				۵-۱ وقتی چیزی اذیتم می‌کند نمی‌دانم چه کاری باید انجام بدهم
۰/۷۰۰	۰/۷۶۸		۰/۳۰۳		۶-۲ برایم سخت است که از دکترها یا پرستارها سؤال بپرسم
			۰/۳۰۳		۶-۱ برایم سخت است که احساسم را به دکتر یا پرستار بگویم
	۱/۸۳۴	۲/۲۶۴	۲/۴۶۵	۳/۲۶۸	ارزش ویژه
	۶/۶۷۳	۹/۹۸۱	۱۱/۵۲۴	۲۳/۵۵۶	درصد واریانس تبیین شده

سؤال ۲ بخش (مشکلات قلبی) "وقتی فعالیت ورزشی یا بازی می‌کنم در قفسه سینه‌ام احساس درد یا فشار می‌کنم" با بخش (مشکلات شناختی) بار عاملی متقاطع دارد. اما بار عاملی بیشتری در بخش (مشکلات قلبی) نشان می‌دهد و قابل اغماض است. همچنین سؤال ۴ بخش (مشکلات شناختی) "برایم سخت است که توجه ام را به چیزی متمرکز کنم" با بخش (مشکل در برقراری ارتباط) بار عاملی متقاطع داشت اما چون بار عاملی بیشتری در بخش (مشکلات شناختی) داشت در این بخش قرار گرفت. سؤال ۱ بخش (مشکل در برقراری ارتباط) "برایم سخت است که احساسم را به دکترها یا پرستارها بگویم" با بخش

(اضطراب درمان) بار عاملی متقاطع دارد؛ اما بار عاملی بیشتری در بخش (مشکل در برقراری ارتباط) نشان می‌دهد و قابل اغماض است. سؤال ۳ بخش (مشکل در برقراری ارتباط) "برایم سخت است که بیماری قلبی ام را برای دیگران توضیح دهم" با بخش (مشکلات شناختی) بار عاملی متقاطع دارد و بار عاملی بیشتری در بخش (مشکلات شناختی) نشان می‌دهد. سؤال ۱ بخش (مشکلات شناختی) "وقتی چیزی اذیت می‌کند نمی‌دانم چه کاری باید انجام بدهم" با بخش (مشکل در برقراری ارتباط) بار عاملی متقاطع دارد و بار عاملی بیشتری در بخش (مشکلات شناختی) نشان می‌دهد.



شکل ۱. نمودار صخره‌ای قسمت اول حاصل از تحلیل عاملی پرسشنامه خود گزارشی نوجوان

نمودار صخره‌ای نشان می‌دهد که ۴ عامل مقدار ارزش ویژه بالاتر از ۱ دارند که این تعداد عامل استخراج شده تأیید کننده تعداد آزمون‌های فرعی ساخته شده توسط مؤلفین پرسشنامه است.

**قسمت دوم:** ابتدا یک تحلیل عاملی با روش مؤلفه اصلی و چرخش واریمکس جهت حدس تعداد عامل‌های ممکن اجرا شد که ۴ عامل داد. سپس روش عامل یابی شامل مؤلفه‌های اصلی، محورهای اصلی و بیشینه درست نمایی با دو نوع چرخش واریمکس و ابلیمین مستقیم و با درخواست ۲، ۳ و ۴ عامل و در مجموع ۱۸ ماتریس عاملی انجام شد. روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریمکس بهترین ساختار را به دست داد که در ادامه به طور مشروح گزارش می‌شود.

مقدار KMO برابر با ۰/۶۸۹ و مقدار مجذور کای انتقال یافته آزمون کرویت بارلت برابر با ۱۲۵/۵۸۰ به دست آمد که با درجه آزادی ۲۸ معنادار بود ( $P \leq ۰/۰۰۱$ )؛ بنابراین ماتریس عامل پذیر بود و اجرای تحلیل عاملی بر پایه ماتریس مورد مطالعه قابل توجیه بود؛ سپس، برای تعیین اینکه پرسشنامه از چند عامل اشباع شده شاخص‌های ارزش ویژه، نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل و نمودار اسکری مورد توجه قرار گرفت.

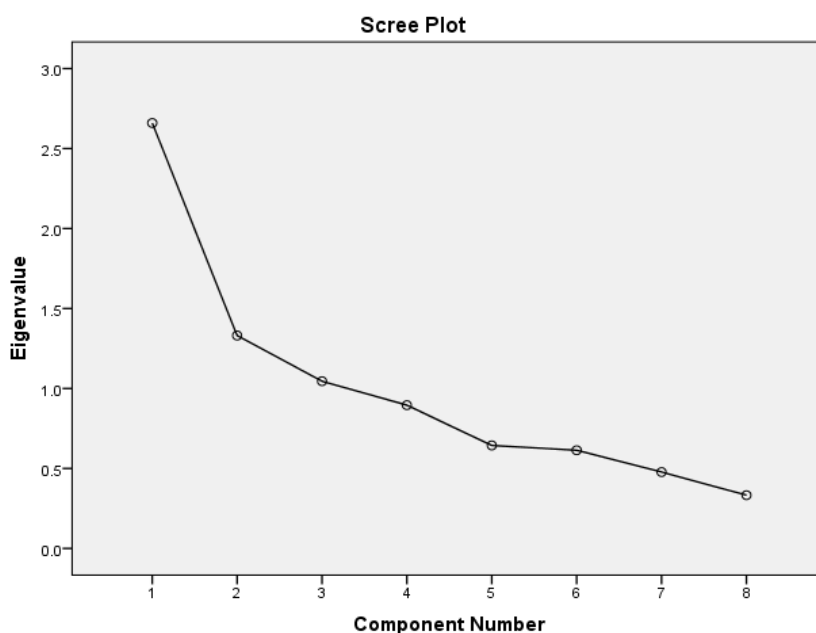
بر این اساس ۳ عامل با ارزش ویژه بالاتر از ۱ استخراج شد که این عامل‌ها مجموعاً ۶۲/۷۸۷ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین نمودند. پرسشنامه اصلی ۲ عامل از این تعداد گویه به دست داده بود؛ بنابراین عامل جدید بررسی و نام‌گذاری خواهد شد. عامل اول دارای ارزش ویژه ۱/۸۰۳ و ۲۲/۵۴۱ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند. عامل دوم دارای ارزش ویژه ۱/۷۷۰ و ۲۲/۱۲۷ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند. عامل سوم دارای ارزش ویژه ۱/۴۵۰ و ۱۸/۱۱۹ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند.

جدول زیر بار عاملی هر یک از سؤالات در سه عامل پرسشنامه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌کنید سؤال ۳ بخش (ادراک نوجوان از ظاهر فیزیکی) با ۰/۸۹۵ دارای بیشترین بار عاملی و سؤال ۲ بخش (ادراک کودک از ظاهر فیزیکی) با ۰/۴۷۸ دارای کمترین بار عاملی می‌باشند. سؤال ۳ بخش (مشکل مصرف دارو) با بخش (عوارض دارو) بار عاملی متقاطع دارد

که با توجه به اینکه بار عاملی بیشتری را در بخش (مصرف دارو) نشان می‌دهد قابل‌اغماض است. سؤال ۱ بخش (مصرف دارو) با بخش (ادراک کودک از ظاهر فیزیکی) و بخش (مشکل اثر جانبی دارو) بار عاملی متقاطع دارد که با توجه به اینکه بار عاملی بیشتری را در بخش (مصرف دارو) نشان می‌دهد قابل‌اغماض است. سؤال ۲ بخش (ادراک کودک از ظاهر فیزیکی) با بخش (مصرف دارو) بار عاملی متقاطع دارد که بار عاملی بیشتری در بخش (ادراک کودک از ظاهر فیزیکی) نشان می‌دهد.

جدول ۳. بارهای عاملی حاصل از راه‌حل ۳ عاملی با چرخش متعامد واریمکس

اشتراکات	عوامل			ماده‌ها
	مشکل عوارض دارو	مشکل مصرف دارو	ادراک کودک از ظاهر فیزیکی	
۰/۷۲۰	-۰/۳۷۲		۰/۷۲۸	۳-۲ من فراموش می‌کنم که داروهایم را بخورم
۰/۵۲۱			۰/۷۰۲	۲-۲ برایم سخت است که دارو بخورم
۰/۷۲۳	۰/۳۷۴	۰/۴۰۸	۰/۶۴۵	۱-۲ از مصرف داروهای قلبی‌ام خودداری می‌کنم
۰/۷۴۹		۰/۸۵۹		۳-۳ وقتی که دیگران به من نگاه می‌کنند خجالت می‌کشم
۰/۵۴۰		۰/۶۶۵		۱-۳ احساس می‌کنم ظاهرم خوب نیست
۰/۴۹۸		۰/۴۷۸	۰/۴۵۲	۲-۳ دوست ندارم دیگران جای زخم مرا ببینند
۰/۶۴۱	۰/۷۳۰			۵-۲ درباره اثرات سوء داروهای قلبی‌ام نگرانم
۰/۶۳۱	۰/۷۲۶			۴-۲ داروهای قلبی‌ام احساس ناخوشی در من ایجاد می‌کنند
	۱/۴۵۰	۱/۷۷۰	۱/۸۰۳	ارزش ویژه
	۱۸/۱۱۹	۲۲/۱۲۷	۲۲/۵۴۱	درصد واریانس تبیین شده



شکل ۲. نمودار صخره‌ای قسمت دوم حاصل از تحلیل عاملی پرسشنامه خود گزارشی نوجوان

نمودار صخره‌ای نشان می‌دهد که ۳ عامل مقدار ارزش ویژه بالاتر از ۱ دارند که این تعداد عامل استخراج شده با تعداد آزمون‌های فرعی ساخته شده توسط مؤلفین پرسشنامه متفاوت است.

برای تعیین روایی سازه پرسشنامه والدین و استخراج عوامل پرسشنامه پروکسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نسخه سوم از تحلیل عاملی استفاده شد. پرسشنامه پاسخ داده شده توسط والدین نیز به دلیل اینکه از ۱۸۰ نمونه پژوهش، برخی از نوجوانان تحت عمل جراحی قرار نگرفته بودند و فقط ۱۱۵ نفر از آن‌ها به بخش ۳ (ظاهر فیزیکی ادراک شده) پاسخ داده بودند و نیز برخی دارو مصرف نمی‌کردند و فقط ۱۱۶ نفر از آن‌ها به بخش ۲ (مصرف دارو) پاسخ داده بودند، جهت تحلیل عاملی به دو بخش تقسیم شد و هر قسمت به‌طور جداگانه تحلیل شد.

**قسمت اول:** ابتدا یک تحلیل عاملی با روش مؤلفه اصلی و چرخش واریمکس جهت حدس در مورد تعداد عامل‌های ممکن اجرا شد که ۶ عامل داد. سپس ۳ روش عامل یابی شامل مؤلفه‌های اصلی، محورهای اصلی، بیشینه درست نمایی با دو نوع چرخش واریمکس و ابلیمین مستقیم با درخواست ۳، ۴، ۵ و ۶ عامل انجام شد که در مجموع ۳۶ تحلیل عاملی به دست داد. نتایج نشان داد که روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریمکس بهترین ساختار با کمترین بار عاملی متقاطع را نشان می‌دهد که در ادامه به‌طور مفصل گزارش می‌شود.

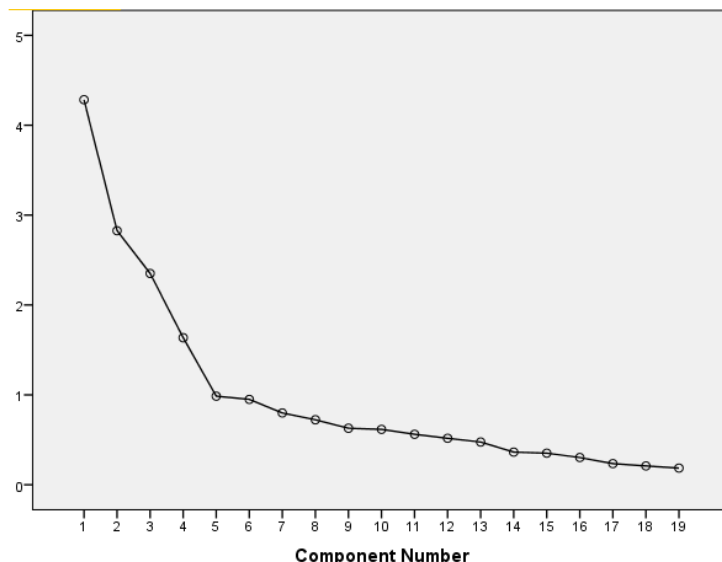
مقدار KMO برابر با ۰/۷۸۷ و مقدار مجذور کای انتقال‌یافته آزمون کرویت بارتلست برابر با ۹۹۸/۲۶۷ به دست آمد که با درجه آزادی ۱۷۱ معنادار بود ( $P \leq ۰/۰۰۰۱$ )؛ بنابراین ماتریس عامل پذیر بود و اجرای تحلیل عاملی بر پایه ماتریس مورد مطالعه قابل توجیه بود. بر این اساس ۴ عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک استخراج شد که این عامل‌ها مجموعاً ۵۸/۴۰۳ درصد از واریانس کل پرسشنامه ۴ عاملی را تبیین نمودند. همچنین بررسی جدول کل واریانس تبیین شده نشان داد که عامل اول (مشکلات قلبی) دارای ارزش ویژه ۳/۴۷۰ و ۱۸/۲۶۳ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند. پس از آن عامل دوم (اضطراب درمان) با ارزش ویژه ۳/۲۴۷ و درصد واریانس ۱۷/۰۸۸، عامل سوم (مشکل در برقراری ارتباط) با ارزش ویژه ۲/۲۲۱ و درصد واریانس ۱۱/۶۶۸، عامل چهارم (مشکلات شناختی) با ارزش ویژه ۲/۱۵۹ و ۱۱/۳۶۴ درصد از کل واریانس پرسشنامه را برآورد می‌کند.

#### جدول ۴. بارهای عاملی حاصل از راه‌حل ۴ عاملی با چرخش متعامد واریمکس

اشتراکات	بار عاملی			ماده‌ها	
	مشکلات قلبی	اضطراب درمان	مشکل در برقراری ارتباط		
۰/۱۶۷۰	۰/۸۱۶			۱-۲ وقتی فعالیت ورزشی یا بازی پرتحرکی می‌کند احساس درد یا فشار در قفسه سینه می‌کند	
۰/۶۳۸	۰/۷۸۲			۱-۱ وقتی فعالیت ورزشی یا بازی پرتحرکی انجام می‌دهد دچار تنگی نفس می‌شود	
۰/۵۳۶	۰/۷۱۵			۱-۵ وقتی که می‌دود رنگ لب‌هایش کبود می‌شود	
۰/۵۱۱	۰/۶۷۸			۱-۴ قلبش تند می‌زند	
۰/۴۸۲	۰/۶۷۰			۱-۶ شب‌ها به خاطر تنگی نفس از خواب می‌پرد	
۰/۳۶۰	۰/۵۷۲			۱-۷ بیشتر از دوستانش نیاز به استراحت دارد	
۰/۴۵۴	۰/۵۶۵			۱-۳ به راحتی سرما می‌خورد	
۰/۸۱۳	۰/۸۹۹				
۰/۸۰۴	۰/۸۸۷			۴-۱ وقتی منتظر است تا دکتر را ببیند می‌ترسد	
۰/۷۷۸	۰/۸۷۹			۴-۳ برای رفتن به بیمارستان می‌ترسد	
۰/۷۷۱	۰/۸۵۹			۴-۲ از دکتر رفتن می‌ترسد	
				۴-۴ زمان‌هایی که باید تحت درمان‌های پزشکی قرار بگیرد می‌ترسد	
۰/۶۹۳	۰/۸۱۵			۶-۱ احساسش را به دکترها و پرستارها می‌گوید	
۰/۶۴۱	۰/۷۹۷			۶-۲ از دکترها یا پرستارها سؤال می‌پرسد	
۰/۳۵۸	۰/۵۶۹			۶-۳ مشکل قلبی‌اش را برای دیگران توضیح می‌دهد	
۰/۳۶۹	۰/۵۴۰			۵-۱ وقتی که چیزی اذیتش می‌کند می‌داند چه کار کند	
۰/۲۹۳	۰/۳۲۶	۰/۴۲۵		۵-۵ وقتی چیزی می‌خواند آن را به خاطر می‌سپرد	
۰/۶۷۷	۰/۷۹۶			۵-۳ در نوشتن مشق یا تکالیف مدرسه مشکل دارد	
۰/۶۴۰	۰/۷۹۰			۵-۲ حل مسائل ریاضی برایش مشکل است	
۰/۶۰۸	۰/۷۶۰			۵-۴ توجه کردن برایش مشکل است	
	۲/۱۵۹	۲/۲۲۱	۳/۲۴۷	ارزش ویژه	
	۱۱/۳۶۴	۱۱/۶۸۸	۱۷/۰۸۸	۱۸/۲۶۳	درصد واریانس تبیین شده

جدول بالا بار عاملی هر یک از سؤالات در ۴ عامل اولیه پرسشنامه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌کنید همه سؤالات از بار عاملی قابل قبولی برخوردار هستند. کمترین بار عاملی مربوط به سؤال ۵ بخش (مشکلات شناختی) با ۰/۳۲۶ و بیشترین بار عاملی مربوط به سؤال ۱ بخش (اضطراب درمان) ۰/۸۹۹ می‌باشد.

سؤال ۱ (بخش مشکلات شناختی) بار عاملی خود را در بخش (مشکل در برقراری ارتباط) نشان می‌دهد. سؤال ۵ (بخش مشکلات شناختی) بار عاملی بیشتری در بخش (مشکل در برقراری ارتباط) نشان داده است.



شکل ۳. نمودار صخره‌ای حاصل از تحلیل عاملی قسمت اول پرسشنامه گزارش والدین

نمودار صخره‌ای نشان می‌دهد که ۴ عامل مقدار ارزش ویژه بالاتر از ۱ دارند که این تعداد عامل استخراج شده تأیید کننده تعداد آزمون‌های فرعی ساخته شده توسط مؤلفین پرسشنامه است.

**قسمت دوم:** ابتدا یک تحلیل عاملی با روش مؤلفه اصلی و چرخش واریمکس جهت حدس در مورد تعداد عامل‌های ممکن اجرا شد که ۴ عامل داد. سپس روش عامل یابی شامل مؤلفه‌های اصلی، محورهای اصلی و بیشینه درست نمایی با دو نوع چرخش واریمکس و ابلیمین مستقیم و با درخواست ۲، ۳ و ۴ عامل و در مجموع ۱۸ ماتریس عاملی انجام شد. روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریمکس بهترین ساختار را به دست داد که در ادامه به‌طور مشروح گزارش می‌شود.

مقدار KMO برابر با ۰/۶۹۱ و مقدار مجذور گای انتقال یافته آزمون کرویت بارتلت برابر با ۱۲۳/۸۰۱ به دست آمد که با درجه آزادی ۲۸ معنادار بود ( $P \leq ۰/۰۰۰۱$ )؛ بنابراین علاوه بر کفایت نمونه‌برداری، اجرای تحلیل عاملی بر پایه ماتریس مورد مطالعه قابل توجیه بود.

بر این اساس ۳ عامل با ارزش ویژه بالاتر از ۱ استخراج شد که این عامل‌ها مجموعاً ۶۳/۱۹۳ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین نمودند. پرسشنامه اصلی ۲ عامل از این تعداد گویه به دست داده بود؛ بنابراین عامل جدید بررسی و نام‌گذاری خواهد شد. عامل اول دارای ارزش ویژه ۲/۰۱۰ می‌باشد و ۲۵/۱۲۴ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند. عامل دوم دارای ارزش ویژه ۱/۷۱۶ می‌باشد و ۲۱/۴۷۹ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند. عامل سوم دارای ارزش ویژه ۱/۳۲۷ و ۱۶/۵۹۰ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند.

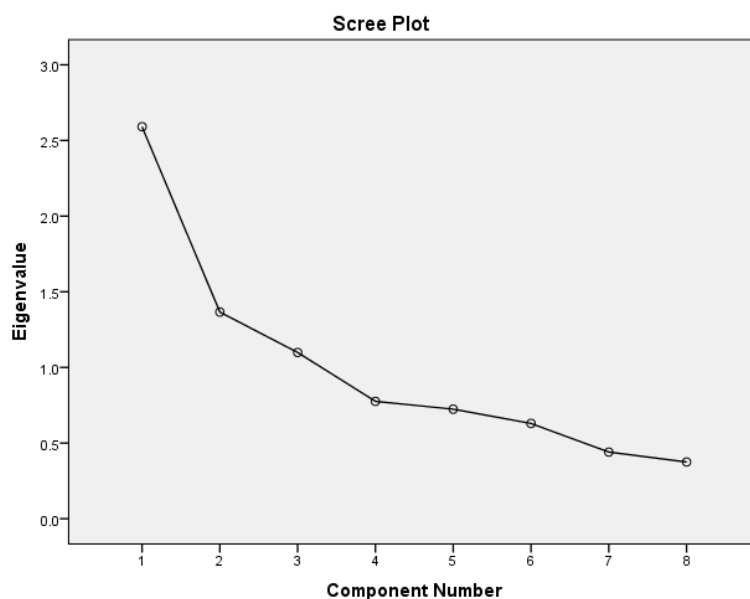
جدول زیر مقدار بار عاملی هر یک از سؤالات در ۳ عامل به دست آمده پرسشنامه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌کنید همه سؤالات از واریانس قابل قبولی برخوردار بودند. بیشترین واریانس مربوط به سؤال ۱ بخش (مشکل با مصرف دارو) با ۰/۸۷۰ و کمترین بار عاملی مربوط به سؤال ۳ بخش (مشکل با مصرف دارو) ۰/۵۷۶ هست. سؤال ۳ بخش (مشکل با مصرف دارو) با بخش (ظاهر فیزیکی ادراک شده) بار عاملی متقاطع دارد که با توجه به اینکه بار عاملی بیشتری را در بخش (مشکل با مصرف دارو) نشان می‌دهد قابل اغماض است. سؤال ۱ بخش (ظاهر فیزیکی ادراک شده) با بخش (مشکل با مصرف دارو) بار عاملی متقاطع دارد که بار عاملی بیشتری را در بخش (ظاهر فیزیکی ادراک شده) نشان می‌دهد.

نمودار صخره‌ای نشان می‌دهد که ۳ عامل مقدار ارزش ویژه بالاتر از ۱ دارند که این تعداد عامل استخراج شده بیشتر از تعداد عامل‌های تأیید شده توسط مؤلفین پرسشنامه است.

نتایج روایی همگرا نشان داده است که پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گزارش شده توسط نوجوان با پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه عمومی آن دارای همبستگی مثبت قابل قبولی (۰/۷۷۲) با معناداری (P ≤ ۰/۰۰۱) هست.

جدول ۵. بارهای عاملی حاصل از راه حل ۳ عاملی با چرخش متعامد واریمکس

اشتراکات	بار عاملی			گویه‌ها
	مشکل عوارض دارو	مشکل با مصرف دارو	ظاهر فیزیکی ادراک شده	
۰/۷۵۷		۰/۸۷۰		۱-۲ از خوردن داروی قلبی‌اش خودداری می‌کند
۰/۷۲۷		۰/۸۲۰		۲-۲ برایش سخت است که دارو بخورد
۰/۴۳۷		۰/۵۷۶	۰/۳۲۰	۳-۲ فراموش می‌کند داروی قلبی‌اش را مصرف کند
۰/۶۷۰		۰/۸۰۲		۲-۳ دوست ندارد دیگران جای زخم او را ببینند
۰/۵۴۶		۰/۷۳۸		۳-۳ از اینکه دیگران بدنش را ببینند خجالت می‌کشد
۰/۵۹۳		۰/۴۴۸	۰/۶۲۶	۱-۳ احساس می‌کند که ظاهر خوبی ندارد
۰/۶۷۵	۰/۸۱۳			۴-۲ داروهای قلبی‌اش احساس ناخوشی در او ایجاد می‌کند
۰/۶۴۶	۰/۷۷۷			۵-۲ درباره اثرات سوء داروهایش نگران است.
	۱/۳۲۷	۱/۷۱۸	۲/۰۱۰	ارزش ویژه
	۱۶/۵۹۰	۲۱/۴۷۹	۲۵/۱۲۴	درصد واریانس تبیین شده



شکل ۴. نمودار صخره‌ای حاصل از تحلیل عاملی قسمت دوم مقیاس والدین پرسشنامه گزارش والدین

نتایج روایی واگرا نشان داده است که نمره کلی به دست آمده از پرسشنامه گزارش والدین با نمره به دست آمده از بخش اضطراب پرسشنامه CSI4 که توسط والدین گزارش شده است ۰/۲۸۳- است که رابطه منفی باهم دارند.

برای بررسی همسانی درونی سؤالات پرسشنامه خود گزارشی نوجوانان دارای بیماری قلبی از آلفا کرونباخ استفاده شد. نتایج نشان داده است شاخص آلفای کرونباخ برای کل ابزار (۲۷ سؤال) ۰/۸۲۷ که نشان‌دهنده این است ابزار از همسانی درونی قابل قبول برخوردار است؛ اما بعد مربوط به اثرات جانبی دارو با دو سؤال ۰/۳۴۷ دارای همسانی درونی پایینی است. نتایج حاصل از محاسبه آلفا کرونباخ در ابعاد دیگر شامل مشکلات قلبی با هفت سؤال ۰/۶۸۴، مصرف دارو با سه سؤال ۰/۶۲۴، ادراک کودک از ظاهر فیزیکی با سه سؤال ۰/۶۰۵، اضطراب درمان با چهار سؤال ۰/۸۹۹، مشکلات شناختی با پنج سؤال ۰/۶۲۳

و مشکلات برقراری ارتباط با پزشکان شامل سه سؤال ۰/۵۹۰ به دست آمد که همسانی درونی قابل قبولی را نشان داد؛ بنابراین بعد مشکلات مربوط به اثر جانبی دارو با کمترین همبستگی درونی و اضطراب درمان بیشترین همبستگی درونی را دارند. برای محاسبه همسانی درونی پرسشنامه گزارش شده توسط والدین نوجوانان نیز از آلفا کرونباخ استفاده شد. نتایج نشان داده است شاخص آلفای کرونباخ برای کل ابزار (۲۷ ماده) ۰/۷۸۰ که نشان‌دهنده این است ابزار از همسانی درونی قابل قبول برخوردار است؛ اما بعد مربوط به اثرات جانبی دارو با دو سؤال ۰/۴۴۳ دارای همسانی درونی پایینی است. نتایج حاصل از محاسبه آلفا کرونباخ در ابعاد دیگر شامل مشکلات قلبی با هفت سؤال ۰/۸۱۵، مصرف دارو با سه سؤال ۰/۶۹۱، ادراک کودک از ظاهر فیزیکی با سه سؤال ۰/۶۳۳، اضطراب درمان با چهار سؤال ۰/۹۱۱، مشکلات شناختی با پنج سؤال ۰/۶۹۹ و مشکلات برقراری ارتباط با پزشکان شامل سه سؤال ۰/۵۱۵ به دست آمد که همسانی درونی قابل قبولی را نشان داد؛ بنابراین بعد مشکلات مربوط به اثر جانبی دارو با کمترین همبستگی درونی و اضطراب درمان بیشترین همبستگی درونی را دارند. همچنین جهت تعیین اعتبار بازمایه پرسشنامه سه تا چهار هفته پس از اجرای اولیه، مجدداً از ۳۰ نفر از نوجوانان و والدینی که از قبل شماره تماس آن‌ها دریافت شده بود به صورت تلفنی پرسیده شد. نتایج تحلیل آماری در همه ابعاد اعتبار خوبی نشان داد.

جدول ۶. ضریب همبستگی بین نمرات آزمون-بازآزمون در پرسشنامه کودک و پروکسی

همبستگی	پرسشنامه والدین	همبستگی	پرسشنامه کودک
۰/۹۰۰	مشکلات قلبی	۰/۹۱۳	مشکلات قلبی
۰/۹۸۲	مصرف دارو	۰/۶۷۸	مصرف دارو
۰/۶۳۲	عوارض دارویی	۰/۳۰۵	عوارض دارویی
۰/۷۳۶	ظاهر فیزیکی ادراک شده	۰/۷۱۴	ظاهر فیزیکی ادراک شده
۰/۹۴۲	اضطراب درمان	۰/۹۵۹	اضطراب درمان
۰/۸۶۳	عملکرد شناختی	۰/۹۲۱	عملکرد شناختی
۰/۸۱۰	برقراری ارتباط	۰/۸۴۹	برقراری ارتباط

معناداری (P &lt; ۰/۰۰۱)

به منظور همبستگی متقابل بین دو فرم والد و کودک، بین ادراک والدین و کودکان از کیفیت زندگی کودکان مبتلا به بیماری قلبی، همبستگی ۰/۳۹۲ در سطح  $P < ۰/۰۱$  نسبت به کل کیفیت زندگی وجود دارد. در همه ابعاد همبستگی خوبی نشان داده شد.

جدول ۷. همبستگی بین گزارش کودک و والد

ضریب همبستگی پیرسون بین گزارش کودک و والد (پروکسی)			ابعاد
p	N	r	
۰/۰۱	۱۸۰	۰/۶۰۷	مشکلات قلبی
۰/۰۱	۱۱۵	۰/۳۹۸	مشکل در مصرف دارو
۰/۰۵	۱۱۵	۰/۲۰۳	عوارض دارو
۰/۰۵	۱۱۶	۰/۲۱۶	ظاهر فیزیکی ادراک شده
۰/۰۱	۱۸۰	۰/۴۷۶	اضطراب درمان
۰/۰۱	۱۸۰	۰/۳۹۰	مشکلات شناختی
۰/۰۵	۱۸۰	۰/۱۷۰	برقراری ارتباط
۰/۰۱	۱۸۰	۰/۳۹۲	کل

## ● بحث

مطالعه حاضر ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال را در جامعه ایرانی بررسی کرد. نتایج در مورد روایی و اعتبار نسخه ایرانی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی توسط نوجوان و والد (نسخه پروکسی) گزارش شده بود نشان داد.



در پاسخ به سؤال اول ترجمه و انطباق پرسشنامه طی دو اجرای مقدماتی واصلی مورد تأیید متخصصان قرار گرفت در پاسخ به سؤال دوم روایی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نسخه سوم از دو روش روایی سازه با آزمون تحلیل عاملی اکتشافی و روایی همگرا و اگر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه نوجوان و پرسشنامه گزارش والدین (پروکسی) برخلاف نسخه اصلی انگلیسی آن (یوزارک، جونز، بوروینکل و وارنی، ۲۰۰۳) ۷ مؤلفه اصلی از ۲۷ ماده به دست داد. همان‌گونه که دریافت شده نیز توضیح داده شد به دلیل اینکه تعدادی از نمونه‌ها جراحی نداشتند فقط ۱۱۶ نفر از ۱۸۰ نمونه به عامل (اداره از ظاهر فیزیکی) پاسخ داده بودند و نیز برخی دارو مصرف نمی‌کردند فقط ۱۱۵ نفر به عامل مصرف دارو پاسخ داده بودند، جهت تحلیل عاملی، عوامل به دو بخش تقسیم شدند و هر قسمت به‌طور جداگانه تحلیل شد؛ بنابراین در ادامه به تبیین مؤلفه‌های پرسشنامه هادر دو بخش جداگانه اشاره خواهد شد. در قسمت اول پرسشنامه گزارش والدین اکثر سؤالات منفی پرسیده شده‌اند به‌جز سه سؤال بعد مشکل در برقراری ارتباط که به‌صورت مثبت پرسیده شده است و دو تا از سؤالات بعد مشکلات شناختی، سؤال ۵ بخش (مشکلات شناختی) "وقتی چیزی می‌خواند آن را به خاطر می‌سپارد" و دیگری سؤال ۱ بخش (مشکلات شناختی) "وقتی که چیزی اذیتش می‌کند می‌داند چه کار کند" در بخش (مشکل در برقراری ارتباط) قرار گرفته است. اگرچه این سؤالات در نهایت هنگام تحلیل داده‌ها معکوس شده‌اند. به نظر می‌رسد بهتر است سؤال ۵ بخش (مشکلات شناختی) "وقتی چیزی می‌خواند آن را به خاطر می‌سپارد" همانند بقیه سؤالات منفی و این‌گونه پرسیده شود "برایش سخت است درس‌هایش را حفظ کند"؛ و سؤال ۱ بخش (مشکلات شناختی) "وقتی که چیزی اذیتش می‌کند می‌داند چه کار کند" نیز بهتر است منفی پرسیده شود و به‌جای عبارت "چیزی اذیتش می‌کند" که امکان دارد این‌گونه برداشت شود "کسی اذیتش می‌کند" از عبارت "مسئله‌ای آزارش می‌دهد" استفاده شود که بیشتر جنبه شناختی داشته باشد و با جمله "برایش مشکل است بفهمد وقتی مسئله‌ای آزارش می‌دهد آن را چگونه حل کند" جایگزین گردد و مجدداً با تحلیل عاملی بررسی شود.

در قسمت اول پرسشنامه خود گزارشی نوجوان سؤال ۳ بخش (مشکل در برقراری ارتباط) "مشکل قلبی‌اش را برای دیگران توضیح می‌دهد" با توجه به اینکه واریانس کمی از بخش برقراری ارتباط و واریانس بیشتری در بخش مشکلات شناختی نشان می‌دهد به نظر می‌رسد بهتر است به‌جای "توضیح دادن" که شاید بار شناختی دارد، کلمه بازگو کردن به دیگران بیاید که بیشتر بار ارتباطی دارد. به این صورت که "برایش سخت است به دیگران بگوید مشکل قلبی دارد" پرسیده شود.

در قسمت دوم همان‌گونه که در جدول شماره ۵ و جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود در تحلیل عاملی اکتشافی توسط پژوهشگر ۳ عامل به‌دست‌آمده است در صورتیکه پرسشنامه اصلی دو عامل دیده می‌شود: بخش (درمان دارویی) و بخش (ظاهر فیزیکی ادراک شده). سؤالات ۱ تا ۳ بخش (درمان دارویی) تبدیل به یک عامل جدا از سؤالات ۴ و ۵ همان بخش شده است. به نظر می‌رسد سؤالات ۱ تا ۳ مربوط به تمایل یا مقاومت نسبت به مصرف دارو به دلایل گوناگون باشد که می‌توان "مشکل در مصرف دارو" نام‌گذاری کرد و قسمت دوم یعنی سؤالات ۴ و ۵ بیشتر به عوارض دارو و نگرانی مربوط به آن است که می‌توان بانام دیگری با عنوان "عوارض دارو" نام‌گذاری نمود.

در پاسخ به سؤال سوم پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نسخه سوم با پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی نسخه چهارم روایی همگرای قابل قبولی با همبستگی (۰/۷۷۲) نشان داد. این یافته همسو با (یوزارک، جونز، بوروینکل و وارنی، ۲۰۰۳؛ برکز، پاتاک، کیس و همکاران، ۲۰۱۰؛ دوناسیمنتو موراس، ترتی، هیلاریو و لن، ۲۰۱۳؛ سند، کلیجاییک، سانگارد، ۲۰۱۳) بوده است که نشان‌دهنده این است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گزارش شده باکیفیت زندگی عمومی آن‌ها ارتباط مستقیم دارد.

در پاسخ به سؤال چهارم پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نسخه سوم گزارش والدین با نمره به‌دست‌آمده از بخش اضطراب پرسشنامه CSI4 که توسط والدین گزارش شده است دارای همبستگی منفی بوده است؛ و نشانگر ارتباط کیفیت زندگی بالاتر با اضطراب کمتر می‌باشد. در برخی مطالعات جهت ارزیابی روایی و اگر از گروه‌های متفاوت بیماران بر اساس شدت بیماری استفاده کردند؛ و نتایج آن مطالعات نشان دادند افرادی که شدت بیماری‌شان بیشتر است

نسبت به افرادی با بیماری خفیف‌تر در پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نمرات پایین‌تری به دست آوردند (یوزارک، جونز، بوروینکل و وارنی، ۲۰۰۳؛ برکز، پاتاکی، کیس و همکاران، ۲۰۱۰؛ دوناسیمتوموراس، ترتی، هیلاریو و لن، ۲۰۱۳؛ اسکرپلی، پایوا، پوردوس و همکاران، ۲۰۰۸).

در پاسخ به سؤال پنجم و ششم و هفتم اعتبار پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نسخه سوم از دو جهت اعتبار به روش بازآزمایی و همخوانی درونی بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در هر دو پرسشنامه نوجوان (۰/۸۲۷) و پروکسی (۰/۷۸۰) قابل قبول بود. طراحان نسخه اصلی پرسشنامه برای همسانی درونی ابعاد پرسشنامه خود گزارشی نوجوان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تا ۰/۸۵ و برای پرسشنامه گزارش توسط والدین ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ را گزارش نموده‌اند (یوزارک و همکاران، ۲۰۰۳). نسخه اسپانیایی برای همسانی درونی ابعاد پرسشنامه خودگزارشی نوجوان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ و برای پرسشنامه گزارش توسط والدین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تا ۰/۹۶ را گزارش کردند (گنزالزگیل، مندوزاسوتو، الونسویوت، ۲۰۱۲). نسخه مجارستانی نیز برای همسانی درونی ابعاد پرسشنامه خود گزارشی نوجوان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ و برای پرسشنامه گزارش توسط والدین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ را گزارش کردند (برکز و همکاران، ۲۰۱۰). نسخه برزیلی در مقیاس پروکسی مقادیر بالایی و در مقیاس خود گزارشی دهی در همه ابعاد به‌جز درمان دارویی (۰/۵۸) مقادیر خوبی نشان داد (دوناسیمتوموراس و همکاران، ۲۰۱۳). بررسی اعتبار به روش بازآزمایی نشانگر بالا بودن اعتبار هر دو پرسشنامه والد و کودک در همه ابعاد همسو با پژوهش‌های (دوناسیمتوموراس و همکاران، ۲۰۱۳؛ یوزارک، جونز، بوروینکل و وارنی، ۲۰۰۳) بود. بین ابعاد مشکلات قلبی، اضطراب درمان، مشکلات شناختی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نسخه سوم گزارش والدین و خودگزارشی نوجوان همبستگی قابل قبولی به دست آمد که همسو پژوهش‌های مشابه (یوزارک و همکاران، ۲۰۰۳؛ برکز و همکاران، ۲۰۱۰؛ دوناسیمتوموراس و همکاران، ۲۰۱۳؛ الایزر و مورس، ۲۰۰۱) است. بین ابعاد عوارض دارو، ظاهر فیزیکی ادراک شده و برقراری ارتباط پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نسخه سوم گزارش والدین و خود گزارشی نوجوان همبستگی پایینی به دست آمد که همسو با پژوهش (بویانیچ، گریلیچ، ووکویچ، امرزا، گروبیچ، چلتا، ۲۰۱۸) است.

بین ادراک والدین و نوجوان از کیفیت زندگی کودکان مبتلا به بیماری قلبی، در همه ابعاد به‌غیر از بعد برقراری ارتباط و عوارض دارو نسبتاً خوبی نشان داده شد که علت می‌تواند این باشد که برخی والدین این بیماران به خاطر اینکه می‌ترسند کودکشان دچار بیماری دیگری بشوند فعالیت بدنی و ارتباطات اجتماعی فرزندانشان را بسیار محدود می‌کنند (وری، سنسکی، ۲۰۰۱).

## • نتیجه‌گیری

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نوجوانان دارای بیماری قلبی نسخه سوم گزارش والدین و خود گزارشی نوجوان از روایی و اعتبار قابل قبولی در جامعه ایرانی برخوردار است؛ بنابراین می‌توان از آن به‌عنوان ابزار معتبری در سنجش کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مادرزادی قلبی در کلینیک‌های سلامت و نیز تحقیقات بالینی استفاده نمود.

از محدودیت‌هایی پژوهش شایان‌ذکر است که وضعیت خاص شناختی و هیجانی نوجوانان دارای بیماری قلبی مادرزادی مانند خستگی و بی‌حوصلگی ناشی از بیماری و حضور در بیمارستان ممکن است بر کیفیت جمعی آوری اطلاعات و پاسخ‌دهی نوجوان به سؤالات پرسشنامه تأثیر گذاشته باشد.

از دیگر محدودیتهای روش شناختی که باید مورد توجه قرار گیرد این است که ابعاد این پرسشنامه برای پوشش کامل تجربه بیمار کافی نیست؛ زیرا باورها و تعصبات قومیتی و نژادی و مذهبی ادراک بیماری فرد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی راتحت تأثیر قرار می‌دهد که پرسشنامه کیفیت زندگی مورد مطالعه قادر به سنجش آن نیست.

از آنجا که همه نوجوان مطالعه آگاه بودند که تحت نظارت دیگران هستند، این آگاهی ممکن است منجر به پاسخ های مغرضانه ای شده باشد که تحت عنوان اثر هاتورن شناخته می شوند. عدم تمایل تمام دعوت شوندگان در انجام طرح تحقیقاتی، مسائل فرهنگی و قومیتی، خستگی و بی حوصلگی ناشی از بیماری و محیط بیمارستان و استفاده از نمونه در دسترس که اغلب شرکت کنندگان از سطح اقتصادی و اجتماعی پایینی برخوردار بودند از دیگر محدودیت هایی بود که در قدرت تعمیم پذیری نتایج تاثیر گذار است و مهمترین نکته این است که نحوه پاسخ بیماران به سوالات پرسشنامه در معرض تغییر در روند پیشرفت و شدت بیماری، در دوره سلامتی قرار می گیرد برای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی مطالعات طولی مورد نیاز است. لذا در پژوهش های بعدی این نکات توسط پژوهشگران در صورت امکان مدنظر قرار بگیرد تا نظام سلامت جهت ارائه بهتر خدمات بهداشتی به نوجوانان از آن ها بهره گیرد.

### نمره گذاری پرسشنامه

برای نمره گذاری این پرسشنامه ابتدا در هر عبارت به صورت زیر نمره دهید: هرگز: نمره ۱۰۰؛ خیلی کم: نمره ۷۵؛ گاهی اوقات: نمره ۵۰؛ اغلب: نمره ۲۵ و همیشه: نمره صفر. پس از به دست آوردن نمره هر عبارت، زیرمقیاسها به ترتیب زیر محاسبه می شود: مشکلات قلبی جمع نمرات سوالات ۱ تا ۷ تقسیم بر ۸؛ مشکل در مصرف دارو جمع نمرات سوالات ۷ تا ۱۰ تقسیم بر ۳؛ مشکل عوارض دارو جمع نمرات سوالات ۱۰ تا ۱۲ تقسیم بر ۲؛ ادراک نوجوان از ظاهر فیزیکی جمع نمرات سوالات ۱۲ تا ۱۵ تقسیم بر ۳؛ اضطراب درمان جمع نمرات سوالات ۱۵ تا ۱۹ تقسیم بر ۴؛ عملکرد شناختی جمع نمرات سوالات ۱۹ تا ۲۴ تقسیم بر ۵؛ برقراری ارتباط جمع نمرات سوالات ۲۴ تا ۲۷ تقسیم بر ۴؛ نمره کل جمع تمام سوالات تقسیم بر ۲۷. نمره به دست آمده برای هر زیرمقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ خواهد بود. نمره بالاتر به معنای داشتن کیفیت زندگی بالاتر و نمره پایین به معنی داشتن کیفیت زندگی پایین تر است. همچنین براساس منابع موجود، این پرسشنامه نمره برش ندارد. اما براساس شیوه نمره گذاری پرسشنامه می توان نمرات برش زیر را پیشنهاد داد: نمره کمتر از ۲۵: کیفیت زندگی پایین؛ نمره بین ۲۵ تا ۷۵: کیفیت زندگی متوسط و نمره بالاتر از ۷۵: کیفیت زندگی بالا.

### • منابع

- تاباکنیک، باربارا جی. فیدل، لیندا اس. (۲۰۱۳). کاربرد آمار چند متغیری. مترجمان: حسن پاشا شریفی، بلال ایزانلو، حمیدرضا حسن آبادی، ولی الله فرزدا، خدیجه ابوالمعالی، مجتبی حبیبی عسگرآباد (۱۳۹۶). تهران: انتشارات رشد.
- بشارت، محمدعلی؛ کشاورز، سمیرا؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و عربی، الهام (۱۳۹۷) نقش واسطه ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین روان سازه های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی، *مجله روانشناسی*، ۲۲ (۳)، ۲۵۶-۲۷۰.
- فرزاد، ولی اله؛ امامی پور، سوزان و وکیل قاهانی، فرشته (۱۳۹۰). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی کودکان کار. *تحقیقات روانشناختی*، ۳(۱۱)، ۴۷-۵۶.
- کلاتتری، مهرداد، نشاط دوست، حمید و زارعی، محمدباقر (۱۳۸۰). تاثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علایم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. *مجله روانشناسی*، ۵(۲)، ۱۱۸-۱۳۵.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۳). *بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال های پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی دانش آموزان ۶-۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران*. تهران، پژوهشکده کودکان استثنایی.
- موسوی، سیدولی اله، رضایی، سجاد؛ عاطفی کرجوندانی، ستاره و جوان پرست، حمید (۱۳۹۷) نقش واسطه ای منبع کنترل در رابطه بین روان بنه های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی نوجوانان. *مجله روانشناسی*، ۲۲(۲)، ۱۷۸-۱۷۲.
- Amiri, P., Eslamian, G., Mirmiran, P., Shiva, N., Jafarabadi, M. A., & Azizi, F. (2012). Validity and reliability of the Iranian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) Generic Core Scales in children. *Health and quality of life outcomes*, 10: 3, doi: 10.1186/1477-7525-10-3.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Berkes, A., Pataki, I., Kiss, M., Kemény, C., Kardos, L., Varni, J. W., & Mogyórosy, G. (2010). Measuring health-related quality of life in Hungarian children with heart disease: psychometric properties of the Hungarian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales and the Cardiac Module. *Health and quality of life outcomes*, 8(14). doi.org/10.1186/1477-7525-8-14.
- Bertoletti, J., Marx, G. C., Junior, H., Pedro, S., & Pellanda, L. C. (2014). Quality of Life and Congenital Heart Disease in Childhood and Adolescence. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 102(2), 192-198.

- Bojanić, K., Grizelj, R., Vuković, J., Omerza, L., Grubić, M., Čaleta, Weingarten, T. N., Schroeder, D. R., & Sprung, J. (2018). Health-related quality of life in children and adolescents with congenital diaphragmatic hernia: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 16 (1):50. doi: 10.1186/s12955-018-0869-z.
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., & Fukuhara, S. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA project approach. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 913-923.
- Cesnales, N. I., & Thyer, B. A. (2014). *Health-Related Quality of Life Measures*. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research, 2809-2814. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5>.
- Corace, K. M., & Endler, N. S. (2003). Psychosocial Predictors of Cardiac Rehabilitation Patients' Quality of Life. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 8(1), 1-26.
- Dalili, M., Meraji, S. M., Davari, P., Moghaddam, M. Y. A., Abkenar, H. B., Vahidi, A., & Shahmohammadi, A. (2011). Growth status of Iranian children with hemodynamically important congenital heart disease. *Acta Medica Iranica*, 49(2), 103-108.
- Davis, H. L., & Pratt, C. (1995). The development of children's theory of mind: The working memory explanation. *Australian Journal of Psychology*, 47(1), 25-31.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of life research*, 10(4), 347-357.
- Ereymiş, S., Bellibaş, E., Ozbaran, B., Büküşoğlu, N. D., Altintoprak, E., Bildik, T., & Cetin, S. K. (2009). Temperamental characteristics of mothers of preschool children with separation anxiety disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(1), 14-21.
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Pierre, C. (1994). A test- retest Reliability study of the child symptom Inventory- 4: parent checklist. Unpublished data. Reported in Gadow and sprafkin. (1997). *Child symptom Inventory-4 norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate plus.
- González-Gil, T., Mendoza-Soto, A., Alonso-Lloret, F., Castro-Murga, R., Pose-Becerra, C., & Martín-Arribas, M. C. (2012). The Spanish version of the health-related quality of life questionnaire for children and adolescents with heart disease (PedsQLTM). *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(3), 249-257.
- Haverman, L., Limperg, P. F., Young, N. L., Grootenhuis, M. A., & Klaassen, R. J. (2017). Paediatric health-related quality of life: what is it and why should we measure it?. *Archives of disease in childhood*, 102(5), 393-400.
- Kourkoutas, E., Georgiadi, M., & Plexousakis, S. (2010). Quality of life of children with chronic illnesses: A Review of the Literature. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 4763-4767.
- Ladak, L. A., Hasan, B. S., Gullick, J., Awais, K., Abdullah, A., & Gallagher, R. (2017). Health-related quality of life in congenital heart disease surgery patients in Pakistan: protocol for a mixed-methods study. *BMJ open*, 7(10): e018046. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018046.
- Mahle, W. T., McBride, M. G., & Paridon, S. M. (2001). Exercise performance after the arterial switch operation for D-transposition of the great arteries. *The American journal of cardiology*, 87(6), 753-758.
- Marino, B. S., Cassidy, A., Drotar, D., & Wray, J. (2016). The Impact of Neurodevelopmental and Psychosocial Outcomes on Health-Related Quality of Life in Survivors of Congenital Heart Disease. *The Journal of pediatrics*, 174, 11-22.
- Marino, B. S., Lipkin, P. H., Newburger, J. W., Peacock, G., Gerdes, M., Gaynor, J. W., ... & Li, J. (2012). Neurodevelopmental outcomes in children with congenital heart disease: evaluation and management: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 126(9), 1143-1172.
- Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in health*, 7(1), 79-92.
- McCusker, P. J., Fischer, K., Holzhauser, S., Meunier, S., Altsent, C., Grainger, J. D., & Young, N. L. (2015). International cross-cultural validation study of the Canadian Haemophilia Outcomes: Kids' Life Assessment Tool. *Haemophilia*, 21(3), 351-357.
- Merrick, J., & Ventegodt, S. (2014). *Childhood Diseases and Disabilities*. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research, 768-772. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5>.
- Nakou S. (2001). Measurement of quality of life in the health care field. Applications in child birth. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(3):254-266.
- Nascimento Moraes, A., Terreri, M. T. R. A., Hilário, M. O. E., & Len, C. A. (2013). Health related quality of life of children with rheumatic heart diseases: reliability of the Brazilian version of the pediatric quality of life inventory™ cardiac module scale. *Health and quality of life outcomes*, 11(1): 198. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-198>.
- Paridon, S. M., Mitchell, P. D., Colan, S. D., Williams, R. V., Blafox, A., Li, J. S., ... & Pediatric Heart Network Investigators. (2008). A cross-sectional study of exercise performance during the first 2 decades of life after the Fontan operation. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(2), 99-107.
- Price, V. E., Klaassen, R. J., Bolton-Maggs, P. H., Grainger, J. D., Curtis, C., Wakefield, C., ... & Young, N. L. (2009). Measuring disease-specific quality of life in rare populations: a practical approach to cross-cultural translation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 92. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-92>.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J., & Bullinger, M. (2006). Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents. *Pharmacoeconomics*, 24(12), 1199-1220.
- Sand, P., Kljajić, M., & Sunnegårdh, J. (2013). The reliability of the Pediatric Quality of Life Inventory 3.0 Cardiac Module™ for Swedish children with congenital heart defects. *Nordic Psychology*, 65(3), 210-223.
- Scarpelli, A. C., Paiva, S. M., Pordeus, I. A., Ramos-Jorge, M. L., Varni, J. W., & Allison, P. J. (2008). Measurement properties of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) cancer module scale. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 7. doi: 10.1186/1477-7525-6-7.
- Suveg, C., Hudson, J. L., Brewer, G., Flannery-Schroeder, E., Gosch, E., & Kendall, P. C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of anxiety disorders*, 23(3), 341-349.
- Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehryar A, Dezhkam M. (1997). Epidemiology of attention deficit and disruptive behaviour disorders in elementary school children of Gonabad town, north east Iran. *IJPCP*, 3, 40-52.

- UNICEF. (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries* (No. inreca07/19). <https://www.unicef-irc.org/publications/445-child-poverty-in-perspective-an-overview-of-child-well-being-in-rich-countries.html>.
- Uzark, K., Jones, K., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). The Pediatric Quality of Life Inventory™ in children with heart disease. *Progress in pediatric cardiology*, 18(2), 141-149.
- Uzark, K., Zak, V., Shrader, P., McCrindle, B. W., Radojewski, E., Varni, J. W., ... & Margossian, R. (2016). Assessment of quality of life in young patients with single ventricle after the Fontan operation. *The Journal of pediatrics*, 170, 166-172.
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Seid, M., & Skarr, D. (2003). The PedsQL™\* 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability, and validity. *Ambulatory pediatrics*, 3(6), 329-341.
- Verrips, E. G., Vogels, T. G., Koopman, H. M., Theunissen, N. C., Kamphuis, R. P., Fekkes, M., & Vanhorick, S. P. V. (1999). Measuring health-related quality of life in a child population. *The European Journal of Public Health*, 9(3), 188-193.
- Wray, J., & Sensky, T. (2001). Congenital heart disease and cardiac surgery in childhood: effects on cognitive function and academic ability. *Heart*, 85(6), 687-691.
- Wotherspoon, J. M., Eagleson, K. J., Gilmore, L., Auld, B., Hirst, A., Johnson, S., & Justo, R. N. (2019). Neurodevelopmental and health-related quality-of-life outcomes in adolescence after surgery for congenital heart disease in infancy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 62(2):214-220. doi: 10.1111/dmcn.14251. Epub 2019 Apr 25.
- Young, N. L., Wabano, M. J., Burke, T. A., Ritchie, S. D., Mishibinijima, D., & Corbiere, R. G. (2013). A process for creating the Aboriginal Children's Health and Well-being Measure (ACHWM). *Canadian Journal of Public Health*, 104(2), e136-e141. doi: 10.1007/BF03405677.

## مدل‌یابی ارتباط ساختاری استرس و اختلال خوردن با میانجیگری معنای زندگی و اجتناب تجربی

### The Structural Correlation Modeling of Stress and Eating Disorder by mediating Meaning in Life and Experiential Avoidance

Hadi Kheirabadi, PhD

Mahmoud Jajarmi, PhD✉

Abolfazl Bakhshipoor, PhD

هادی خیرآبادی<sup>۱</sup>

محمود جاجرمی<sup>۱</sup>

ابوالفضل بخشی‌پور<sup>۱</sup>

#### Abstract

The purpose of this study was modeling the relationship between Stress and eating disorder by mediating the meaning of life and experiential avoidance. The research method is descriptive and type of structural correlation modeling. The statistical population of this study is all studying students at Mashhad Ferdowsi University in 2020. 387 people were selected from among the studying students by multi-stage cluster sampling method. The participants answered to eating attitudes test (Garner, 1979), multidimensional experiential avoidance questionnaire, meaning of life questionnaire and student stress survey. Data were analyzed by SPSS 23 and AMOS 23 statistical software. P-value was smaller than 0.01 in the total effect model analysis and the mediation effect model analysis. The results of total effect model analysis showed that the variable of Stress was directly and positively correlated with the variable of eating disorder. Also, the results of the mediation effect model analysis showed that the variable of experiential avoidance mediates positively and partially the relationship between Stress and eating disorder. The meaning of life mediates negatively and partially the relationship between stress and eating disorder. In addition to conceptualizing eating disorder, this study showed the relationship between Stress and eating disorder and revealed the role of experiential avoidance and the meaning in life as two underlying and continuing factors that should be considered in the treatment of this disorder.

**Keywords:** Structural Equation Modeling, Stress, Experiential Avoidance, Meaning of Life, Eating Disorder.

#### چکیده

هدف پژوهش، مدل‌یابی ارتباط استرس و اختلال خوردن با میانجیگری معنای زندگی و اجتناب تجربی بود. روش تحقیق توصیفی از نوع مدل‌های ساختاری همبستگی است. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان در حال تحصیل دانشگاه فردوسی مشهد در سال ۹۸ می باشد. از بین شاغلین به تحصیل با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۳۸۷ نفر انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های استاندارد نگرش به خوردن، اجتناب تجربی چندبعدی، معنای زندگی و ارزیابی استرس دانشجویی را تکمیل نمودند. داده‌ها با نرم افزار SPSS-23 و AMOS-23 تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری در تحلیل مدل اثر کامل و مدل اثر میانجی کوچکتر از ۰/۰۱ بدست آمد. نتایج تحلیل مدل اثر کامل نشان داد که متغیر استرس به صورت مستقیم و در جهت مثبت با متغیر اختلال خوردن ارتباط دارد. تحلیل مدل اثر میانجی نشان داد در ارتباط بین استرس و اختلال خوردن، اجتناب تجربی در جهت مثبت به صورت جزئی و معنای زندگی در جهت منفی به صورت جزئی میانجیگری می‌کنند. این پژوهش علاوه بر مفهوم سازی اختلال خوردن، رابطه استرس با اختلال خوردن را نشان داد و نقش اجتناب تجربی و معنای زندگی را به عنوان دو عامل زمینه ساز و تداوم بخش که باید در درمان این اختلال در نظر گرفته شوند، آشکار ساخت.

**واژه‌های کلیدی:** مدل‌یابی معادلات ساختاری، استرس، اجتناب تجربی، معنای زندگی، اختلال خوردن.

## ● مقدمه

خانواده بهداشت انسان‌ها اصلی‌ترین حوزه توسعه پایدار به طور معمول تصویری اشتباه وجود دارد که اختلال خوردن را نوعی انتخاب در شیوه زندگی می‌داند. اختلال خوردن در واقع یکی از بیماری‌های جدی و اغلب مرگبار است که با اختلالات شدید در رفتار خوردن و افکار و احساسات افراد مرتبط است. اشتغال و درگیری ذهنی با غذا، وزن بدن و شکل اندام نیز ممکن است اختلال خوردن را نشان دهد (موسسه ملی سلامت روانی، ۲۰۱۴). علائم اختلال خوردن عبارتند از پر خوری مزمن یا گرسنگی کشیدن، جبران کردن پر خوری با ایجاد محدودیت در مصرف مواد غذایی، استفراغ، استفاده از ملین‌ها، و کنترل سفت و سخت بر نوع مواد غذایی و مقدار مصرف آن (انجمن روان پزشکی آمریکا، ویراست پنجم، ۲۰۱۳؛ جواراسویو، شاو، فورمن، تیمکو، هربرت، باترین و لائو، ۲۰۱۴). اختلال خوردن در جهان و به ویژه کشورهای غربی در حال افزایش است و به مرز هشدار رسیده است. در ایالات متحده آمریکا حدود ۲۴ میلیون نفر از اختلالات خوردن رنج می‌برند. بررسی‌های آماری میزان شیوع فعلی اختلال خوردن، حاکی از آن است که میلیون‌ها نفر از اختلال خوردن تشخیص داده شده، رنج می‌برند؛ با وجود اینکه در این آمار کسانی که تجربه اختلال خوردن آنها با علائم زیرآستانه بوده است، محاسبه نشده‌اند. علائم زیرآستانه اختلال خوردن عبارتند از رژیم‌های غذایی مکرر و ثابت، نارضایتی از وزن و سایز بدن و رفتارهای ناسالم به منظور سرکوب کردن اشتها و یا کاهش وزن. این گونه رفتارها در کودکان، نوجوانان و جوانان به طور فزاینده‌ای رایج است (انجمن اختلالات خوردن، ۲۰۱۴).

شاید بتوان گفت که در اکثر اختلالات روانی، ردپایی از استرس وجود دارد. استرس باعث برانگیخته شدن آن دسته از هیجانات مثبت و منفی می‌شود که نیاز به مدیریت دارند. عدم توانایی مقابله مؤثر و درست با عوامل استرس آور، باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های مختلف تنها با تکیه بر جو احساسی و هیجانی محیط و بدون توجه به راه حل‌های منطقی ممکن، تصمیم‌گیری کند. اگر میزان استرس بیش از توان فرد باشد و همچنین فرد مجهز به آن دسته از مهارت‌های مقابله‌ای مناسب و کارآمد نباشد، در برابر اختلالات روانشناختی آسیب‌پذیری بیشتری از خود نشان می‌دهد (ویشیانسون، بوگی، اونجر، اسپورتیچ-متز و نگوین-رودریگز، ۲۰۰۹). استرس، الگوی پاسخ‌های خاص و غیر اختصاصی فرد به رویداد‌های محرک است که آرامش او را مختل می‌کند و توانایی کنار آمدن یا مقابله او را تحلیل می‌برد (پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). عوامل سبب‌ساز متعددی، از جمله، استرس با اختلال خوردن در ارتباط هستند. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که بین استرس و اختلال خوردن به خصوص در دوره نوجوانی و جوانی رابطه معنی‌داری وجود دارد (سالکوفسکی، دمپسی و دمپسی، ۲۰۱۲؛ واندرلیچ تاینری و واندروال، ۲۰۱۰؛ ویشیانسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ ولی زاده و آریا پوران، ۲۰۱۲؛ عسگری، پاشا و امینیان، ۲۰۰۹). در پژوهش اصغری و همکاران (۱۳۹۳) نتایج نشان داد که بین استرس منفی ادراک شده با اختلال خوردن رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. پژوهش عسگری، پاشا و امینیان (۱۳۸۸) نشان داد که بین استرس و اختلال خوردن رابطه معناداری وجود دارد و افرادی که از استرس بیشتری رنج می‌برند، به احتمال بیشتری مستعد ابتلا به اختلال خوردن هستند.

از سویی دیگر، اجتناب تجربی در توسعه انواع رفتارهایی که می‌توانند برای سلامتی خطرناک باشند، دخیل بوده است؛ از جمله اختلال خوردن (هیز، استراسل و ویلسون، ۲۰۱۲؛ جواراسویو و همکاران، ۲۰۱۴؛ کوزاک، ۲۰۱۴). اجتناب تجربی عبارت است از عدم تمایل برای تجربه‌ی رویدادهای خصوصی دردناک و آزار دهنده، همراه با تلاش‌هایی برای کنترل، سرکوب و بازداری شکل و فراوانی این رویدادهای خصوصی و زمینه‌هایی که این موقعیت‌ها را ایجاد می‌کنند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهشی‌هایی که بر روی دانشجویان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی انجام شده است؛ ارتباط معناداری بین اجتناب تجربی و اختلال خوردن به دست آمده است (کاودری و پارک، ۲۰۱۲؛ راول، پارک و ویلیامز، ۲۰۱۰). در پژوهشی که بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد هر چه اجتناب تجربی دانشجویان افزایش می‌یابد علائم اختلال خوردن آنان نیز روند صعودی پیدا می‌کند. این فرآیند در دانشجویان دختر به طور مشهودتری نمود پیدا می‌کند

(مکوندی و مکوندی، ۱۳۹۴). اگر فرد، باوری منفی در مورد استرس یا اضطراب داشته باشد؛ آن گاه احتمال دارد که از استراتژی های مقابله ای مشکل آفرین مانند اجتناب استفاده کند (لیهی، ۱۳۹۸). در پژوهش محمد پور، برزگری دهج، سلیمی بجستانی و یوسفی (۱۳۹۷) نتایج تحلیل همبستگی بین متغیرها نشان داد بین استرس ادراک شده با اجتناب تجربی رابطه وجود دارد. همچنین نتایج نهایی تحلیل رگرسیون نشان داد که اجتناب تجربی به صورت مثبت و معنی دار قادر به پیش بینی استرس ادراک شده در افراد است.

یالوم (۱۹۸۰) بیان می کند که معنای زندگی، اعتقاد به جهان در یک الگوی هدفمند است که می تواند از مذهب یا معنویت سرچشمه بگیرد. معنی زندگی به احساسی از یکپارچگی وجودی اشاره می کند که به دنبال پاسخ دادن به فلسفه زندگی، پی بردن به هدف زندگی و دست یافتن به اهداف ارزنده و در نتیجه رسیدن به حس کامل بودن و مفید بودن است (هو، چونگ و چونگ، ۲۰۱۰). بسیاری از مطالعات نشان داده اند که وجود معنا در زندگی می تواند تا حدی در رابطه میان استرس و آشفتگی های روان شناختی، میانجیگری کند و سطوح پایین معنا، پیش بینی کننده سطوح بالای آشفتگی روان شناختی بوده است (اونز و همکاران، ۲۰۰۹). مشخص شده است که افرادی که درک زیادی از معنا در زندگی ندارند، در مقایسه با افرادی که درکی قوی از معنا در زندگی دارند، سطوح بالاتری از افسردگی را تجربه می کنند (کراوز، ۲۰۰۷). در پژوهشی که به منظور بررسی تاثیر مدیریت استرس بر معنای زندگی زنان بی سرپرست انجام شد، نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد که ارتقای مدیریت استرس باعث بالا رفتن نمره معنای زندگی شد (خانجانی، سهرابی و اعظمی، ۱۳۹۷). محققان کاوش در مکانیسم هایی را آغاز کرده اند که به وسیله آن ها، رویدادهای استرس زای زندگی، ریسک آشفتگی روان شناختی را افزایش می دهند (دیمارو و همکاران، ۲۰۱۴). تاثیرات استرس در فرآیندهای تنظیم هیجانات (جواریسیو و همکاران، ۲۰۱۴)، سیستم های معنا را به چالش کشیده و فرضیات مربوط به خویشتن، جهان و سایرین را نابود می کند (کاشدان و کین، ۲۰۱۱). یکی دیگر از آثار استرس عبارت است از توسعه استراتژی های اجتناب رفتاری به عنوان شیوه ای برای مقابله (هیز، ۲۰۰۴؛ جواریسیو و همکاران، ۲۰۱۴). سایر اختلالات ایجاد شده در فرآیند ایجاد معنا، شامل موارد استرس زای زندگی (برین و کاشدان، ۲۰۱۱)، می توانند موجب اتکا به استراتژی های اجتناب رفتاری شوند (برامفورد و اسلاوی، ۲۰۰۹؛ فاکس و لیانگ، ۲۰۰۹) و مانع فرآیند شناسایی ارزش های بنیادین شوند. کاوش در شیوه هایی که مطابق آنها استراتژی های اجتناب رفتاری، مانند اختلال خوردن، با ارزش های بنیادین ناسازگار است، منطقی برای مطالعه رابطه میان معنا در زندگی و اختلال خوردن به دست می دهند.

اختلال خوردن به عنوان مسئله ای جدی در زندگی افراد و جامعه، با متغیرهای متعددی همچون استرس، معنای زندگی و اجتناب تجربی در ارتباط می باشد. شناسایی عوامل پیش بینی کننده این اختلال همچنین شناسایی عواملی که به صورت واسطه ای، در ایجاد یا تقویت آن ها نقش ایفاء نموده و باعث تداوم اختلال و مانعی برای درمان محسوب می گردند؛ نقش به سزایی در کاهش این آسیب خواهد داشت. هدف اصلی پژوهش، مدلیابی ارتباط ساختاری استرس و اختلال خوردن با میانجیگری اجتناب تجربی و معنای زندگی می باشد. برای این پژوهش سه فرضیه توسط پژوهش گر مطرح گردیده است. فرضیه اول: استرس با اختلال خوردن ارتباط دارد. فرضیه دوم: استرس با میانجیگری اجتناب تجربی با اختلال خوردن ارتباط دارد. فرضیه سوم: استرس با میانجیگری معنای زندگی با اختلال خوردن ارتباط دارد. اختلال خوردن به عنوان متغیر درون زاد (Endogenous)، استرس به عنوان متغیر برون زاد (Exogenous) و اجتناب تجربی و معنای زندگی به عنوان متغیرهای میانجی (Mediator) در نظر گرفته شده اند.

## • روش

این پژوهش توصیفی از نوع مدل های ساختاری همبستگی می باشد که به منظور مدلیابی ارتباط ساختاری استرس و اختلال خوردن با میانجیگری اجتناب تجربی و معنای زندگی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان در حال تحصیل دانشگاه فردوسی مشهد (۲۵ هزار نفر) در سال ۱۳۹۹ می باشند. بر اساس فرمول جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) تعداد ۳۸۷ نفر نمونه آماری از بین شاغلین به تحصیل در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ دانشگاه فردوسی مشهد با روش نمونه گیری



خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. حجم نمونه بالاتر از ۲۰۰ به عنوان حجم بالا در نظر گرفته می‌شود که برای اکثر مدل‌ها مناسب هستند (علوی، ۱۳۹۲). در ابتدا ملاحظات اخلاقی مانند محرمانه بودن اطلاعات شفاف و رضایت کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش کسب گردید و سپس شرکت‌کنندگان نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌های آنلاین پژوهش اقدام کردند. سپس داده‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و پس از رسیدگی و یا حذف برخی داده‌های مفقود، بی‌تفاوت و پرت، نمرات آزمودنی‌ها در هر متغیر به تفکیک به دست آمد و این داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-23 و AMOS-23 و آزمون همبستگی پیرسون و آزمون مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده عبارتند از:

**آزمون نگرش به خوردن (Eating Attitudes Test):** این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط گارنر و گارفینکل برای سنجش نشانگان اختلالات تغذیه و نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن و شناسایی بی‌اشتهایی عصبی و پرآشتهایی عصبی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه یکی از پرکاربردترین معیارها برای غربالگری رفتارهای اختلال خوردن در میان دانش‌آموزان دبیرستان و دانشجویان است (گارنر، روزن و باری، ۱۹۹۸). به علاوه در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در سطح پیشینه‌های فرهنگی مختلف (اروپای شرقی/غربی، آمریکای جنوبی، خاورمیانه، آسیا) هم اعتبارسنجی شده است (گارفینکل و نیومن، ۲۰۰۱). در پژوهش ملازاده اسفنجانی و همکارانش (۱۳۹۱) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. این مقیاس شامل ۲۶ پرسش است که با مقیاس شش نقطه‌ای لیکرت رتبه‌بندی می‌شود و از نمره یک برای گزینه ی (هرگز) تا نمره شش برای گزینه ی (همواره) متغیر است. حداکثر نمره این پرسش‌نامه ۱۵۶ و حداقل نمره ۲۶ می‌باشد. نمره‌های بالا منعکس‌کننده آسیب‌شناسی اختلال خوردن شدیدتر هستند. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کلیه زیر مقیاس‌ها بالای ۰/۷ برآورد شد.

**ارزیابی استرس دانشجویی (Student Stress Survey):** برای اندازه‌گیری منابع عمده استرس در دانشجویان توسط راس، نایب‌لینگ و هکرت (۱۹۹۹) طراحی شد. پرسش‌نامه ۴۰ گویه دارد که به چهار حوزه تقسیم می‌شوند شامل: استرس‌های فردی، استرس‌های بین فردی، استرس‌های تحصیلی و استرس‌های محیطی. ۶ سؤال با منابع بین فردی استرس، ۱۶ سؤال منابع استرس‌های فردی، ۸ سؤال منابع استرس دانشگاهی و ۱۰ سؤال با منابع محیطی استرس مرتبط است. از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا میزان مشکلی که هر سؤال در طول ۱۲ ماه گذشته برای آنها ایجاد کرده است را مدنظر قرار دهند و شدت آن را بر حسب مقیاسی چهار ارزشی، که از «به هیچ وجه مشکل‌آفرین نبوده است» با نمره صفر تا «بسیار مشکل‌آفرین بوده است» با نمره سه، تعیین کنند. حداکثر نمره در این پرسش‌نامه ۱۲۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد. مقادیر بالاتر منعکس‌کننده سطوح بالاتر استرس هستند. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعددی مناسب ارزیابی شده است (بارنز، ۲۰۱۷؛ بروگام و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش بارنز (۲۰۱۷) در ارزیابی روایی و پایایی پرسشنامه، کلیه متغیرهای اندازه‌گیری شده به میزان قابل توجهی بر روی عوامل مفروض خود بارگذاری شدند ( $P < 0/01$ ) و فاکتورهای بارگیری ۰/۶۳، ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۷۰ برای حوزه‌های بین فردی، درون فردی، دانشگاهی و محیطی به دست آمد (بارنز، ۲۰۱۷). در پژوهش فعلی میزان آلفای کرونباخ برای ابعاد بین فردی، درون فردی، دانشگاهی و محیطی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۸، ۰/۷۴ و ۰/۶۹ بود.

**پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire):** این پرسش‌نامه توسط گامز، چمیلوفسکی، کوتوف، روگرو و واتسون (۲۰۱۱) تدوین شده است. دارای ۶۲ سؤال در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای می‌باشد که از نمره صفر برای گزینه «شدیدا مخالفم» تا نمره پنج برای گزینه «شدیدا موافقم» نمره داده می‌شود و حداکثر نمره ۳۱۰ و حداقل آن صفر می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده اجتناب تجربی بیشتر می‌باشد. گامز و همکاران (۲۰۱۱) ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه‌های مختلف از ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه تعهد و عمل هاینز (۲۰۰۴) برابر ۰/۷۴ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری، پریشانی‌گریزی، تعویق، حواس‌پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی و تحمل‌پریشانی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۰ و ۰/۵۵ و ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین در پژوهش آسیه‌مرادی و همکاران (۱۳۹۶) به دست آمد که نسخه فارسی پرسش‌نامه چندبعدی اجتناب تجربی در جامعه دانشجویان و

افراد بالینی از خصوصیات روانسنجی قابل قبولی برخوردار است و می توان از آن به عنوان ابزاری معتبر در پژوهش های روانشناختی استفاده کرد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای تمامی زیر مقیاس ها بالاتر از ۰/۷۰ به دست آمد.

**پرسشنامه معنای زندگی (Meaning Life Questionnaire):** دو بعد معنا در زندگی، یعنی حضور معنا و جستجوی معنا را با بهره گیری از ۱۰ ماده بر مبنای مقیاس هفت درجه ای لیکرت از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۷) می سنجد. بیشترین نمره ۷۰ و کمترین ۱۰ می باشد که نمرات بالاتر نشاندهنده معنای زندگی بالاتر است. پژوهش ها نشان دهنده پایایی نمره های پرسشنامه و روایی همگرا و افتراقی آن هستند (استگر و شین، ۲۰۱۰؛ استگر، کاوباتا، شیمای و اوتیک، ۲۰۰۸). برای هر دو مقیاس، همسانی درونی (ضرایب آلفا بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷) بسیار خوبی گزارش شده است و در فاصله زمانی یک ماهه قابلیت اعتماد بازآزمایی مناسب (۰/۷۰) برای حضور (۰/۷۳ برای جستجو) به دست آمده است (استگر، فریزر، ایشی و کالر، ۲۰۰۶). پژوهش مصرآبادی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که اعتبار ساختاری MLQ برای نمونه ای از دانشجویان ایرانی قابل قبول است. برای مطالعه حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ در دو بعد جستجو و حضور معنی به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۹ بدست آمد.

## • یافته ها

در جدول ۱ شاخص های تمرکز و پراکندگی شامل میانگین، انحراف معیار، دامنه تغییرات، چولگی و کشیدگی برای متغیر های استرس، اجتناب تجربی، معنای زندگی و اختلال خوردن ارائه گردیده است.

جدول ۱. شاخص های تمرکز و پراکندگی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات	چولگی	برجستگی
استرس	۴۸/۳۰	۱۵/۳۹	۸۰	۰/۱۶۱	-۰/۳۱۱
اجتناب تجربی	۱۲۹/۱۴	۳۹/۹۲	۲۱۰	۰/۱۲۹	-۰/۲۸۹
معنای زندگی	۳۵/۰۴	۷/۷۴	۴۱	۰/۱۳۳	-۰/۲۸۱
اختلال خوردن	۸۰/۲۵	۱۶/۷۵	۸۸	۰/۱۲۸	-۰/۲۸۶

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود؛ نمره چولگی و کشیدگی تمام متغیر ها بین ۰/۵ و -۰/۵ می باشد و این بدان معنا است که توزیع نمرات متغیر ها، از توزیع طبیعی پیروی می کند. همچنین برای بررسی توزیع نرمال بودن نمرات، در این پژوهش از آزمون شاپیرو ویلک استفاده گردید که آماره و مقدار معناداری به ترتیب برای استرس ۰/۹۹۵ و ۰/۱۹۳ برای معنای زندگی ۰/۹۹۴ و ۰/۱۴۲ برای اجتناب تجربی ۰/۹۹۵ و ۰/۳۲۶ و برای اختلال خوردن ۰/۹۹۶ و ۰/۳۴۴ به دست آمد. این نتایج نشان دهنده توزیع نرمال نمرات در کلیه متغیر ها، بود.

به منظور بررسی همبستگی بین متغیر ها، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. ضریب همبستگی بین استرس و اختلال خوردن ۰/۵۱۶، ضریب همبستگی بین استرس و معنای زندگی ۰/۴۵۳-، ضریب همبستگی بین معنای زندگی و اختلال خوردن ۰/۴۵۷-، ضریب همبستگی بین استرس و اجتناب تجربی ۰/۵۸۳ و ضریب همبستگی بین اجتناب تجربی و اختلال خوردن ۰/۶۳۶ به دست آمد. مقدار معناداری کلیه روابط همبستگی تا سه رقم اعشار صفر بود. پس فرض صفر رد و همبستگی بین متغیر ها برقرار است.

شاخص نیکوئی برازش کای دو ( $Gof \chi^2$ ) معمولاً به دلیل حساسیت به حجم نمونه ها، به طور معمول، فارغ از خوب یا بد بودن برازش مدل، معنی دار می شود که به معنی برازش ضعیف و نامطلوب است. به همین جهت برای ارزیابی برازش مدل از شاخص های دیگری که به همین منظور طراحی شده اند، استفاده می شود. به طور کلی زمانی که حداقل سه شاخص، مقادیری در بازه قابل قبول داشته باشند می توانیم ادعا کنیم که برازش مدل خوب و قابل قبول است. (پهلوان شریف و مهدویان، ۱۳۹۷). شاخص های برازش مدل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. شاخص های برازش مدل

شاخص	مقدار	حد مجاز
شاخص نیکوئی برازش کای دو $\chi^2$	۰/۰۰۰	p-value > ۰/۰۵
ریشه میانگین خطای برآورد RMSEA	۰/۰۶۴	کمتر از ۰/۱
شاخص برازش تطبیقی CFI	۰/۹۰۱	بالاتر از ۰/۹
شاخص برازش نرم شده NFI	۰/۹۰۱	بالاتر از ۰/۹
شاخص برازش افزایشی IFI	۰/۹۰۱	بالاتر از ۰/۹
شاخص نیکوئی برازش GFI	۰/۹۴۵	بالاتر از ۰/۹

برای بررسی فرضیه یک به روش بارون و کنی از مدل اثر کامل (Total effect model) استفاده می کنیم. این مدل رابطه مستقیم متغیر برون زاد با متغیر درون زاد را بدون حضور متغیر های میانجی، نشان می دهد. بدین منظور به مسیر های غیر مستقیم نمره صفر داده تا متغیر های میانجی از مدل حذف گردند و سپس مدل را اجرا می کنیم. نتایج تحلیل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. آماره های مدل اثر کامل متغیر برون زاد بر متغیر درون زاد

ضریب رگرسیونی مسیر (Estimate)	خطای استاندارد (S.E)	ضریب بحرانی (C.R)	مقدار معناداری (P-value)	برچسب مسیر (Label)
۰/۴۷۶	۰/۰۳۴	۱۴/۱۰۲	۰/۰۰۰	c

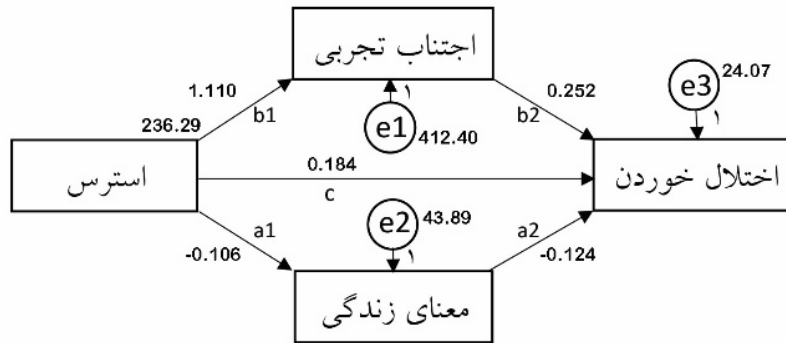
در جدول ۳ مقدار معناداری تا سه رقم اعشار بعد از ممیز صفر است. به عبارتی متغیر برون زاد با متغیر درون زاد رابطه دارد. ضریب رگرسیونی مثبت، نشان می دهد با افزایش متغیر برون زاد، متغیر درون زاد افزایش می یابد و با کاهش متغیر برون زاد، متغیر درون زاد کاهش می یابد. بنابراین فرض اول که بیان می کند استرس با اختلال خوردن رابطه دارد، تایید می گردد. در گام دوم برای آزمایش میانجیگری به مسیر مستقیم در مدل، نمره صفر داده تا حذف شده و فقط مسیرهای غیر مستقیم اثر متغیر برون زاد بر متغیر های میانجی و اثر متغیر های میانجی بر متغیر درون زاد را بررسی می نمایم. به این مدل، مدل اثر غیر مستقیم (Indirect effect model) می گویند. پس از پردازش مدل اثر غیر مستقیم نتایج آماری در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. آماره های مدل اثر غیر مستقیم

ضریب رگرسیونی مسیر (Estimate)	خطای استاندارد (S.E)	ضریب بحرانی (C.R)	مقدار معناداری (P-value)	برچسب مسیر (Label)
۱/۱۱۰	۰/۰۹۵	۱۱/۷۲۵	۰/۰۰۰	b1
۰/۳۷۴	۰/۰۰۸	۴۶/۷۰۸	۰/۰۰۰	b2
-۰/۱۰۶	۰/۰۳۱	-۳/۴۳۷	۰/۰۰۰	a1
-۰/۱۸۷	۰/۰۴۱	-۴/۵۳۴	۰/۰۰۰	a2

جدول ۴ نشان می دهد که مقدار معناداری برای تمام مسیر ها، تا سه رقم اعشار بعد از ممیز، صفر می باشد و این بدین معنی است که فرض صفر رد و فرض پژوهش گر تایید می گردد یا به عبارتی دیگر متغیر برون زاد با متغیر های میانجی رابطه دارد و همچنین متغیر های میانجی با متغیر درون زاد رابطه دارند. بنابراین می توان نتیجه گیری کرد که متغیر های اجتناب تجربی و معنای زندگی، نقش میانجی را بین متغیر برون زاد استرس با متغیر وابسته اختلال خوردن ایفا می کنند.

اگر در حضور متغیرهای میانجی، باز هم متغیر برون زاد به صورت مستقیم با متغیر درون زاد رابطه داشته باشد؛ میانجیگری جزئی و در غیر این صورت میانجیگری کامل است. پس در گام سوم مسیر مستقیم بین متغیر برون زاد و درون زاد و همچنین مسیرهای غیر مستقیم با حضور متغیرهای میانجی، همزمان پردازش می‌گردد تا نشان دهد متغیرهای میانجی، چه نقشی را ایفاء می‌کنند. به این مدل، مدل اثر میانجی می‌گویند که در شکل ۱ این مدل نمایش داده شده است. پس از پردازش مدل اثر میانجی، نتایج آماری در جدول ۵ آمده است.



شکل ۱. نمودار مدل اثر میانجی

جدول ۵ نشان می‌دهد که مقدار معناداری برای همه مسیرها تا سه رقم اعشار بعد از ممیز صفر است و مدل اندازه‌گیری برازش خوبی نشان داد (CFI = ۰/۹۰۱، GFI = ۰/۹۴۵، NFI = ۰/۹۰۱، RMSEA = ۰/۰۶۴). این بدان معنی است که متغیرهای میانجی پژوهش به صورت جزئی میانجیگری می‌کنند و فرض دوم این پژوهش که بیان می‌کند استرس با میانجیگری اجتناب تجربی با اختلال خوردن ارتباط دارد، تایید می‌گردد و جهت آن مثبت است. همچنین فرض سوم پژوهش که بیان می‌کند استرس با میانجیگری معنای زندگی با اختلال خوردن ارتباط دارد، تایید می‌گردد و جهت آن منفی است.

جدول ۵. آماره‌های مدل اثر میانجی

برچسب مسیر (Label)	مقدار معناداری (P-value)	ضریب بحرانی (C.R)	خطای استاندارد (S.E)	ضریب رگرسیونی مسیر (Estimate)	
c	۰/۰۰۰	۶/۸۳۱	۰/۰۲۷	۰/۱۸۴	رابطه استرس بر اختلال خوردن
b1	۰/۰۰۰	۱۱/۷۲۵	۰/۰۹۵	۱/۱۱۰	رابطه استرس بر اجتناب تجربی
b2	۰/۰۰۰	۲۰/۴۷۰	۰/۰۱۲	۰/۲۵۲	رابطه اجتناب تجربی بر اختلال خوردن
a1	۰/۰۰۰	-۳/۴۳۷	۰/۰۳۱	-۰/۱۰۶	رابطه استرس بر معنای زندگی
a2	۰/۰۰۰	-۳/۲۸۷	۰/۰۳۸	-۰/۱۲۴	رابطه معنای زندگی بر اختلال خوردن

## • بحث

این پژوهش به دنبال آن بود که رابطه بین استرس و اختلال خوردن را نشان دهد. همچنین نشان دهد که اجتناب تجربی و معنای زندگی، بین استرس و اختلال خوردن، نقش میانجی را ایفاء می‌کنند. تحلیل مدل اثر غیر مستقیم و مدل اثر کامل نشان داد که استرس با حضور و بدون حضور متغیرهای میانجی، با اختلال خوردن رابطه مثبت دارد. به عبارت ساده‌تر، بالا رفتن استرس می‌تواند افزایش اختلال خوردن را پیش‌بینی کند. این یافته‌ها، با نتایج پژوهش‌های عسگری و همکاران (۲۰۰۹)، واندرلیچ تایرنی و واندروال (۲۰۱۰)، سالکوفسکی و همکاران (۲۰۱۲)، ولی زاده و آریاپوران (۲۰۱۲) و اصغری و همکاران (۱۳۹۳) هماهنگ می‌باشد.

در تحلیل مدل اثر میانجی، نتایج به دست آمده حاکی از این بود که اجتناب تجربی بین استرس و اختلال خوردن، در جهت مثبت و به صورت جزئی میانجیگری می‌کند. به عبارت ساده‌تر، تجربه استرس می‌تواند با افزایش اجتناب تجربی، ریسک اختلال خوردن را افزایش دهد. این یافته‌ها، توسط نتایج پژوهش‌های بارنز (۲۰۱۷)، جوراسویو و همکاران (۲۰۱۴)، کوزاک

(۲۰۱۴)، هیز و همکاران (۲۰۱۲)، کلودری و پارک (۲۰۱۲)، راوال و همکاران (۲۰۱۰) و مکوندی و مکوندی (۱۳۹۴)، محمد پور و همکاران (۱۳۹۷) تایید می‌گردد. همچنین معنای زندگی بین استرس و اختلال خوردن در جهت منفی و به صورت جزئی میانجیگری می‌کند. یعنی، تجربه استرس در افراد می‌تواند کاهش معنای زندگی را پیش بینی کند و کاهش معنای زندگی می‌تواند افزایش ریسک ابتلا به اختلال خوردن را پیش بینی کند. این نتایج، هم سو با نتایج پژوهش‌های بارنز (۲۰۱۷)، خانجانی و همکاران (۱۳۹۷)، اونز و همکاران (۲۰۰۹)، استگر و همکاران (۲۰۰۸) و کراورز (۲۰۰۷) است که معنای زندگی را میانجی بین ارتباط استرس و آشفتگی‌های روانشناختی از جمله، اختلال خوردن دانسته‌اند.

اگرچه تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که مواجهه با استرس ریسک ابتلا به اختلال خوردن را افزایش می‌دهد، لیکن مکانیسم‌های روان‌شناختی ایجادکننده‌ی این ریسک به درستی شناخته نشده‌اند. هدف مطالعه حاضر درک بهتر مکانیسم‌هایی بود که استرس به وسیله آن‌ها، ریسک ابتلا به اختلال خوردن را ایجاد می‌کند. این هدف تا حدی تامین شد، زیرا تمام مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مفروض از استرس به اجتناب تجربی، معنای زندگی و اختلال خوردن، معنی‌دار بودند.

افزایش استرس باعث فعال شدن رفتارهای اجتنابی می‌گردد و فرد برای کاهش استرس تلاش می‌کند که از تجارب استرس‌زا اجتناب کند؛ این اجتناب که به منظور کاهش درد و تسکین رنج عامل استرس آور به کار گرفته شده است؛ خود موجب بروز رفتارهای اختلال خوردن در فرد می‌گردد و پاسخ‌های مقابله‌ای اجتناب محور به استرس، اختلال خوردن را تشدید می‌کنند (جواراسیو و همکاران، ۲۰۱۴). به طور خلاصه، استرس می‌تواند اتکا به اجتناب تجربی را افزایش دهد و الگوهای مزمن اجتناب تجربی ممکن است با افزایش ریسک ابتلا به اختلالات رفتاری، درد و رنج بلند مدت را تشدید کنند. همچنین محدودیت یا جبران مصرف غذا به عنوان استراتژی‌های رفتاری به کار گرفته شده برای اجتناب از محرک‌های رنج آور درونی، مفهوم سازی شده است (کوزاک، ۲۰۱۴). بر اساس نظریه ACT، استراتژی‌های کنترل رفتاری مرتبط با کاهش پذیرش تجارب داخلی، نمایش دهنده انعطاف ناپذیری روان‌شناختی دانسته می‌شوند. بنابراین، در مفهوم سازی ACT اختلال خوردن یکی از محصولات جانبی تلاش در جهت اجتناب از افکار و هیجانات رنج آور است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲).

معنای زندگی این احساس را در بطن خود دارد که جهان قابل پیش بینی، و از این رو قابل کنترل است (هیینزلمن و کینگ، ۲۰۱۴) و ناتوانی در کنترل یکی از دلایل مهم ایجاد استرس می‌باشد؛ بنابراین فرآیندهای درونی که احساس کنترل داشتن روی محیط اطراف را تقویت می‌کنند باید سطح استرس فرد و تأثیرات ناخوشایند عوامل استرس‌زا را کاهش دهند (پارک و بایمیستر، ۲۰۱۷). پس می‌توان نتیجه گرفت، افرادی که حس خوبی به معنای زندگی دارند ممکن است بهتر از دیگران با استرس کنار بیایند. مدل ساختاری نشان می‌دهد که فرآیند ایجاد معنا ممکن است به شیوه‌های متمایزی به اختلال خوردن مربوط باشد. معنا غالباً فرآیندی سردرگم‌کننده است و بنابراین، هدایت معنا به سوی اهداف عینی مانند کنترل وزن می‌تواند احساس ناخوشایند عدم اطمینان را کاهش دهد. این تفسیر با مطالعات بسیاری که نشان می‌دهند اختلال خوردن به حسی خیالی از کنترل مربوط است، سازگار است (فاکس و لیانگ، ۲۰۰۹؛ جواراسیو و همکاران، ۲۰۱۴).

## • نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر علاوه بر ایفای نقشی در مجموعه آثار مربوط به اختلال خوردن، از تحقیقاتی که عوامل سبب شناختی متداول مربوط به اختلال خوردن را شناسایی می‌کنند نیز پشتیبانی می‌کند. نتایج مطالعه حاضر از نظریاتی پشتیبانی می‌کند که به مفهوم سازی اختلال خوردن می‌پردازند و شناسایی معنای زندگی و اجتناب تجربی را به عنوان عوامل مرتبطی که هنگام درمان اختلال خوردن، باید مد نظر قرار گیرند، گسترش می‌دهند. همچنین مطالعه حاضر، نشان داد که اختلال خوردن خود می‌تواند، به نوعی، یک رفتار اجتنابی در میان افرادی باشد که پیشینه قابل توجهی از رویدادهای استرس‌زا را در زندگی دارند. نقش اصلی اجتناب تجربی در آسیب‌شناسی اختلال خوردن در میان هواداران نظریه ACT مورد پذیرش گسترده است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲)، اما معیارهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال خوردن به طور کامل بر نظریاتی مبتنی است که اختلال خوردن را به طور عمده، به قائل شدن ارزش بیش از حد برای وزن و شکل مرتبط می‌دانند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بنابراین، نظریات

غالب و معیارهای تشخیصی، درکی به نسبت سطحی از اختلالات خوردن را ترویج می کنند که در سوء تعبیر عمومی در مورد کم اهمیت شمردن اختلال خوردن نقش دارد. از آنجایی که نرخ مرگ و میر در اختلالات خوردن از هر اختلال ذهنی دیگری بیشتر است (آرسلوس، میشل، والس و نیلسن، ۲۰۱۱)، عدم درمان آن ها به عنوان بیماری های جدی و ناتوان کننده، مشکل آفرین خواهد بود.

انجام این پژوهش با محدودیتی هایی همراه بود از جمله تعداد سوالات زیاد پرسشنامه ها که احتمال خستگی پاسخ دهندگان را افزایش داده و باعث بالا رفتن امکان خطای احتمالی آنان می گردد. همچنین این پژوهش در نمونه دانشجویی و بهنجار انجام شده است. لذا در مورد تعمیم نتایج حاصل از مدلیابی مذکور به گروه های بالینی باید محتاط بود. پیشنهاد می گردد، در صورت امکان، این پژوهش بر روی نمونه های بالینی تکرار گردد و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه گردد. و پیشنهاد می گردد پژوهش های بیشتری بر روی سایر مکانیسم های روان شناختی که زیربنای اختلال خوردن را تشکیل می دهند، انجام گردد. این تحقیقات می توانند برای مفهوم سازی و درمان این اختلال مفید باشند.

## • منابع

- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوینه، رضا؛ یوسفی، نجف؛ سعادت، سجاد؛ رفیعی گزنی، فاطمه. ۱۳۹۳. نقش استرس ادراک شده و سبکهای مقابله در اختلال خوردن دانش آموزان دبیرستانی شهر رشت در سال ۱۳۹۲. نشریه سلامت جامعه، دوره هشتم، شماره دو.
- پهلوان شریف، سعید؛ مهدویان، وحید. (۱۳۹۷). مدل سازی معادلات ساختاری با Amos. تهران: انتشارات بیشه.
- خانجانی، مهدی؛ سهرابی، فرامرز؛ اعظمی، یوسف. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر برنامه ارتقای تاب آوری و مدیریت استرس بر بهزیستی روانشناختی، معنای زندگی، خوش بینی و رضایت از زندگی زنان بی سرپرست. مجله روان پرستاری. دوره ۶، شماره ۲، ۱-۱۰.
- عسگری، پرویز؛ پاشا، غلامرضا؛ امینیان مریم. (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلال خوردن در زنان. مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. دوره ۴، شماره ۱۳، ۶۵-۷۸.
- علوی، موسی. (۱۳۹۲). مدل یابی معادلات ساختاری در پژوهش های مرتبط با آموزش علوم سلامت: معرفی روش و کاربرد آن. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۳ (۶)، ۵۱۹-۵۳۰.
- محمد پور، عبدالباسط؛ برزگری دهج، ابوالفضل؛ سلیمی بجستانی، حسین و یوسفی، ناصر. (۱۳۹۷). پیش بینی استرس ادراک شده بر اساس تنظیم هیجان، اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی افراد وابسته به مواد. مجله مطالعات روانشناسی بالینی. دوره ۸، شماره ۳۰، ۱۸۹-۲۰۶.
- مرادی، آسیه؛ برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد؛ کریمی نژاد، کلتوم و ضابط، مریم. (۱۳۹۶). تعیین ساختار عاملی و ویژگی های روانسنجی پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی. دو فصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی. سال ششم، شماره دوم، پاییز و زمستان ۹۶.
- مکوندی، ماریا؛ مکوندی، بهنام. (۱۳۹۴). رابطه اجتناب تجربی با علائم اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. مجله علمی پزشکی جندی شاپور. دوره ۱۴، شماره ۶، ۶۸۹-۶۸۱.
- مکوندی، ماریا؛ مکوندی، بهنام. (۱۳۹۴). رابطه اجتناب تجربی با علائم اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. مجله علمی پزشکی جندی شاپور. دوره ۱۴، شماره ۶، ۶۸۹-۶۸۱.
- ملازاده اسفنجانی، رحیم؛ اراضی، حمید؛ روحی، سمیه و محمدی، سید مهدی. (۱۳۹۱). تأثیر تمرین های هوایی بر اختلال های تغذیه ای دانشجویان دختر غیر ورزشکار. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. دوره ۲۰، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۱، صفحه: ۳۳۱-۳۱۵.
- ولی زاده، آیدین و آریا پوران، سعید. (۱۳۹۱). نقش اضطراب فیزیکی اجتماعی، تصور بدنی و عزت نفس در پیش بینی اختلال خوردن در زنان ورزشکار. مجله پژوهش ها علوم پزشکی زاهدان، دوره ۱۴، شماره ۱، ص ۶۰-۵۶.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Archives of general psychiatry, 68(7), 724-731.
- Barenz, J. D. (2017). Modeling effects of trauma and stress on disordered eating and substance abuse: the role of experiential avoidance and meaning in life (Doctoral dissertation, Colorado State University. Libraries).
- Bramford, B., & Sly, Richard. (2009). Exploring quality of life in the eating disorders. Advance online publication. Wiley InterScience

- Breen, W. E., & Kashdan, T. B. (2011). Anger suppression after imagined rejection among individuals with social anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 25(7), 879-887.
- Brougham, R. R., Zail, C. M., Mendoza, C. M., & Miller, J. R. (2009). Stress, sex differences, and coping strategies among college students. *Current psychology*, 28(2), 85-97.
- Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating behaviors*, 13(2), 100-105.
- Cusack, A. (2014). The relationship between acceptance, thought suppression, and eating disordered behavior in an adult eating disorders population. *Dissertation Abstracts International*, 74, 8-B (E).
- Dimaro, L. V., Dawson, D. L., Roberts, N. A., Brown, I., Moghaddam, N. G., & Reuber, M. (2014). Anxiety and avoidance in psychogenic nonepileptic seizures: the role of implicit and explicit anxiety. *Epilepsy & Behavior*, 33, 77-86.
- Eating Disorders Coalition (2014). Facts about eating disorders. Retrieved from [http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/factsheet\\_2016.pdf](http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/factsheet_2016.pdf)
- Fox, A. P., & Leung, N. (2009). Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa – A preliminary investigation. *European Eating Disorders Review*, 17, 24-30.
- Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance.
- Garfinkel P. E., & Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating and Weight Disorders*, 6, 1–24.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279.
- Garner, D. M., Rosen, L. W., & Barry, D. (1998). Eating disorders among athletes: Research and recommendations. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 7(4), 839-857.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.) New York, NY: Guilford Press
- Heintzelman, S. J., & King, L. A. (2014). Life is pretty meaningful. *American Psychologist*, 69(6), 561.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and Optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48(1), 658-663.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., & Lowe, M. (2014). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489.
- Kashdan, T. B., & Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 84-89.
- Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and aging*, 22(3), 456.
- Leahy, Robert L. (2018). *Emotional Schema Therapy: Distinctive Features*. Translated by H. kheirabadi & M. Ahowan (2019). Mashhad: Fraangizesh (Persian).
- Mesrabadi, J., Jafariyan, S., & Ostovar, N. (2013). Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students. *International Journal of Behavioral Sciences*, 7(1), 83-90.
- National Institute of Mental Health (NIMH) Eating disorders: About more than food (No. 11-4901) (2014) Available at: [www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/eating-disorders.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/eating-disorders.pdf)
- Owens, G. P., Steger, M. F., Whitesell, A. A., & Herrera, C. J. (2009). Posttraumatic stress disorder, guilt, depression, and meaning in life among military veterans. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(6), 654-657.
- Park, J., & Baumeister, R. F. (2017). Meaning in life and adjustment to daily stressors. *The Journal of Positive Psychology*, 12(4), 333-341.
- Rawal, A., Park, R. J., & Williams, J. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, 48(9), 851-859.
- Ross, S. E., Neibling, B. C., & Heckert, T. M. (1999). Sources of stress among college students. *College Student Journal*, 33(2), 312-317.
- Steger, M. F. & Shin, J. Y. (2010). The relevance of the Meaning in Life Questionnaire to therapeutic practice: A look at the initial evidence. *The International Forum for Logo therapy*, 33, 95-104.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- Steger, M. F., Kawabata, Y., Shimai, S., & Otake, K. (2008). The meaningful life in Japan and the United States: Levels and correlates of meaning in life. *Journal of Research in Personality*, 42, 660-678.
- Sulkowski M, Dempsey J, Dempsey AG. Effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating behaviors* 2012; 12(3): 188- 91.
- Wichianson, J. R., Bughi, S. A., Unger, J. B., Spruijt-Metz, D & Nguyen-Rodriguez, S. T. (2009). Perceived stress, coping and night-eating in college students. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(3), 235-240.
- Wonderlich-Tierney AL, Vander Wal JS .the effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders. *Eating behaviors* 2010; 11(2): 85- 91.
- Yalom ID. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic books.

## اثر باورهای انگیزشی و تعلل‌ورزی بر خودتنظیمی با نقش واسطه‌ای کمک‌طلبی در مورد دانش‌آموزان دوره اول متوسطه

### The effect of motivational beliefs and procrastination on self-regulation with the mediating role of help-seeking on high school students

Nayere Alaei, MSc  
Zahra Naghsh, PhD✉  
Sogand Ghasemzad, PhD

نیره علائی<sup>۱</sup>  
زهرا نقش<sup>۱</sup>  
سوگند قاسم‌زاده<sup>۲</sup>

#### Abstract

Aim of the current study was to investigate the mediating role of help seeking in the relationship among self-regulation, motivation beliefs and procrastination. To fulfill the stated goal, 300 male and female of students of the first year of high school (seventh, eighth, ninth) in Tehran using multistage cluster sampling method were selected for assessing the research variables, the participants completed the Bufard (1995) academic self-regulation scale, Rian Pentrich help seeking (1997) and Takman procrastination questionnaires (1998) and motivational strategies MSLQ (1990). The present research method was used in descriptive-correlational designs of path analysis. Findings showed that motivational beliefs have a significant positive effect on help-seeking and self-regulation and seeking help on self-regulation have a significant positive effect and procrastination has a significant negative effect on self-regulation and help-seeking and motivational beliefs. Based on these findings, it can be concluded that procrastination and motivational beliefs can transform self-regulation in students through help-seeking. Therefore, this research can be examined at the family level to be able to understand the factors affecting self-regulation within the family.

**Keywords:** Self-regulation, Self-regulation learning, Help-seeking, Motivational beliefs, Procrastination.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای کمک‌طلبی در رابطه بین خودتنظیمی با تعلل‌ورزی و باورهای انگیزشی انجام شد. تعداد ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر دوره اول متوسطه (هفتم، هشتم، نهم) شهر تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده و به مقیاس‌های خودتنظیمی تحصیلی بوفارد (۱۹۹۵)، کمک‌طلبی ریان و پنتریچ (۱۹۹۷)، تعلل‌ورزی تاکنمن (۱۹۹۸) و راهبردهای انگیزشی MSLQ (۱۹۹۰) پاسخ دادند. روش پژوهش حاضر در طرح‌های توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل مسیر قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد، باورهای انگیزشی بر کمک‌طلبی و خودتنظیمی و کمک‌طلبی بر خودتنظیمی اثر مثبت معنادار و تعلل‌ورزی بر خودتنظیمی و کمک‌طلبی و باورهای انگیزشی اثر منفی معنادار دارد. همچنین کمک‌طلبی در رابطه‌ی بین خودتنظیمی و تعلل‌ورزی و باورهای انگیزشی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. براساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت تعلل‌ورزی و باورهای انگیزشی به واسطه کمک‌طلبی می‌توانند خودتنظیمی را در دانش‌آموزان دستخوش تحول سازند. لذا می‌توان این پژوهش را در سطح خانواده هم بررسی کرد تا بتوان به عوامل موثر بر خودتنظیمی در درون خانواده هم نیز پی برد. **واژه‌های کلیدی:** خودتنظیمی، یادگیری خودتنظیمی، کمک‌طلبی، باورهای انگیزشی، تعلل‌ورزی.

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۶/۲۱ تصویب نهایی: ۱۳۹۹/۹/۲۳

۱. گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران



## ● مقدمه

خودتنظیمی (Self-regulation) از حوزه‌هایی است که توجه به آن اهمیت بالایی دارد و بر عملکرد تحصیلی فراگیران تاثیرگذار است و سبب موفقیت و پیشرفت تحصیلی آن‌ها می‌شود و نیز از جمله اهدافی که در فرایند تعلیم و تربیت فراگیران حائز اهمیت است، تبدیل فراگیران، به یادگیرندگان راهبردی و برخوردار از توانایی خودتنظیمی در یادگیری است. با وجود اینکه خودتنظیمی سال‌هاست به عنوان متغیری مهم و اساسی در تعلیم و تربیت مورد توجه روانشناسان تربیتی می‌باشد اما هنوز هم نبود خودتنظیمی در بین دانش‌آموزان زیربنای بسیاری از مشکلات آنان است. امروزه با پیشرفت علم و تکنولوژی و شرایط حاکم بر جوامع (شرایط کرونا) و لزوم استفاده‌ی دانش‌آموزان از یادگیری در محیط آنلاین، یادگیری خودتنظیمی نیز بیشتر ضرورت پیدا کرده است (ویبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). دانش‌آموزانی که وارد پایه‌های ابتدایی در مدرسه می‌شوند، باید سازگاری-هایی به عمل آورند که برای موفقیت تحصیلی آنان ضرورت دارند. برخی از این اقدامات عبارت‌اند از: یادگیری پیروی از دستورات، همکاری با سایر دانش‌آموزان و درخواست کمک در مواقع موردنیاز. به موازات ارتقای پایه‌های تحصیلی انتظار می‌رود فعالیت‌های درسی همچون انجام تکالیف خارج از مدرسه و مطالعه و تمرین را خودشان انجام دهند. برای شناسایی عوامل موثر در پیش‌بینی ظرفیت رو به رشد دانش‌آموزان برای سازگاری موفقیت‌آمیز در مطالبات روزافزون مدرسه، مفهوم خودتنظیمی بیان شد. خودتنظیمی پیامدهای ارزشمندی در فرایند یادگیری، آموزش و حتی موفقیت زندگی دارد. در اهمیت نقش خودتنظیمی، اثرات خودتنظیمی در کودکی به عنوان پیش‌بینی کننده نتایج آینده، در پژوهشی مورد بررسی قرار گرفت (روبسون و آلن و هاوارد، ۲۰۲۰). خودتنظیمی به فراگیران این امکان را می‌دهد تا از فرصت‌های یادگیری که پیشرفت مهارت‌های اولیه تحصیلی را تسهیل می‌کند بهره‌مند شوند (اینگ مولنار و همکاران، ۲۰۱۹).

تئوری و تحقیق علمی در مورد یادگیری خودتنظیمی (Self-regulation learning)، از اواسط دهه‌ی ۱۹۸۰ در پاسخ به این سوال مطرح شد که چه طور فراگیران به فرایندهای یادگیری خودشان مسلط می‌شوند. در واقع از دهه ۱۹۸۰ به بعد یادگیری خودتنظیمی به عنوان راهبردی نو برای کمک به فراگیران به منظور تسلط بر فرایندهای یادگیری و به‌طورکلی بهبود کیفیت یادگیری، مورد توجه روانشناسان، مشاوران و متخصصان تعلیم و تربیت قرار گرفت (بندورا، ۱۹۷۷). مطابق نظر بندورا، خودتنظیمی کاربرد توانایی‌ها و قابلیت‌های خودهدایتی، خودکنترلی و خودمختاری است. از نظر او قابلیت‌های ذکر شده تحت تاثیر باور افراد درباره خودکارآمدی در رفتارها و فعالیت‌های مختلف است. چهارچوب اصلی نظریه یادگیری خودتنظیمی توسط زیمرمن و مارتینز-پونز، (۱۹۸۸) مطرح شده است. براساس این نظریه آن چیزی که به خودتنظیمی رفتار کمک می‌کند، معیارهای عملکرد است. در این الگو به طورکلی فراگیرانی را می‌توان خودتنظیم توصیف کرد که از نظر انگیزشی، فراشناختی و رفتاری در فرایند یادگیری خود مشارکت فعال داشته باشند. در همین راستا دیلافانته و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که زمانی که افراد احساس کنند در فرایند یادگیری خودکنترلی نمی‌توانند از راهبردهای یادگیری استفاده نمایند، به راهبردهای خودتنظیمی دست نیافته و دچار افت تحصیلی می‌شوند. یادگیری خودتنظیمی یک ساختار گسترده است که شامل تغییر عملکرد بین سیستم‌های کنترل مختلف (شناخت، توجه، فراشناخت، احساسات، انگیزه و اراده) است (ماریل موسو، ۲۰۱۹).

یکی از عوامل موثر بر راهبردهای یادگیری خودتنظیمی که به دلیل نقش اجرایی آن از اهمیت بسیار برخوردار است، راهبرد کمک‌طلبی (help seeking academic) تحصیلی است. رفتار کمک‌طلبی تحصیلی راهبردی جهت غلبه بر مشکلات یادگیری و افزایش توانمندی تعریف شده است (لیو، ۲۰۱۷). از این رو، کمک‌طلبی یکی از راهبردهای یادگیری است که فراگیران با استفاده از آن می‌توانند مسائل و مشکلات یادگیری و تحصیلی خود را تشخیص داده و از طریق پرسش و کمک گرفتن از دیگران، در جهت رفع آنها برآیند (راندا، سوان، عزیزه، نصار و یحیی، ۲۰۱۲). بررسی ادبیات پژوهشی نشان دهنده‌ی یک دیدگاه نوین و در حال رشد درباره کمک‌طلبی می‌باشد (چن، مک دموت و لویز، ۲۰۱۵) و برخلاف توصیف‌های قبلی از رفتار کمک‌طلبی که مفهوم منفی را، به ذهن متبادر می‌کردند اکنون رفتار کمک‌طلبی به صورت یک عملکرد سازگارانه و توأم با تأثیر مثبت توصیف می‌شود (بتجی و پریور، ۲۰۱۱). بدون شک، فراگیران در کارهای مرتبط با زندگی تحصیلی و مطالعه دروس با مشکلاتی مواجه می‌شوند

که نیاز به کمک دارند، در چنین موقعیتی رفتار کمک‌طلبی به عنوان یک شیوهی مقابله‌ای اثرگذار بر استرس و تنش‌های درونی آنها نقش قابل توجهی دارد که در نتیجه آن علاوه بر ادامه موفقیت‌آمیز جریان یادگیری، مسائل و مشکلات یادگیری تشخیص داده شده و عملکرد تحصیلی نیز بهبود می‌یابد (پاچیکودل کاستیلو، ۲۰۱۷). رفتار کمک‌طلبی تحصیلی شامل رفتارهایی از قبیل سؤال پرسیدن از معلم، والدین و همکلاسی‌ها، تقاضای توضیح بیشتر درباره مسائل، گرفتن سرنخ و راه حل‌ها و سایر کمک‌های درسی است. کمک‌طلبی تحصیلی علاوه بر اینکه راهبردی به منظور رفع مشکلات تحصیلی می‌باشد، به صورت یک فرایند اجتماعی تعاملی نیز مطرح می‌گردد (کیفر و شیم، ۲۰۱۶). کمک‌طلبی صرفاً نیازمند افراد دیگری است که فراگیران با آنها تعامل دارند و از آن‌ها کمک می‌گیرند. در واقع کمک‌طلبی به فراگیران برای نظم بخشیدن به یادگیری خود کمک می‌نماید (گانیدا و کارابنیک، ۲۰۱۹؛ امباتو و کندرا، ۲۰۱۹؛ دلا فانت، ساندر، مارتینز، ۲۰۱۷) به نظر می‌رسد کاهش کمک‌طلبی به عنوان نقطه مقابل جستجوی موفقیت، به عنوان حالت اجتناب از شکست می‌باشد. تصمیم به کمک‌طلبی به شدت تحت تأثیر عوامل انگیزشی، از جمله باورهای انگیزشی، ادراک تهدید و منفعت به کمک‌طلبی و تجربه قبلی کمک‌طلبی قرار دارد (پایاکاچت و همکاران، ۲۰۱۳؛ دو و فان، ۲۰۱۶) و (قدم پور و همکاران، ۱۳۸۲).

باورهای انگیزشی (motivational beliefs) به باورهای فردی اشاره دارد که هدایت‌کننده و جهت‌دهنده فعالیت‌های تحصیلی فراگیران می‌باشند. به عبارت بهتر می‌توان گفت که باورهای انگیزشی دلایل شخصی و فردی فراگیران برای انجام یا اجتناب از یک تکلیف و یا فعالیت تحصیلی می‌باشند (پتريچ و ديگروت، ۱۹۹۰). برای نیل به موفقیت در یادگیری خودتنظیمی علاوه بر آگاهی از راهبردهای متنوع و موثر شناختی و فراشناختی در یادگیری لازم است از الگوهای سازگارانه انگیزشی نیز برخوردار بود. از این‌رو بررسی روابط پیچیده بین باورهای انگیزشی و راهبردهای خودتنظیمی در حوزه‌های مختلف دانش، جایگاهی ویژه در پژوهش‌های تربیتی دارد. همچنین یکی از مشکلات شایع نظام‌های آموزشی بسیاری از کشورهای جهان چه پیشرفته و چه غیرپیشرفته کاهش انگیزه به تحصیل است که این موضوع در پژوهش‌های بسیاری به شکل روشن مورد بررسی قرار گرفته است از جمله (میسکل و همکاران، ۱۹۸۰) که نتایج پژوهش نشان داد که نیمی از فراگیران هیچ‌گونه انگیزه‌ای برای تحصیل ندارند. در همین رابطه (کجباف و همکاران، ۱۳۸۲) هم بیان داشتند که بی‌انگیزگی در بین فراگیران به صورت یک اپیدمی نامحسوس و نامرئی در آمده است. همچنین در پژوهش‌های (اکاک و یاماک، ۲۰۱۳؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۷) رابطه‌ی بین خودتنظیمی و باورهای انگیزشی مورد بررسی قرار گرفته است.

یکی دیگر از عوامل موثر بر خودتنظیمی، تعلل‌ورزی (procrastination) است. تعلل‌ورزی به معنای سهل‌انگاری، به تعویق انداختن کارهاست. همچنین تعریف دیگر تعلل‌ورزی، شامل تعلل در کار یا دوره یا تأخیر در کلاس و در جمع‌آوری تکالیف و پرداخت شهریه، به دلایل تنبلی، بدبودن خلق و خوی، ترجیح دادن به بازی و پاتوق است (یوتامی و همکاران، ۲۰۲۰). در مورد تعلل‌ورزی تحصیلی (academic procrastination) می‌آورند. تعلل‌ورزی تحصیلی یکی از شایع‌ترین مشکلات در سطوح مختلف تحصیلی است که به تمایل غالب فراگیران برای به تأخیر انداختن فعالیت‌ها و اهداف تحصیلی اشاره دارد" تا آنجایی که عملکرد بهینه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. محققان زیادی از جمله (فرنی و همکاران، ۲۰۱۷؛ زانگ، اسبوری، گزیفیس، ۲۰۱۹؛ گابتا و همکاران، ۲۰۱۲؛ ولترز، ۲۰۰۳)؛ تعلل‌ورزی را از پیامدهای ناخوشایند طفره رفتن از انجام مسئولیت‌ها تعریف می‌کنند و به بررسی رابطه‌ی خودتنظیمی با تعلل‌ورزی اقدام کرده‌اند و بیان می‌کنند که تعلل‌ورزی یکی از قویترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتاری خودتنظیمی است و نیز محققان زیادی از جمله (کلاسن و همکاران، ۲۰۰۸؛ هاوول و واتسون، ۲۰۰۷)، معتقدند که افراد تعلل‌ورز در تنظیم و نظم بخشی به رفتارهای خود مشکل دارند. همچنین تعلل‌ورزی و کمک‌طلبی طبق پژوهش‌های پیشین (تقوایی نیا، ۱۳۹۷؛ هورامطیع و محمودحیدری، ۱۳۹۱؛ کابینی مقدم و همکاران، ۱۳۹۸) با هم رابطه دارند.

در پژوهش‌های (هاکان کاراتاس و همکاران، ۲۰۱۶؛ فرنی و همکاران، ۲۰۱۷؛ چنتال میچل و همکاران، ۲۰۱۸؛ کاترینا اسپچین و همکاران، ۲۰۱۶) به رابطه‌ی بین متغیرها اشاره شده است، ولی تاکنون در هیچ پژوهشی نقش واسطه‌ای کمک‌طلبی در تأثیر متغیرهای باورهای انگیزشی و تعلل‌ورزی با خودتنظیمی، بررسی نشده است. با توجه به اهمیت خودتنظیمی در یادگیری و همچنین رابطه کمک‌طلبی با خودتنظیمی در این پژوهش به طور ترجیحی، تمرکز بر رفتار کمک‌طلبی است و لذا در این پژوهش

سعی بر این مهم خواهد شد تا با مشخص شدن تاثیر متغیرهای باورهای انگیزشی و تعلل‌ورزی با نقش واسطه‌ای کمک‌طلبی بر خودتنظیمی پیشنهادهایی ارزنده به متصدیان آموزشی و طراحان و عوامل اجرایی در امر آموزش و همچنین پیشنهادها کاربردی برای پژوهش‌های آتی ارائه شود تا برآن اساس جامعه‌ی آموزشی بتواند برنامه‌های آموزشی مناسبی طرح ریزی کند. مدل مفهومی این پژوهش عوامل موثر بر فرایند خودتنظیمی، باورهای انگیزشی و تعلل‌ورزی با نقش واسطه‌ای کمک‌طلبی را نشان می‌دهد. در این راستا این پژوهش قصد دارد در چهارچوب یک مدل علی، نشان دهد که چگونه خودتنظیمی، با باورهای انگیزشی و تعلل‌ورزی از طریق واسطه‌گری کمک‌طلبی پیش‌بینی می‌گردد.

## • روش

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های بنیادی و از نوع تحلیل مسیر محسوب می‌شود و بر مبنای مفروضات همبستگی است. هدف آن بررسی میان متغیرها در قالب یک مدل علی است. در این مدل، باورهای انگیزشی و تعلل‌ورزی متغیر برون‌زا، کمک‌طلبی متغیر واسطه‌ای و خودتنظیمی متغیر درون‌زا هستند. برای کسب داده‌ها از پرسشنامه‌ی الکترونیکی استفاده شد. با این روش که پرسشنامه‌ی الکترونیکی که شامل ۴ پرسشنامه مورد نظر بود ایجاد شد قبل از سوالات پرسشنامه و در ابتدا با توجه به تفاوت مقیاس‌ها و درجه بندی پاسخ‌ها در هر پرسشنامه توضیحاتی مبنی بر چگونگی پاسخ به سوالات و مفهوم ارقام مندرج در پرسشنامه بیان شد و همچنین با قید کلمه‌ی در صورت تمایل، کسب رضایت از دانش‌آموزان نیز صورت گرفت. سپس لینک پرسشنامه به مدیران مدارس که به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده بودند و از قبل هماهنگی‌های لازم صورت گرفته بود ارسال شد و مدیران مدارس لینک را در اختیار دانش‌آموزان مورد نظر قرار دادند. زمان تقریبی پاسخگویی به پرسشنامه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و برای بررسی معناداری واسطه‌گری و برازش مدل، از نرم‌افزار Lisrel استفاده شده است.

## ابزارها

به منظور گردآوری داده‌ها در این پژوهش ۴ ابزار مورد استفاده قرار می‌گیرد:

**پرسشنامه خودتنظیمی تحصیلی بوفارد (Beaufort Academic Self-Regulation Questionnaire):** پرسشنامه خودتنظیمی تحصیلی را بوفارد و همکارانش (۱۹۹۵) براساس نظریه شناختی بندورا طراحی کرده‌اند و دارای ۱۴ ماده پنج گزینه‌ای بر اساس طیف لیکرت است و طریقه نمره‌گذاری از ۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم است. این پرسشنامه دو خرده مقیاس راهبردهای شناختی و فراشناختی دارد. برای تعیین روایی سازه پرسشنامه خودتنظیمی تحصیلی بوفارد نتایج تحصیلی عاملی نشان داده است که این ابزار قادر است ۵۲ درصد از واریانس خودتنظیمی تبیین نماید. همچنین کدیور (۱۳۸۰) ضریب اعتبار کلی پرسشنامه را براساس آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کرده است. اعتبار خرده مقیاس راهبردهای شناختی ۰/۷۰ و خرده مقیاس راهبردهای فراشناختی ۰/۶۸ است. آلفای کرونباخ خودتنظیمی در این پژوهش ۰/۷۸ به دست آمد.

**پرسشنامه رفتار کمک‌طلبی ریان و پنتریج (Ryan and Pantrich help seeking Questionnaire):** برای سنجش رفتار کمک‌طلبی تحصیلی از پرسشنامه ریان و پنتریج (۱۹۹۷) استفاده می‌شود. پرسشنامه کمک‌طلبی دارای ۲ بعد پذیرش کمک‌طلبی و اجتناب از کمک‌طلبی است که هر بعد دارای ۷ ماده است که با استفاده از مقیاس درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج (۱=کاملاً مخالفم، ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود و دارای ۱۴ ماده است. برای یافتن روایی از تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی از طریق چرخش واریماکس و ابلیمین استفاده شده است که نتیجه منجر به یافتن دو عامل شد یکی پذیرش و دیگری اجتناب از کمک‌طلبی. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای هر دو عامل برابر ۰/۶۸ است. همچنین این پرسشنامه توسط قدمپور (۱۳۸۲) ترجمه و تعیین روایی و اعتبار شد. آلفای کرونباخ کمک‌طلبی در این پژوهش ۰/۷۲ به دست آمد.

**مقیاس ارزیابی تعلل‌ورزی تاکمن (Takman procrastination Assessment Scale) (۱۹۹۸):** مقیاس تعلل‌ورزی تحصیلی ابتدا در ۳۵ ماده به وسیله تاکمن ساخته شد و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹ به دست آمد سپس با انجام تحلیل عاملی

بر روی ۱۸۳ دانشجو فرم ۱۶ ماده ای تک عاملی با همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ را به دست آورد در یک پژوهش (استوبر و جورمن، ۲۰۰۱) میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را در یک نمونه ۱۸۵ نفری دانشجویان ۰/۹۲ به دست آوردند. اعتبار پرسشنامه مذکور در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته است؛ در پژوهشی توسط مطیعی و همکاران (۱۳۹۱) بر روی ۶۰۰ نفر از دانشجویان ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۲ گزارش شده است. روش نمره گذاری آن به صورت مقیاس ۴ درجه ای از (اصلا در مورد من صحیح نیست) با امتیاز ۱، تا (کاملا در مورد من صحیح است) با امتیاز ۴ صورت می گیرد. آلفای کرونباخ تعلق ورزی در این پژوهش ۰/۸۲ به دست آمد.

### پرسشنامه راهبردهای انگیزشی برای یادگیری (MSLQ) (Motivational Strategies for Learning) (Questionnaire)

**(Questionnaire):** پرسشنامه راهبردهای انگیزشی را پتريچ و ديگروت (۱۹۹۰) برای اندازه گیری انگیزش و استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی یادگیرندگان تهیه کردند. این پرسشنامه شامل ۴۷ ماده است که دارای دو مقیاس باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خودتنظیمی است. مقیاس باورهای انگیزشی شامل ۲۷ ماده است که سه عامل خودکارآمدی، ارزش گذاری درونی و اضطراب امتحان را اندازه گیری می کند. مقیاس راهبردهای خودتنظیمی نیز ۲۰ ماده است که راهبردهای شناختی و خودتنظیمی را اندازه گیری می کند. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف ۵ درجه ای لیکرت است و هر عبارت به ترتیب کاملاً موافقم = نمره ۱ و کاملاً مخالفم = نمره ۵ نمره می گیرد. در یک پژوهش که توسط بیجرانو (۲۰۰۷) انجام گرفت آلفای کرونباخ زیر مقیاس های این پرسشنامه در دامنه های بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین این آزمون را گلدوست معینی کیا (۱۳۸۸) بررسی کردند که نتایج به دست آمده آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی، ارزش گذاری درونی و اضطراب امتحان به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۱ و ۰/۶۴ بودند. آلفای کرونباخ باورهای انگیزشی در این پژوهش ۰/۷۰ به دست آمد.

### یافته ها

به منظور بررسی متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش، در این قسمت متوسط عملکرد و پراکندگی نمرات آزمودنی های گروه نمونه و شاخص های توصیفی شامل میانگین، نمرات انحراف معیار و حداکثر و حداقل نمرات هر متغیر در جدول ۱ آورده شده است. با توجه به جدول شماره ۱، کجی همه متغیرها به جز کمک طلبی منفی است. بیشترین مقدار کجی (بدون در نظر گرفتن علامت) مربوط به متغیر خودتنظیمی و کمترین مقدار کجی مربوط به متغیر کمک طلبی است. کشیدگی متغیرهای کمک طلبی، باورهای انگیزشی و تعلق ورزی منفی و کشیدگی متغیر خودتنظیمی مثبت است. بیشترین مقدار کشیدگی مربوط به متغیر تعلق ورزی و کمترین مقدار کشیدگی مربوط به متغیر خودتنظیمی است با توجه به اینکه مقادیر کجی و کشیدگی مربوط به تمامی متغیرها، در محدوده ۳- تا ۳ قرار دارند، در نتیجه شکل توزیع نمرات مربوط به همه متغیرها در جامعه مورد نظر، نرمال است.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	حداقل نمرات	حداکثر نمرات	میانگین نمرات	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
خودتنظیمی	۱/۰۰	۵/۰۰	۳/۵۱۲۳	۰/۸۵۷۵۳	-۱/۵۹	۰/۱۴۳
کمک طلبی	۱/۰۰	۵/۰۰	۲/۹۸۷۰	۰/۸۵۴۷۳	۰/۰۲۶	-۰/۶۳۲
باورهای انگیزشی	۱/۰۰	۵/۰۰	۳/۱۲۵۴	۰/۸۱۳۹۳	-۰/۱۴۰	-۰/۴۴۵
تعلق ورزی	۱/۲۲	۵/۰۰	۳/۴۶۵۵	۰/۹۱۹۴۲	-۰/۲۹۵	۰/۷۰۹

با توجه به این نکته که مبنای تجزیه و تحلیل مدل های علی، ماتریس همبستگی می باشد، در ادامه ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آورده شده است. با توجه به جدول شماره ۲ تمام روابط میان متغیرهای پژوهش معنادار است.

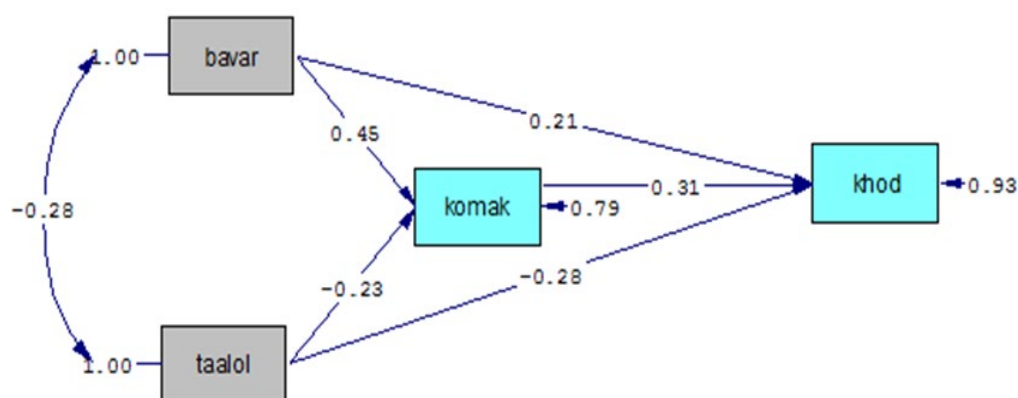
اثر خودتنظیمی بر کمک‌طلبی (۰/۱۲۴) و باورهای انگیزشی (۰/۲۴۳) مثبت و معنادار است یعنی با افزایش خودتنظیمی کمک‌طلبی و باورهای انگیزشی افزایش پیدا می‌کند و اثر مثبت و معنادار باورهای انگیزشی و کمک‌طلبی (۰/۴۵۵)، که یعنی با افزایش باورهای انگیزشی کمک‌طلبی افزایش پیدا می‌کند و اثر منفی و معنادار تعلل‌ورزی با خودتنظیمی (۰/۱۴۴) و باورهای انگیزشی (۰/۲۸) و کمک‌طلبی (۰/۱۵۳) را نشان می‌دهد که یعنی با افزایش تعلل‌ورزی، خودتنظیمی و کمک‌طلبی و باورهای انگیزشی کاهش پیدا می‌کنند.

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	خودتنظیمی	کمک‌طلبی	باورهای انگیزشی	تعلل‌ورزی
خودتنظیمی	۱			
کمک‌طلبی	**۰/۱۲۴	۱		
باورهای انگیزشی	**۰/۲۴۳	**۰/۴۵۵	۱	
تعلل‌ورزی	**۰/۱۴۴	**۰/۱۵۳	**۰/۲۸۰	۱

\*\*P<۰/۰۱

شکل ۱ نشان دهنده نمودار مسیر مدل پیش‌بینی خودتنظیمی می‌باشد. خط‌های ممتد نشان‌دهنده معناداری روابط و خط‌های نقطه چین نشان‌دهنده روابط غیر معنادار بین متغیرها هستند. اثر غیرمستقیم باورهای انگیزشی بر خودتنظیمی به واسطه کمک‌طلبی (۰/۱۴) مثبت و معنادار و اثر غیرمستقیم تعلل‌ورزی بر خودتنظیمی به واسطه کمک‌طلبی نیز (۰/۰۷-) منفی و معنادار است. به عبارتی متغیر کمک‌طلبی در رابطه باورهای انگیزشی و خودتنظیمی، همچنین در رابطه تعلل‌ورزی و خودتنظیمی نقش واسطه ای دارد. پس از بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم، به بررسی میزان واریانس تبیین شده متغیرهای وابسته در مدل که خودتنظیمی است، می‌پردازیم، که میزان واریانس تبیین شده خودتنظیمی توسط متغیرهای باورهای انگیزشی، تعلل‌ورزی و کمک‌طلبی برابر با ۲۱ درصد می‌باشد. میزان واریانس تبیین شده کمک‌طلبی توسط متغیرهای باورهای انگیزشی و تعلل‌ورزی برابر با ۱۷ درصد است.



شکل ۱. نشان دهنده نمودار مسیر برآورد پارامترهای استاندارد شده مدل پیش‌بینی خودتنظیمی

پس از برآورد پارامترها نوبت به اندازه‌گیری برازش مدل می‌شود که در این پژوهش شاخص‌های نیکویی برازش GFI، AGFI، RMSEA و  $\chi^2$  گزارش شده است. جدول شماره ۳ شاخص‌های نیکویی برازش مدل پیش‌بینی خودتنظیمی را نشان می‌دهند.

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش الگوی اصلاح شده پیش‌بینی خودتنظیمی

برآورد	شاخص
۰/۹۹	نیکویی برازش (GFI)
۰/۹۲	تعدیل شده نیکویی برازش (AGFI)
۰/۰۴۹	ریشه خطاهای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)
۳/۴۳	مجذور کای ( $\chi^2$ )
۱	درجه آزادی (dF)

مقدار ثابتی برای مطلوب بودن دو شاخص GFI و AGFI وجود ندارد، اما هر چقدر این مقادیر به عدد ۱ نزدیک‌تر باشند، مدل برازش مناسب‌تری دارد. با توجه به جداول بالا، این دو شاخص بسیار خوب هستند که گواه از برازش خوب مدل است. شاخص RMSEA نیز برای مدل‌های خوب از ۰/۰۵ کمتر است که با توجه به جدول، مدل پیشنهادی برازندگی بسیار خوبی دارد. آخرین شاخص  $\chi^2$  است که میزان تفاوت ماتریس مشاهده شده و برآورد شده را اندازه‌گیری می‌کند و عدم معناداری آن نشان دهنده برازش مناسب مدل می‌باشد. مجذور کای و نسبت  $\chi^2$  به درجه آزادی، به قدر مطلق پس ماندها توجه دارد و در یک مدل ایده‌آل این نسبت برابر با ۱ خواهد بود. با توجه به جدول بالا، نسبت مجذور کای به درجه آزادی در مدل به ۱ بسیار نزدیک است که گواه برازش بسیار خوب دو مدل ذکر شده است. اما با توجه به حساسیت این شاخص به حجم نمونه و انحراف از فرض نرمال بودن چند متغیره، در موارد معناداری آن به شاخص دیگر مثل نسبت مجذور کای به درجه آزادی (خصوصاً برای حجم نمونه بیشتر از ۲۰۰)، ریشه میانگین مجذورات باقی مانده، تعدیل شده نیکویی برازش و یا شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب، مراجعه می‌شود. با توجه به مقدار شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح شده، این مدل برای داده‌های حاصل از این پژوهش برازش نسبتاً خوبی داشته است.

## • بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش واسطه‌ای کمک‌طلبی در رابطه‌ی بین خودتنظیمی با تعلل‌ورزی و باورهای انگیزشی انجام شد. از جمله نتایج مهم این پژوهش این است که، باورهای انگیزشی بر خودتنظیمی با واسطه‌ی کمک‌طلبی اثر غیرمستقیم دارد. اثر غیرمستقیم باورهای انگیزشی بر خودتنظیمی به واسطه کمک‌طلبی مثبت و معنادار است. به عبارتی متغیر یادگیری کمک‌طلبی در اثر بین باورهای انگیزشی و خودتنظیمی نقش واسطه‌ای دارد. این بدین معنی است که هرچه باورهای انگیزشی در دانش‌آموزان قویتر باشد رفتار کمک‌طلبی بالاتر می‌رود و در نتیجه خودتنظیمی افزایش پیدا می‌کند. در حقیقت با توجه به اینکه انگیزش یکی از مهم‌ترین عناصر یادگیری و پیشرفت است، دانش‌آموزانی که انگیزه‌ی یادگیری دارند، در یادگیری مطالب از فرایندهای شناختی عالی‌تری استفاده می‌کنند رفتارهای انگیزشی با باورهایی که دانش‌آموزان درباره‌ی خودشان و تکالیف دارند، در ارتباط است حال اگر این باورها در دانش‌آموز رشد پیدا کند بهتر می‌تواند از رفتار کمک‌طلبی تحصیلی در جهت پیشرفت و افزایش عملکرد خود استفاده نماید و در نتیجه دانش‌آموزی با خودتنظیمی بالا می‌گردد که می‌تواند به طور نظام‌مند، افکار و احساسات و رفتارهای خود را در جهت رسیدن به اهداف مورد نظر هدایت کند. و همچنین از دیگر نتایج مهم این پژوهش اثر غیرمستقیم تعلل‌ورزی بر خودتنظیمی به واسطه کمک‌طلبی منفی و معنادار است به عبارتی کمک‌طلبی در رابطه تعلل‌ورزی و خودتنظیمی نقش واسطه‌ای دارد. این بدین معنی است که هرچه میزان تعلل‌ورزی در دانش‌آموزان بالاتر باشد رفتار کمک‌طلبی پایین‌تر خواهد بود و در نتیجه خودتنظیمی کاهش پیدا خواهد کرد. امروزه مشخص شده است که تعلل‌ورزی مداوم تحصیلی به نتایج و پیامدهای رفتاری همچون ارائه دیر هنگام تکالیف، یادگیری شتابزده، اضطراب امتحان، هراس اجتماعی، ترس از شکست، افت تحصیلی و ترک تحصیل منجر و در بلندمدت به آسیب‌های روانی همچون افسردگی و اضطراب منتهی می‌شود که خود بر نظام آموزشی اثر سوء دارد (استیل، ۲۰۰۷) با افزایش استرس، و پیامدهای منفی در زندگی تحصیلی دانش‌آموزان، تعلل‌ورزی به‌عنوان مانعی برای موفقیت تحصیلی، کمیت و کیفیت یادگیری را کاهش می‌دهد (میراو و مارینا، ۲۰۱۴) پس با افزایش تعلل‌ورزی، کمک‌طلبی در نقش واسطه‌ای کاهش می‌یابد که منجر به اجتناب از کمک‌طلبی می‌گردد. اجتناب از کمک‌طلبی به رفتاری اشاره دارد که در آن دانش‌آموز نیازمند کمک، از کمک گرفتن خودداری می‌کند، برای کمک گرفتن پیشقدم نمی‌شود، ادراک نامناسب و نگرش ناکارآمد در مورد کمک‌طلبی دارد و تمایلی ندارد، نمی‌داند و یا نمی‌تواند پریشانی‌های روانشناختی خود را به شیوه مناسب و کارآمد مدیریت کند، چون نمی‌تواند از نگاه همکلاسی‌های خود به عنوان فردی نالایق و بی‌کفایت معرفی شود (چنگ و تسای، ۲۰۱۱؛ پاچیکودلکاستیلو، ۲۰۱۷) و در نتیجه منجر به کاهش خودتنظیمی در دانش‌آموزان می‌گردد. یافته‌های دیگر این پژوهش حاکی بر این است که باورهای انگیزشی بر کمک‌طلبی اثر مستقیم دارد. این بدین معنا است که هرچه باورهای انگیزشی بالاتر باشد، کمک‌طلبی بیشتر می‌شود. که این یافته‌ها با یافته‌های (پایاکاچت و همکاران، ۲۰۱۳؛ دو و

فان، ۲۰۱۶)، همسو می‌باشند. با توجه به اینکه باورهای انگیزشی دسته‌ای از معیارهای شخصی و اجتماعی است که افراد برای انجام دادن یا پرهیز کردن از یک عمل به آن مراجعه می‌کنند پس دانش‌آموزانی که دارای باورهای انگیزشی بالاتری هستند، بهتر و بیشتر می‌توانند از رفتار کمک‌طلبی در حل مشکلات خود استفاده نمایند. همچنین باورهای انگیزشی، کنش‌های دانش‌آموزان را در راستای برنامه ریزی، سازماندهی، بازبینی، تصمیم‌گیری، حل مسئله و ارزیابی هدایت می‌کند (ادوئل و اسمیت و همکاران، ۲۰۰۷). در همین رابطه (هاریس و هدجز، ۱۹۹۵) هم بیان داشتند که بی‌انگیزگی در بین فراگیران به صورت یک اپیدمی نامحسوس و نامرئی در آمده است. مسئله‌ای که در اینجا مطرح می‌شود این است که اگر نوجوانان توانایی فرآیند برای آگاهی از نیازمندی خود به کمک دارند، پس بسیاری از آنها تصمیم به جستجوی کمک نمی‌گیرند. این تناقض آشکار، اهمیت توجه به عوامل انگیزشی موثر در رفتار کمک‌طلبی دانش‌آموزان را در کلاس درس برجسته می‌سازد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش می‌توان به این اشاره کرد که تعلل‌ورزی با کمک‌طلبی اثر مستقیم دارد. تعلل‌ورزی بر کمک‌طلبی اثر معکوس معناداری دارد این بدین معنی است که هرچه افراد تعلل‌ورزتر باشند کمک‌طلبی آنها کمتر می‌شود. که این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش (استد و شاناهان، ۲۰۱۰) و (کابینی مقدم و همکاران، ۱۳۹۸، تقوایی نیا، تقوایی نیا، ۱۳۹۷؛ هورامطیع و محمودحیدری، ۱۳۹۱) همسو می‌باشند. با توجه به اینکه می‌توان از ویژگی‌های بارز دانش‌آموزان تعلل‌ورز به عدم تمایل آنان به کمک گرفتن از همکاری و تخصص اطرافیان اشاره کرد، استفاده از آموزش راهبردهای کمک‌طلبی در این زمینه موثر واقع خواهد شد که این موضوع در این پژوهش به خوبی نشان داده شد. همچنین با توجه به اینکه تعلل‌ورزی یکی از عوامل موثر بر کاهش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان است، بسیاری از دانش‌آموزان برای غلبه بر مشکلات تحصیلی از رفتار کمک‌طلبی کمک می‌گیرند که البته بسته به خصوصیات دانش‌آموز و همچنین جنسیت، استفاده از کمک‌طلبی در همه یکسان نیست.

و نیز نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که باورهای انگیزشی بر خودتنظیمی اثر مستقیم دارد که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (اکاک و یاماک، ۲۰۱۳؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۷) همسو است. در واقع باورهای انگیزشی دانش‌آموزان بر میزان یادگیری و استفاده از راهبردهای خودتنظیمی تاثیر بسیار دارد و از عوامل تعیین‌کننده موفقیت تحصیلی به شمار می‌آید پس با توجه به اینکه یکی از مشکلات شایع نظام‌های آموزشی بسیاری از کشورهای جهان چه پیشرفته و چه غیرپیشرفته کاهش انگیزه به تحصیل است، براساس نتایج این پژوهش می‌توان با افزایش خودتنظیمی انگیزه‌ی تحصیلی دانش‌آموزان را افزایش داد.

در ادامه اثر معکوس معنادار تعلل‌ورزی بر خودتنظیمی را می‌توان از نتایج این پژوهش دانست یعنی با افزایش تعلل‌ورزی مقدار خودتنظیمی کاهش می‌یابد که با نتایج پژوهش‌های (یانگ و اسبورتی، ۲۰۱۹؛ هانگ و دونگ، ۲۰۱۸؛ فرنی و همکاران، ۲۰۱۷؛ کاندمیر، ۲۰۱۴؛ پارک و راین، ۲۰۱۲؛ کلاسن و همکاران، ۲۰۰۸) همسو است. رفتار تعلل‌ورزی تحصیلی در بین دانش‌آموزان کاملاً متداول است که باعث می‌گردد فرایندهای یادگیری دانش‌آموزان به دلیل رفتار تعلل‌ورزی ناکام بماند، این تعلل‌ورزی مانعی برای موفقیت تحصیلی آنها و نیز باعث افت تحصیلی می‌گردد و همچنین سطحی از اضطراب ناشی از تعلل را تجربه می‌کنند (برسو و همکاران، ۲۰۰۷)، بنابراین بر اساس نتایج این پژوهش این رفتارها ناشی از کاهش خودتنظیمی در دانش‌آموز است و دانش‌آموزانی که خودتنظیمی پایینی دارند، اهداف شان را مشخص نمی‌کنند، از انجام دادن تکالیف سر باز می‌زنند و به اجبار والدین تکالیفشان را انجام می‌دهند. آنها از شکست خوردن می‌هراسند و از تلاش کردن دست بر می‌دارند. آنها معمولاً به دنبال تکالیف ساده هستند و برای رسیدن به موفقیت تلاش نمی‌کنند.

کمک‌طلبی بر خودتنظیمی رابطه مستقیم دارد. اثر مستقیم کمک‌طلبی بر خودتنظیمی مثبت و معنادار است. به عبارتی با افزایش کمک‌طلبی، خودتنظیمی بیشتر می‌شود که با نتایج این پژوهش‌ها همسو است (کارانینیک، ۲۰۱۱؛ هولت، ۲۰۱۴، عطاری و ازگلی، ۲۰۱۶؛ کارابنیک و گاندیا، ۲۰۱۸؛ امباتو و کندرا، ۲۰۱۹). دانش‌آموزان خودتنظیم برای انجام دادن تکالیف شان منتظر اجبار والدین نیستند ولی در صورت لزوم از آنها کمک می‌طلبند. این پژوهش نشان می‌دهد که کمک‌طلبی می‌تواند به عنوان یک راهبرد یادگیری خودتنظیمی مهم و به عنوان یک ویژگی مهم فراگیران قوی، باعث برانگیختن بیشتر دانش‌آموزان و عملکرد تحصیلی بهتر آنان شود.

## • نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان دادند که بین خودتنظیمی و باورهای انگیزشی و تعلل‌ورزی با واسطه‌گری کمک‌طلبی رابطه وجود دارد. در سطح نظری، این پژوهش نشان داد در فرایند یادگیری خودتنظیمی متغیرها و مولفه‌های فراوانی تاثیرگذار هستند و می‌توان با کمک به دانش‌آموزان در کاهش تعلل‌ورزی و همچنین با ایجاد انگیزه در آنان و افزایش باورهای انگیزشی و کمک به دانش‌آموز در استفاده به جا و به موقع از رفتار کمک‌طلبی، خودتنظیمی را افزایش داد و نیز توانست تا حدی پیچیدگی‌ها و ابهامات بین تأثیرات این متغیرها را روشن و برطرف نماید و این پژوهش راه را برای بررسی نقش دیگر متغیرها باز می‌کند و برای اولین بار نقش واسطه‌ای کمک‌طلبی در ارتباط بین این متغیرها بررسی شد. پیامد عملی پژوهش حاضر، استفاده از یافته‌های پژوهش برای آموزش و طراحی برنامه‌ی توانمندسازی خودتنظیمی است و مداخلات و تمهیداتی در جهت توجه بیشتر به آموزش خودتنظیمی در بین دانش‌آموزان است و نیز نقش مهم آن در کاهش تعلل‌ورزی و افزایش باورهای انگیزشی از طریق کمک گرفتن از رفتار کمک‌طلبی است.

همانطور که در این پژوهش مطرح گردید با وجود اینکه خودتنظیمی سال‌هاست به عنوان متغیری مهم و اساسی در تعلیم و تربیت مورد توجه روانشناسان تربیتی است با این حال هنوز هم نبود خودتنظیمی در بین دانش‌آموزان زیربنای بسیاری از مشکلات آنان است. امروزه با پیشرفت علم و تکنولوژی و لزوم استفاده از فضای مجازی برای دانش‌آموزان و ضمن داشتن آگاهی از آسیب‌های این فضا برای نوجوانان به اهمیت آموزش خودتنظیمی در بین دانش‌آموزان بیشتر پی می‌بریم و لازم می‌دانیم نتایج حاصل از پژوهش‌ها را بیش از پیش به طور کاربردی در زندگی و تحصیل دانش‌آموزان بیامیزیم. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این اشاره کرد که: در این تحقیق از پرسشنامه استفاده شد که به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شدند و سوالات باز پاسخ در آن وجود نداشتند. در گزارش‌های مبتنی بر خودگزارش‌دهی همیشه سوگیری وجود دارد بنابراین سایر روش‌های کیفی جمع‌آوری اطلاعات مانند مصاحبه شخصی با دانش‌آموزان و معلمان، مشاهده و روش‌های آزمایشی می‌توانست اطلاعات شفاف‌تری در اختیار پژوهشگر قرار داده و اعتبار یافته‌های آن را افزایش دهد. قابل ذکر است که این پژوهش تنها تعداد کمی از متغیرهای اثرگذار بر خودتنظیمی را مورد بررسی قرار داده است.

## • منابع

- تقوایی نیا، علی (۱۳۹۷)، تاثیر آموزش راهبرد های فراشناختی بر کمک طلبی و تعلل ورزی تحصیلی دانشجویان مشروطی. فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری. سال ششم، (۱۱): ۲۲-۱.
- قدم پور، عزت؛ سرمد، زهره. (۱۳۸۲). نقش باورهای انگیزشی در رفتار کمک طلبی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان. مجله روانشناسی. ۷ (۲) (پیاپی ۲۶): ۱۱۲-۱۲۶.
- کابینی مقدم، سلیمان؛ انتصارفومنی، غلامحسین؛ حجازی، مسعود؛ اسدزاده، حسن. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش راهبرد یادگیری خودگردان در افزایش سرزندگی تحصیلی و وجدان تحصیلی دانش آموزان اهمال کار. روانشناسی تربیتی. ۱۴ (۵۰): ۱۷۱-۱۹۳.
- کجباف، محمد باقر؛ مولوی، حسین؛ شیرازی تهرانی. (۱۳۸۲). رابطه باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خودتنظیمی با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی. تازه های علوم شناختی، ۵ (۱): ۲۷-۳۳.
- مطیعی، حورا؛ حیدری، محمود؛ صادقی، منصوره. (۱۳۹۱). پیش بینی اهمال کاری تحصیلی بر اساس مولفه های خودتنظیمی در دانش آموزان پایه اول دبیرستان های شهر تهران. روانشناسی تربیتی. ۸ (۲۴): ۴۹-۷۰.
- Attari M, Ozgoli G & Solhi M. (2016). Study of Relationship between Illness Perception and Delay in Seeking Help for Breast Cancer Patients Based on Leventhal's Self-Regulation Model. *Journal of Cancer Prevention*, 17(167-174)
- Bathje, G. J., Pryor, J. B. (2011). The Relationships of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(2), 161-176.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Cheng, K., Tsai, C. (2011). "An investigation of Taiwan university students' perceptions of online academic help seeking and their web-based learning self-efficacy". *The Internet and Higher Education*, 14(3), 150-157.
- De la Fuente, J., Sander, P., Martínez-Vicente, J. M., Vera, M., Garzón, A., & Fadda, S. (2017). Combined effect of levels in personal self-regulation and regulatory teaching on meta-cognitive, on meta-motivational, and on academic achievement variables in undergraduate students. *Frontiers in Psychology*, 8, 232.
- Du, J., Xu, J., & Fan, X. (2016). Investigating factors that influence students' help seeking in math homework: A multilevel analysis. *Learning and Individual Differences*, 48, 29-35



- Fernie, Bruce A., Zinnia Bharucha, Ana V. Nikčević, Claudia Marino, Marcantonio M. Spada. (2017). A Metacognitive Model of Procrastination. *Journal of Affective Disorders*, 3(16), 1-31
- Gupta, R., Hershey, D. A., Gaur, J. (2012). "Time perspective and procrastination in the workplace: An empirical investigation". *Current Psychology*, 31(2), 195-211.
- Gonida, E. N., Karabenick, S. A., Stamovlasis, D., Metallidou, P., & Greece, T. C. (2019). Help seeking as a self-regulated learning strategy and achievement goals: The case of academically talented adolescents. *High Ability Studies*, 30(1-2), 147-166.
- Chen, H.L., McDermott, R. C., Lopez, F. G. (2015). "Mental health, self-stigma, and help-seeking intentions among emerging adults: An attachment perspective. *Counseling Psychologist*
- Howell, A. J., & Watson, D. C. (2007). Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 167-178.
- Kiefer, S. M., & Shim, S. S. (2016). Academic help seeking from peers during adolescence: The role of social goals. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 42, 80-88.
- Klassen, R. M., Krawchuk, L. L., & Rajani, S. (2008). Academic procrastination of undergraduates: Low self-efficacy to self-regulate predicts higher levels of procrastination. *Contemporary Educational Psychology*, 33(4), 915-931.
- Pachecodel Castillo, L. A. (2017). Dominican college students' experiences of distress, help-seeking and stigma.
- Mbato, C. L., & Cendra, A. (2019). Efl undergraduate students' self-regulation in thesis writing: help-seeking and motivation-regulation. *JELE (Journal of English Language and Education)*, 5(1), 66-82.
- Mahasneh, R. A., Sowan, A. K., & Nassar, Y. H. (2012). Academic help-seeking in online and face-to-face learning environments. *E-Learning and Digital Media*, 9(2), 196-210.
- Meirav, H., Marina, G. (2014). "Academic procrastination, emotional intelligence, academic self-efficacy, and GPA: A Comparison between students with and without learning disabilities". *Journal of Learning Disabilities*, 47(2), 21-31
- Michel, C., Schnyder, N., Schmidt, S. J., Groth, N., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2018). Functioning mediates help-seeking for mental problems in the general population. *European Psychiatry*, 54, 1-9.
- Liu, S. H. (2017). Relationship between the factors influencing online help-seeking and self-regulated learning among Taiwanese preservice teachers. *Computers in Human Behavior*, 72, 38-45.
- Ocak G, Yamac A. (2017). The self-regulation of motivation: Motivational strategies as mediator between motivational beliefs and engagement for learning. *International Journal of Educational Research*. 82, 124-134.
- Ocak G, Yamac A. (2013). Examination of the Relationships between Fifth Graders' Self-regulated Learning Strategies, Motivational Beliefs, Attitudes and Achievement. *Journal of Educational Sciences: Theory & Practice*. 13 (1), 380-387.
- Pacheco del Castillo, L. A. (2017). Dominican college students' experiences of distress, help-seeking and stigma. A dissertation submitted to the Graduate College in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Counselor Education and Counseling Psychology. Western Michigan University.
- Pintrich, P.R., & DeGroot, E.V. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of Educational Psychology*, 82, 33-40
- Robson D, Allen M & Howard S. (2020). Self-regulation in childhood as a predictor of future outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Faculty of Social Sciences Papers*. 4656. research Online
- Shim, S. S., Rubenstein, L. D., & Drapeau, C. W. (2016). When perfectionism is coupled with low achievement: The effects on academic engagement and help seeking in middle school. *Learning and Individual Differences*, 45, 237-244.
- Stead, R., Shanahan, M. J., & Neufeld, R. W. (2010). "I'll go to therapy, eventually": Procrastination, stress and mental health. *Personality and individual differences*, 49(3), 175-180
- Smit, K., de Brabander, C. J., Boekaerts, M., & Martens, R. L. (2017). The self-regulation of motivation: Motivational strategies as mediator between motivational beliefs and engagement for learning. *International Journal of Educational Research*, 82, 124-134.
- Utami M, Arbiansyah T & Hidayati, Y. (2020). Influence of stress and self-regulation learning on academic procrastination. *European Journal of Education Studies*, 7(7), 438-446
- Viberg, O., Khalil, M., & Baars, M. (2020, March). Self-regulated learning and learning analytics in online learning environments: A review of empirical research. In *Proceedings of the tenth international conference on learning analytics & knowledge* (pp. 524-533).
- Wolters, C.A. (2003). Understanding Procrastination from a Self-Regulated Learning Perspective. *J. q. Psychol.* 95(1), 179-187.
- Yang Z, Asbury K & Griffiths M. (2019). An Exploration of Problematic Smartphone Use among Chinese University Students: Associations with Academic Anxiety, Academic Procrastination, Self-Regulation and Subjective Wellbeing. *Journal of Int J Ment Health Addiction*. 17, 596-614.
- Zimmerman, B.J. & Martinez-Pons, (1988). Construct validation of a strategy model student self-regulated learning. *Journal of educational psychology*. 80, 352-358

## بررسی نقش واسطه‌ای عزت‌نفس سازمان‌محور در تأثیر وظیفه‌شناسی و توافق‌جویی بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی در کارکنان شرکت ملی حفاری ایران

### Investigating the Mediating Role of Organization-Based Self-Esteem in the Effect of Conscientiousness & Agreeableness on Task Performance & Organizational Citizenship Behavior in Employees of the National Iranian Drilling Company

Mohammad Bagher Kajbaf, PhD	محمدباقر کجباغ <sup>۱</sup>
Sima Parizadeh, MSc	سیما پری‌زاده <sup>۲</sup>
Sahar Savadkouhi Khoigani, PhD <sup>✉</sup>	سحر سوادکوهی خویگانی <sup>*۱</sup>
Saba Gheysari, MSc	سبا قیصری <sup>۲</sup>

#### Abstract

The aim of this study was to, investigated the mediating role of organization-based self-esteem in the effect of conscientiousness & agreeableness on task performance and organizational citizenship behavior. The sample of study was 234 employees of the National Iranian Drilling Company who were selected using stratified random sampling. In this study, was used standard questionnaires such as personality characteristics (NEO), job performance, organizational citizenship behavior, & organization-based self-esteem, & for analyzing data, was used Path Analysis Method. The research model test showed the good fitted of the model. Examination of the direct effects indicated that conscientiousness & agreeableness have a significant & positive effect on task performance, organizational citizenship behavior, & organization-based self-esteem, & organization-based self-esteem has a significant & positive effect on task performance, & organizational citizenship behavior. Also, the indirect effects test showed that organization-based self-esteem has mediating role in the effect of conscientiousness & agreeableness on task performance & organizational citizenship behavior. Accordingly, with regard to variables such as conscientiousness, agreeableness & increase of organization-based self-esteem, the rate of task performance, & employees' organizational citizenship behavior could be increased.

**Keywords:** Organization-based Self-esteem, conscientiousness, Agreeableness, Task performance, Citizenship behavior, Employees, the National Iranian Drilling Company.

#### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین نقش واسطه‌ای عزت‌نفس سازمان‌محور در تأثیر وظیفه‌شناسی و توافق‌جویی بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی بود. نمونه‌ی پژوهش، ۲۳۴ نفر از کارکنان شرکت ملی حفاری ایران بود که با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. در این پژوهش، از پرسشنامه‌های استاندارد هم‌چون ویژگی‌های شخصیتی (NEO)، عملکرد شغلی، رفتار شهروندی سازمانی و عزت‌نفس سازمان‌محور و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده شد. آزمون الگوی پژوهش نشان‌دهنده برازندگی خوب الگو بود. بررسی تأثیرات مستقیم نشان داد که وظیفه‌شناسی و توافق‌جویی تأثیر مثبت و معناداری بر عملکرد وظیفه‌ای، رفتار شهروندی سازمانی و عزت‌نفس سازمان‌محور دارند و عزت‌نفس سازمان‌محور تأثیر مثبت و معناداری بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی دارد. هم‌چنین، آزمون تأثیرات غیرمستقیم نیز نشان داد که عزت‌نفس سازمان‌محور نقش واسطه‌ای در تأثیر وظیفه‌شناسی و توافق‌جویی بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی دارد. بر این اساس با در نظر گرفتن متغیرهایی هم‌چون وظیفه‌شناسی، توافق‌جویی و افزایش عزت‌نفس سازمان‌محور می‌توان میزان عملکرد وظیفه‌ای و رفتارهای شهروندی سازمانی را ارتقاء داد.

**واژه‌های کلیدی:** عزت‌نفس سازمان‌محور، وظیفه‌شناسی، توافق‌جویی، عملکرد وظیفه‌ای، رفتار شهروندی، کارکنان، شرکت ملی حفاری ایران.

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۶/۳۱ تصویب نهایی: ۱۳۹۹/۸/۲۳

۱. گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲. گروه روانشناسی صنعتی و سازمانی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

## ● مقدمه

عزت نفس یکی از خصوصیات شخصیتی است که به شیوه‌ای پایدار و پیش‌بینی پذیر می‌تواند بر رفتارهای سازمانی تأثیر گذار باشد. در تحقیقات متعددی که در چند سال اخیر انجام شدند تأکید بسیار زیادی بر تمایز بین ابعاد مختلف عزت نفس و خصوصاً نوع مهم آن یعنی عزت نفس سازمان‌محور (organization-based self-esteem) شده است (گاش، ریو و هاینس، ۲۰۱۲). عزت نفس سازمان‌محور به‌عنوان پدیده‌ای سلسله‌مراتبی و چندبُعدی تعریف شده‌است که نشان‌دهنده‌ی میزانی است که فرد باور دارد که او به‌عنوان عضوی مهم، با ارزش و توانا در سازمان است. عزت نفس سازمان‌محور پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی در شناخت، عاطفه و رفتار می‌باشد. عزت نفس از طریق دو روش می‌تواند بر رفتارهای کاری تأثیر گذار باشد؛ نخست این‌که کارکنان سطوح مختلفی از عزت نفس در کار دارند که این موضوع بر نحوه‌ی رفتار، احساس و افکار آنان در کار تأثیر گذار است و دوم این‌که انسان‌ها به‌طور کلی به احساس خوب بودن در مورد خودشان، افکار یا رفتارهایشان نیاز دارند (صادقیان، ۱۳۸۸). عزت نفس سازمان‌محور پیامدهای مثبتی را با خود به همراه دارد. کسانی که دارای عزت نفس بالایی هستند معمولاً مشاغل چالش‌برانگیز را مانند یک فرصت در نظر می‌گیرند و برعکس افراد دارای عزت نفس پایین، مشاغل چالش‌برانگیز را هم‌چون موقعیتی نامطلوب می‌دانند که می‌توانند شکست آنان را موجب شوند. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که افرادی که عزت نفس بالایی دارند در هنگام شکست، خوش‌بینی‌شان را حفظ می‌کنند که در نتیجه منجر به خشنودی شغلی (job satisfaction) و رسیدن به موفقیت در آینده می‌شود (جاج و بونر، ۲۰۰۱). هم‌چنین تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که کارکنانی که عزت نفس سازمان‌محور در آنان بالاست، در مقایسه با آنانی که عزت نفس کم‌تری دارند، دارای عملکرد بهتر و نگرش مثبت نسبت به محیط کار خود هستند (پیرس، گاردنر، کامینگز و دانهام، ۱۹۸۹).

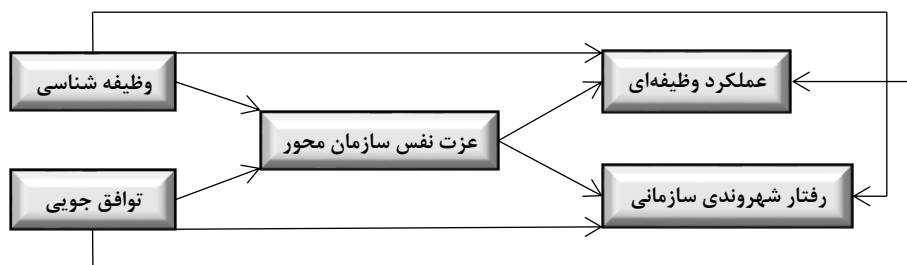
از جمله متغیرهایی که در برخی پژوهش‌ها رابطه‌ی آن با عزت نفس سازمان‌محور مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است، ویژگی‌های شخصیتی می‌باشد. خصوصیات شخصیتی، ویژگی‌های فردی پایداری است که در مواقع مختلف نسبتاً پایدار است و احساس، فکر و عمل شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهند. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بین عزت نفس بالا و ویژگی‌های شخصیتی مثبت رابطه وجود دارد؛ کسانی که عزت نفس بالایی دارند دارای ویژگی‌هایی هم‌چون پختگی روانی، ثبات، واقع‌گرایی، آرامش، توانایی زیاد در تحمل شکست و ناکامی هستند درحالی‌که افرادی که عزت نفس پایینی دارند، فاقد این ویژگی‌ها می‌باشند (فرقانی طرقي، ۱۳۹۱). نظریه پردازان رویکرد صفات بر این باورند که می‌توان برای توصیف ویژگی‌های عمومی و کلی شخصیت افراد، الگوهای جهان‌شمولی را طراحی کرد که نتایج تحقیقات مختلف در بیش‌تر فرهنگ‌ها نشان دادند که در این مورد یک هم‌گرایی وجود دارد. این نوع هم‌گرایی در چهارچوب الگوی پنج عاملی شخصیت خلاصه‌شده است که عبارت‌اند از: روان‌آزرده‌گرایی (neuroticism)، برون‌گرایی (extraversion)، بازبودن به تجربه (openness to experience)، توافق‌جویی (agreeableness) و وجدانی‌بودن (conscientiousness) (بارسلو، ۲۰۱۷).

در پژوهش حاضر رابطه‌ی دو بُعد توافق‌جویی و وجدانی‌بودن با عزت نفس سازمان‌محور مورد توجه قرار گرفته است. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که دو بُعد توافق‌جویی و وجدانی‌بودن تأثیر مثبت و معناداری بر عزت نفس سازمان‌محور دارند (نیوستات، چامورو-پریموزیک و فورنهام، ۲۰۰۶؛ امیرآزودی و امیرآزودی، ۲۰۱۱؛ واراناراساما، گورمیت سینق و نالامونا، ۲۰۱۹). علاوه‌براین، پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که وظیفه‌شناسی (حسن، اختر و کوکوک ایلماز، ۲۰۱۶؛ شهزاد، ۲۰۱۴؛ لادو و آلونسو، ۲۰۱۷)، توافق‌جویی (لادو و آلونسو، ۲۰۱۷؛ هاشمی شیخ شبانی، ۱۳۹۰) و عزت نفس سازمان‌محور بر عملکرد شغلی اثر گذار می‌باشند. عملکرد شغلی یعنی آنچه که کارکن انجام می‌دهد و قابل مشاهده می‌باشد و دربرگیرنده فعالیت‌هایی است که در ارتباط با اهداف سازمانی است (موچینکی، ۲۰۰۰). بهبود عملکرد شغلی یکی از مهم‌ترین اهداف مدیران سازمان‌ها می‌باشد (باقری، رزمجویی و ساعی، ۱۳۹۷). عملکرد شغلی عمدتاً به سه بُعد تقسیم می‌گردد که عبارت‌اند از ۱- عملکرد کاری یا وظیفه‌ای (task performance)، ۲- عملکرد وابسته به بافت (context-dependent performance) و ۳- رفتار کاری ضدتولید (counterproductive work behavior) (روتوندو و ساکت، ۲۰۰۲؛ فوکس، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر بُعد عملکرد

وظیفه‌ای مورد بررسی قرار گرفته است. مطابق با نظریه‌ی مازلو (Maslow) کسی به خودشکوفایی می‌رسد که سلسله‌مراتب نیازهای اصلی خصوصاً عزت‌نفس را که بخشی از سلسله‌مراتب نیازهای مازلو است را تا حدودی ارضا کرده باشد (بتی و کامبوروپولاس، ۲۰۰۶)؛ این بدان معناست که عملکرد شغلی فرد تحت تأثیر عزت‌نفس نیز می‌باشد که این موضوع در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (معماری‌باشی اول، صبری نظرزاده و عبدخدائی، ۱۳۹۱؛ گاردنر، ۲۰۰۴؛ لیز، ۲۰۰۵).

تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که وظیفه‌شناسی (الوی، شن، کاو، سو و چن، ۲۰۱۲؛ فرجی و احمدی، ۱۳۹۰)، توافق‌جویی (فرجی و احمدی، ۱۳۹۰؛ سیدموسوی، فرخ‌سرشت و بزرگی، ۱۳۹۷؛ مصلائی، نیک‌بخش و توجاری، ۲۰۱۴) و عزت‌نفس سازمان‌محور بر رفتار شهروندی سازمانی (organizational citizenship behavior) نیز اثرگذار می‌باشند (رئیس، پوراعتمادی و جعفریان، ۱۳۹۳؛ وان‌دیوان، وان‌دوال، کوستووا، لاثام و کومینگز، ۲۰۰۰؛ واهیوا آریانی، ۲۰۱۲؛ مینگ‌تان، کیوکیوآب، احمد و محمد، ۲۰۱۶؛ پورکیانی و عسکری‌پور، ۲۰۱۵). این مفهوم برای نخستین‌بار توسط باتمان و اورگان در سال ۱۹۸۳ بیان شد. رفتار شهروندی سازمانی عبارت است از رفتاری که به‌طور مستقیم در سیستم پاداش‌دهی رسمی سازمان ذکر نشده و عمدتاً نیز به فراموشی سپرده می‌شوند و به‌طور معمول نیز داوطلبانه تلقی می‌گردند اما باین وجود در انجام فعالیت‌های سازمان نقش مؤثری دارند (اورگان، ۱۹۸۸). در دو دهه‌ی گذشته، این اصطلاح توسط پژوهشگران رفتار سازمانی بیش‌تر مورد توجه قرار گرفت و چون این رفتارها باهدف کمک به افراد یا سازمان‌ها انجام می‌شوند و جزو الزامات به‌حساب نمی‌آیند و معمولاً در پاداش‌ها و تنبیهات در نظر گرفته نمی‌شوند، به آن‌ها رفتارهای بشردوستانه نیز می‌گویند (پری‌زاده و بشلیده، ۱۳۹۸). اورگان در این زمینه یکی از مهم‌ترین الگوها را ارائه داده‌است که شامل ابعاد نوع‌دوستی، وجدان، ادب و نزاکت، جوان‌مردی و فضیلت مدنی است (اورگان، ۱۹۸۸).

با توجه به موارد ذکر شده و به‌دنبال آن شواهد پژوهشی، می‌توان به اهمیت نقش واسطه‌ای عزت‌نفس سازمان‌محور در رابطه‌ی بین توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی با عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی پی برد. اما مرور پیشینه‌ی پژوهش‌های انجام‌شده خصوصاً در ایران نشان می‌دهد که به این متغیر توجه کمی شده است که این امر یکی از نقطه‌ضعف‌های پژوهش‌های پیشین می‌باشد. علاوه‌براین بررسی پیشینه‌ی پژوهش نشان داد که در ایران تاکنون هیچ پژوهشی که هم‌زمان نقش ویژگی‌های شخصیتی و عزت‌نفس سازمان‌محور را روی عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی مورد بررسی قرار دهد انجام نشده است. هم‌چنین هم در خارج و خصوصاً در ایران، پژوهش‌های اندکی در مورد موضوع عزت‌نفس سازمان‌محور انجام‌شده است که نشان از توجه کم به این متغیر است. از جمله نوآوری‌های پژوهش حاضر این است که به‌دنبال پاسخ به فقدان الگویی برای پیش‌بینی عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی با توجه به متغیرهای توافق‌جویی، وظیفه‌شناسی و عزت‌نفس سازمان‌محور است تا تأثیر عوامل مؤثر بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی را بررسی نماید و هم‌چنین تلاش دارد تا الگویی را طراحی نماید که در آن نقش میانجی‌گری عزت‌نفس سازمان‌محور را در تأثیر توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی مورد بررسی قرار دهد. الگوی مفهومی که در زیر ارائه‌شده است یک الگوی احتمالی از رابطه‌ی متغیرهای پژوهش باهم است.



شکل ۱. الگوی پیشنهادی پژوهش

## • روش

طرح پژوهش، طرح همبستگی از روش تحلیل مسیر (Path Analysis Method) بود که یک روش همبستگی چندمتغیری است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کارکنان شرکت ملی حفاری اهواز در سال ۱۳۹۸ بود. تعداد کل این جامعه آماری ۴۲۰ نفر بود. برای اندازه‌گیری حداقل حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده گردید که براساس این فرمول حداقل حجم نمونه

تقریباً برابر با ۲۰۱ نفر به دست آمد. سپس نمونه از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و با توجه به تعداد افراد در هر واحد انتخاب شد. کارکنانی که انتخاب شدند دارای مدرک تحصیلی دیپلم یا بالاتر از آن بودند و سابقه خدمت آنان بیش از یک سال بود. بعد از هماهنگی‌های لازم در خصوص اجرای پژوهش با مسئولین مربوطه، پرسشنامه‌ها با رضایت و همکاری سرپرستان و کارکنان در بین ۲۷۰ نفر از بخش‌های سازمانی متفاوت توزیع گردید. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که محقق به محل کار کارکنان رفته و به جمع‌آوری اطلاعات می‌پرداخت و اگر شرکت‌کنندگان با ابهامی مواجه می‌شدند، محقق به ماده‌های آنان پاسخ می‌داد. همان‌طور که اخلاق در پژوهش بر اصل امانت‌داری تأکید می‌کند؛ پژوهش‌گر این اطمینان را به شرکت‌کنندگان داد که تمامی پاسخ‌های آنان محرمانه خواهند ماند. در مجموع ۲۷۰ پرسشنامه در بین شرکت‌کنندگان توزیع شد، از این تعداد ۲۴۷ پرسشنامه عودت داده شد که از این میان تنها ۲۳۴ پرسشنامه قابل استفاده بود. محقق بعد از جمع‌آوری داده‌ها تعهد کرد که گزارش‌دهی حاصل از داده‌ها را به اطلاع شرکت‌کنندگان خواهد رساند. برای سنجش پایایی و میزان همبستگی بین متغیرها از نرم‌افزار SPSS و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار AMOS استفاده گردید.

### ابزارها

**الف: پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی (personality characteristics questionnaire):** در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های مربوط به ۵ عامل بزرگ شخصیت از فرم کوتاه پرسشنامه‌ی تجدیدنظر شده‌ی NEO (NEO-PI-R) یعنی NEO-FFI استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۵ با عنوان پرسشنامه‌ی شخصیتی NEO با ۱۸۵ ماده توسط مک‌کری و کاستا طراحی شد. بعدها برطبق همین پرسشنامه، فرم‌های ۲۴۰ و ۶۰ ماده‌ای آن نیز توسط همین محققان ساخته شد. در پژوهش حاضر از فرم ۶۰ ماده‌ای آزمون NEO، تنها از ماده‌های مربوط به دو بُعد توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی استفاده شده است. پرسشنامه‌ی NEO جهت کسب اندازه مختصر و مفیدی از ۵ عامل بنیادی شخصیت ساخته شده است که هرکدام از عامل‌ها دارای ۱۲ ماده است. شرکت‌کننده پاسخ خود را از یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرتی انتخاب می‌کنند. نحوه نمره‌گذاری این آزمون براساس نمره‌های ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ می‌باشد و حداقل و حداکثر نمره‌ای که هر شرکت‌کننده در هرکدام از مقیاس‌ها به دست می‌آورد ۰ و ۴۸ می‌باشد. دو نمونه از ماده‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از «واقعاً از صحبت کردن با دیگران لذت می‌برم» و «سعی می‌کنم تا وظایف محوله خود را با صداقت و درستی انجام دهم». در پژوهش پری‌زاده، سماواتیان و نوری (۱۳۹۷)، اعتبار کل پرسشنامه برابر با ۰/۶۵ و اعتبار دو بُعد توافق‌جویی و وظیفه‌شناسی به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز اعتبار بُعد توافق‌جویی برابر با ۰/۶۵ و بُعد وظیفه‌شناسی برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

**ب: پرسشنامه‌ی عملکرد شغلی (job performance questionnaire):** در پژوهش حاضر جهت سنجش عملکرد وظیفه‌ای از پرسشنامه عملکرد شغلی ویلیامز و اندرسون (۱۹۹۱) استفاده شد. این پرسشنامه شامل سه خرده‌مقیاس عملکرد تکلیفی، رفتار مدنی سازمانی معطوف به فرد و رفتار مدنی سازمانی معطوف به سازمان است. هر یک از خرده‌مقیاس‌ها شامل ۷ ماده می‌باشند. پاسخ‌ها روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) تنظیم شده‌اند. دو نمونه از ماده‌های خرده‌مقیاس عملکرد تکلیفی عبارت‌اند از: «وظایف محول شده را به خوبی انجام می‌دهم» و «مسئولیت‌های مشخص شده در شرح وظایف را به خوبی برعهده می‌گیرم». ویلیامز و اندرسون (۱۹۹۱) اعتبار این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های عملکرد شغلی، رفتار مدنی سازمانی معطوف به فرد و رفتار مدنی سازمانی معطوف به سازمان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۶۱ تا ۰/۸۸ و ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ گزارش دادند. به علاوه، سازندگان این پرسشنامه، شواهدی ارائه دادند که نشان‌دهنده روابط معنادار بین خرده‌مقیاس عملکرد تکلیفی با دیگر سازه‌های مشابه (رفتارهای مدنی سازمانی معطوف به فرد و رفتارهای مدنی سازمانی معطوف به سازمان) است. در پژوهش حاضر اعتبار خرده‌مقیاس عملکرد وظیفه‌ای از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

**پ: پرسشنامه رفتار شهروندی سازمانی (organizational citizenship behavior questionnaire):** برای سنجش رفتار شهروندی سازمانی از پرسشنامه‌ی رفتار شهروندی سازمانی پودساکف و همکاران (۱۹۹۰) استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۲۴ ماده است که پنج مؤلفه‌ی نوع دوستی، وجدان‌کاری، جوان‌مردی، نزاکت و آداب اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. شیوه‌ی نمره‌گذاری براساس طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت به صورت خیلی زیاد (۷)، زیاد (۶)، نسبتاً زیاد (۵)، متوسط (۴)، نسبتاً

کم (۳)، کم (۲) و خیلی کم (۱) است و شیوه‌ی نمره‌گذاری بعضی از ماده‌ها به صورت معکوس می‌باشد. با توجه به این که پرسشنامه‌ی رفتار شهروندی سازمانی توسط پودساکف و همکاران (۱۹۹۰) براساس چهارچوب نظری استوار از جمله اورگان (۱۹۸۸) تنظیم شده است و در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است از روایی محتوایی لازم برخوردار است. پودساکف و همکاران ضرایب اعتبار مؤلفه‌های پنج‌گانه‌ی نوع دوستی (۰/۸۵)، وجدان‌کاری (۰/۸۲)، جوان‌مردی (۰/۸۵)، نزاکت (۰/۸۵) و آداب اجتماعی (۰/۷۰) به دست آوردند. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۰ به دست آمد.

**ب: پرسشنامه‌ی عزت‌نفس سازمان‌محور (organization-based self-esteem questionnaire):** برای بررسی عزت‌نفس سازمان‌محور از پرسشنامه‌ی ده ماده‌ای پیرس، گاردنر، کامینگز و دانهام (۱۹۸۹) استفاده شد. در این پرسشنامه اعتقاد و باورهای کارکنان و ارزشمندی آنان را در محیط سازمان در مقیاس لیکرت از نمره‌ی ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (کاملاً موافق) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. دو نمونه از ماده‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از «در محل کارم، شخص مورد اعتمادی هستم» و «در محل کارم، فرد باکفایت و کارآمدی هستم». در پژوهشی تحلیل عاملی تأییدی روی ماده‌های این پرسشنامه نشان داد که تمامی ماده‌ها دارای دامنه‌ی مقادیر بارهای عاملی معناداری می‌باشند که حاکی از روایی مطلوب این پرسشنامه است و اعتبار نیز از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد (سوادکوهی و همکاران، ۱۳۹۵). اعتبار پرسشنامه به وسیله‌ی پیرس و همکاران با آلفای کرونباخ (۰/۹۱) به دست آمد و در بازآزمایی نیز (۰/۷۵) گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز اعتبار پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

## • یافته‌ها

در جدول ۱، میانگین، انحراف معیار، کم‌ترین و بیش‌ترین نمره‌ی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. برای بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین نمره	بیش‌ترین نمره
وظیفه‌شناسی	۵۰/۷۰۳۷	۵/۹۵۸۸۰	۳۵	۶۰
توافق‌جویی	۴۶/۳۸۷۴	۵/۷۶۶۰۸	۲۱	۵۸
عملکرد وظیفه‌ای	۳۰/۰۴۲۴	۳/۵۷۰۹۶	۱۶	۳۵
رفتار شهروندی سازمانی	۵۶/۱۷۴۰	۶/۲۶۶۳۰	۲۷	۷۰
عزت‌نفس سازمان‌محور	۴۱/۶۳۱۱	۵/۹۱۱۸۵	۱۷	۵۰

جدول ۲. بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
وظیفه‌شناسی	۱				
توافق‌جویی	۰/۳۷۴**	۱			
عملکرد وظیفه‌ای	۰/۵۱۹**	۰/۳۹۲**	۱		
رفتار شهروندی سازمانی	۰/۵۰۳**	۰/۴۵۴**	۰/۵۶۸**	۱	
عزت‌نفس سازمان‌محور	۰/۴۳۹**	۰/۲۸۵**	۰/۴۶۵**	۰/۵۳۷**	۱

N= 234

\*\* $p < 0.01$ \* $p < 0.05$ 

پیش از استفاده از روش تحلیل مسیر، پیش فرض نرمال بودن یکی از مواردی است که می‌بایست از طریق آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی گردد. نتایج به دست آمده از این آزمون نشان داد که به دلیل این که برای تمام متغیرها سطح معناداری بیش‌تر از ۰/۰۵ بود؛ از این رو نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید شد. بنابراین می‌توان به روش تحلیل مسیر، فرضیه الگوی پژوهش را آزمون کرد. یکی دیگر از پیش فرض‌های روش تحلیل مسیر این است که پیش از آزمون الگو، ابتدا مفروضه‌های هم‌خطی بودن متغیرها

و استقلال خطاها مورد بررسی قرار بگیرند. نتایج نشان داد که شاخص تحمل برای متغیرهای پیش‌بین کم‌تر از  $0/63$ ، شاخص تورم واریانس کم‌تر از  $4/10$  و مقدار شاخص دوربین واتسون که با هدف بررسی مفروضه استقلال خطا اجرا شد برابر با  $2/77$  حاصل شد. اگر شاخص تحمل کم‌تر از  $1$ ، شاخص تورم کم‌تر از  $10$  و مقدار آزمون دوربین واتسون کم‌تر از  $4$  شوند؛ در این حالت می‌توان گفت که از مفروضه‌های رگرسیون تخطی صورت نگرفته است. از این‌رو، با توجه به شاخص‌های به‌دست آمده، می‌توان به این نتیجه رسید که شرایط انجام روش تحلیل مسیر به‌درستی رعایت شده است.

در جدول ۳، شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی و الگوی اصلاح‌شده ارائه شده است. در الگوی پیشنهادی مسیر خطاها به‌هم وصل نشده بود اما در الگوی اصلاح‌شده برای کاهش شاخص‌های خطا و افزایش برازش الگو، مسیرهای خطا مطابق با منطق نظری به‌هم وصل شدند.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، شاخص‌های الگوی اصلاح‌شده شامل مجذور خی دو ( $X^2=13/90$ )، نسبت مجذور خی دو به درجه‌ی آزادی ( $X^2/df = 2/78$ )، شاخص نیکویی برازش ( $GFI=0/961$ )، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌یافته ( $AGFI=0/841$ )، شاخص برازندگی هنجار شده ( $NFI=0/939$ )، شاخص برازندگی تطبیقی ( $CFI=0/940$ )، شاخص برازندگی افزایشی ( $IFI=0/720$ )، شاخص تاکر-لویس ( $TLI=0/970$ ) و جذر میانگین مجذور خطای تقریب ( $RMSEA=0/068$ ) که نشان‌دهنده‌ی این است که الگوی اصلاحی دارای برازش خوبی هست.

در جدول ۴، ضرایب مسیرهای مستقیم و روابط مستقیم در الگو گزارش داده شده است.

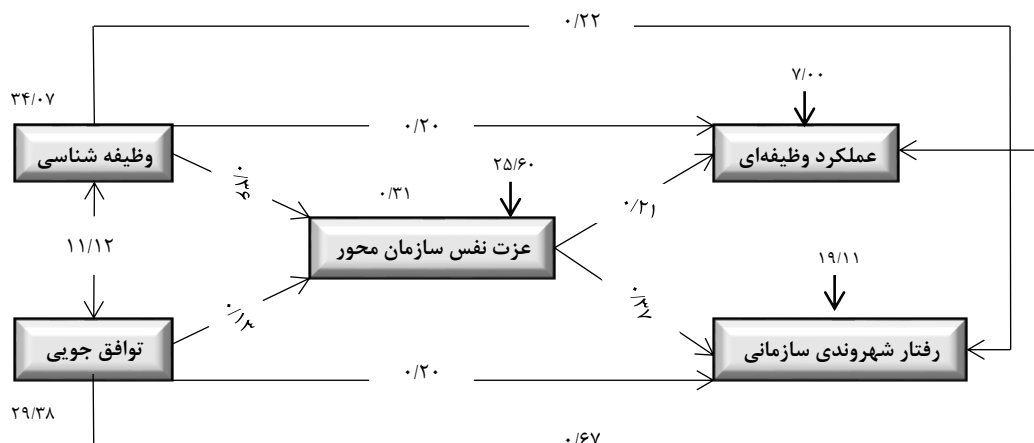
نتایج مندرج در جدول ۴ که مربوط به مسیرهای مستقیم هستند نشان می‌دهند که تمامی مسیرهای مستقیم تأیید شدند.

جدول ۳. شاخص‌های برازش الگو

شاخص الگو	$X^2$	$X^2/df$	GFI	AGFI	NFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
الگوی پیشنهادی	۱۳۴/۰۲	۱۳/۷۸	۰/۹۶۸	۰/۷۵۷	۰/۷۸	۰/۸۶۳	۰/۹۴۳	۰/۴۰۴	۰/۲۸۴
الگوی اصلاح‌شده	۱۳/۹۰	۲/۷۸	۰/۹۶۱	۰/۸۴۱	۰/۹۳۹	۰/۹۴۰	۰/۷۲۰	۰/۹۷۰	۰/۰۶۸

جدول ۴. بررسی مسیرهای مستقیم

$p$	مسیر	برآورد استاندارد
۰/۰۰۱	وظیفه‌شناسی به عملکرد وظیفه‌ای	۰/۷۱
۰/۰۰۱	وظیفه‌شناسی به رفتار شهروندی سازمانی	۰/۵۶
۰/۰۰۱	وظیفه‌شناسی به عزت‌نفس سازمان‌محور	۰/۲۹
۰/۰۰۱	توافق‌جویی به عملکرد وظیفه‌ای	۰/۴۱
۰/۰۰۲	توافق‌جویی به رفتار شهروندی سازمانی	۰/۲۱
۰/۰۰۵	توافق‌جویی به عزت‌نفس سازمان‌محور	۰/۱۷
۰/۰۰۱	عزت‌نفس سازمان‌محور به عملکرد وظیفه‌ای	۰/۸۶
۰/۰۱	عزت‌نفس سازمان‌محور به رفتار شهروندی سازمانی	۰/۲۰



شکل ۲. نمودار مسیرهای الگوی برازش‌یافته با ضرایب استاندارد

در جدول ۵ نتایج آزمون روابط غیرمستقیم از طریق میانجی‌گری عزت‌نفس سازمان‌محور با استفاده از روش بوت‌استرپ گزارش داده شده است.

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۵، حدود بالا و پایین تمامی روابط، صفر را شامل نمی‌شود؛ از این رو این روابط میانجی‌گر معنادار می‌باشند؛ بدین ترتیب تمامی مسیرهای واسطه‌ای (غیرمستقیم) مورد تأیید قرار گرفتند.

جدول ۵. آزمون میانجی‌گری روابط غیرمستقیم به روش بوت‌استرپ

مسیر	داده	بوت	سوگیری	خطا	حد پایین	حد بالا	P
وظیفه‌شناسی به عملکرد وظیفه‌ای از طریق عزت‌نفس سازمان‌محور	۰/۰۳۵۸	۰/۰۳۵۲	-۰/۰۰۰۸	۰/۰۶۵۴	۰/۰۴۷۶	۰/۱۴۰۷	۰/۰۰۱
وظیفه‌شناسی به رفتار شهروندی سازمانی از طریق عزت‌نفس سازمان‌محور	۰/۰۵۴۵	۰/۰۵۳۱	-۰/۰۰۰۲	۰/۰۰۷۱	۰/۰۰۳۷	۰/۶۴۳	۰/۰۰۱
توافق‌جویی به عملکرد وظیفه‌ای از طریق عزت‌نفس سازمان‌محور	۰/۰۴۸۵	۰/۰۴۸۰	-۰/۰۰۰۶	۰/۰۱۶۷	۰/۰۴۸۲	۰/۲۳۵	۰/۰۰۱
توافق‌جویی به رفتار شهروندی سازمانی از طریق عزت‌نفس سازمان‌محور	۰/۰۲۸۹	۰/۰۲۷۷	-۰/۰۰۰۲	۰/۰۰۵۲	۰/۰۰۳۹	۰/۱۷۳	۰/۰۰۱

## ● بحث

هدف از این پژوهش، تعیین تأثیر وظیفه‌شناسی و توافق‌جویی بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی با میانجی‌گری عزت‌نفس سازمان‌محور بود. همسو با یافته‌های پیشین، عزت‌نفس سازمان‌محور میانجی‌گر مناسبی در تأثیر وظیفه‌شناسی و توافق‌جویی بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی بود. در پژوهشی که هیرتز (۲۰۱۷) انجام داد نتایج تقریباً مشابهی به دست آمد و عزت‌نفس در رابطه‌ی بین پنج بُعد ویژگی‌های شخصیتی با عملکرد شغلی به‌عنوان میانجی‌گر شناخته شد و هم‌چنین نقش میانجی‌گری عزت‌نفس در رابطه‌ی پنج بُعد ویژگی‌های شخصیتی با رفتارهایی هم‌چون رفتار شهروندی سازمانی کاملاً نمایان است.

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر که در جدول ۴ گزارش شد نشان داد که وظیفه‌شناسی بر عملکرد وظیفه‌ای تأثیر مثبت و معناداری دارد که این یافته‌ها همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است (حسن و همکاران، ۲۰۱۶؛ شهزاد، ۲۰۱۴؛ لادو و آلونسو، ۲۰۱۷). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که افرادی که احساس وظیفه‌شناسی در آنان بالا است، بسیار باانگیزه، با پشتکار و سخت‌کوش‌اند و برای رسیدن به اهداف تعیین‌شده‌شان بسیار تلاش می‌کنند؛ از این رو کارکنان با وجدان‌کاری بالا برای انجام وظایف شغلی‌شان وقت و انرژی بیشتری صرف می‌کنند. این کارکنان در قبال وظایف شغلی‌شان مسئولیت‌پذیری بیشتری را احساس می‌کنند و قدرت کنترل‌تکانه در آنان بیشتر است و تلاش می‌کنند تا وظایف خود را به بهترین نحو انجام دهند. بنابراین با توجه به ویژگی‌های گفته‌شده می‌توان بیان داشت که کارکنانی که احساس وظیفه‌شناسی در آنان بیشتر است عملکرد شغلی بهتری دارند. هم‌چنین براساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۴، وظیفه‌شناسی تأثیر مثبت و معناداری بر رفتار شهروندی سازمانی دارد و این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است (الوی و همکاران، ۲۰۱۲؛ فرجی و احمدی، ۱۳۹۰). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که کارکنان دارای احساس وظیفه‌شناسی بالا، کارکنان پرکاری هستند که کارشان را به‌درستی و باکیفیت بالا انجام می‌دهند. این نوع از کارکنان از نظر کمک به ارباب‌رجوع و همکاران خود بسیار فراتر از وظایف شغلی و رسمی خود عمل می‌کنند و بسیار مسئولیت‌پذیرند و به‌درستی از منابع سازمانی استفاده می‌کنند. هرچند که این نوع از کارکنان از قوانین و مقررات سازمانی بسیار پیروی می‌کنند اما با این وجود، بدون وجود هرگونه نظارت و کنترلی کار خود را به‌درستی انجام می‌دهند، معمولاً پیش‌از موعد، وظایف خود را به اتمام می‌رسانند و به همکاران خود نیز کمک و راهنمایی لازم را به‌عمل می‌آورند.

طبق نتایج به‌دست‌آمده (جدول ۴) وظیفه‌شناسی تأثیر مثبت و معناداری بر عزت‌نفس سازمان‌محور دارد که این یافته همسو با نتایج تحقیقات گذشته است (نیوستات و همکاران، ۲۰۰۶؛ امیرآزودی و امیرآزودی، ۲۰۱۱؛ واراناراساما و همکاران، ۲۰۱۹).



در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که یکی از شاخص‌های وظیفه‌شناسی، شایستگی و توانمندی است که در این مؤلفه، قضاوت شخص در مورد توانایی‌های خودش مورد توجه قرار می‌گیرد. این ویژگی باعث می‌شود تا این احساس در فرد ایجاد شود که صاحب عقل و تدبیر است، توانمند و شایسته است، می‌تواند مشکلات کاری و زندگی شخصی‌اش را مدیریت و رفع نماید و به کیفیت تصمیم‌گیری‌های خود ایمان دارد. از این رو همان‌طور که می‌دانیم، یکی از مؤلفه‌های افزایش عزت‌نفس نگاهی است که افراد به توانایی‌های خودشان دارند. از این رو می‌توان گفت که هرچه میزان احساس مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی در فرد بیشتر باشد، عزت‌نفس فرد افزایش می‌یابد.

بر اساس نتایج به دست آمده (جدول ۴) توافق‌جویی بر عملکرد وظیفه‌ای تأثیر مثبت و معناداری دارد. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های گذشته است (لادو و آلونسو، ۲۰۱۷؛ هاشمی، ۱۳۹۰). کارکنان با ویژگی توافق‌جویی، بسیار مشارکت‌کننده، اهل همکاری، دوست‌دار اطرافیان و ملاحظه‌کار می‌باشند اما این احتمال وجود دارد که اکثر افرادی که ویژگی توافق‌جویی در آنان کم‌تر است و دارای خصوصیات غیرمشارکتی بودن، کینه‌توز و خودمحور هستند با دیگران نیز همکاری کنند. علاوه بر این‌ها افراد توافق‌جو از طریق پیوستن به گروه‌ها و ایجاد تعامل با همکاران در محل کار، به دنبال برطرف کردن نیازهای اجتماعی و ارتباطی‌شان می‌باشند که این عوامل منجر می‌شوند که نسبت به دیگر افراد عملکرد شغلی بهتری داشته باشند.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴، توافق‌جویی بر رفتار شهروندی سازمانی تأثیر مثبت و معناداری دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین می‌باشد (فرجی و احمدی، ۱۳۹۰؛ سیدموسوی و همکاران، ۱۳۹۷؛ مصلابی و همکاران، ۲۰۱۴). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که افراد توافق‌جو دارای ویژگی‌های فروتنی، تواضع و تطابق‌پذیری هستند و در این افراد، نوعی هیجانات و احساسات عاطفی خاصی وجود دارد. علاوه بر این‌ها، این نوع افراد در مواقعی که احساس خوشایندی از شرایط داشته باشند؛ رفتارهای مثبت بیشتری مانند رفتارهای شهروندی سازمانی را از خود نشان می‌دهند و در شرایطی که دچار احساس ناخوشایندی شوند؛ رفتارهای مثبت کم‌تری را انجام می‌دهند. از این رو هرچند که در اکثر مواقع، توافق‌جویی یک خصوصیت خوب به شمار می‌رود اما باید به این مسئله توجه کرد که فروتنی و سازگاری کارکنان دلیلی بر خشنودی آنان نمی‌باشد و اگر در محل کار، هیجانات نامطلوبی به سراغ آنان آید؛ میزان بسیار کم‌تری از رفتارهای مطلوب شغلی هم‌چون رفتارهای شهروندی سازمانی را انجام می‌دهند.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴، توافق‌جویی تأثیر مثبت و معناداری بر عزت‌نفس سازمان محور دارد. این یافته در راستای تحقیقات گذشته می‌باشد (نیوستات و همکاران، ۲۰۰۶؛ امیرآزودی و امیرآزودی، ۲۰۱۱؛ واراناراساما و همکاران، ۲۰۱۹). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که یکی از شاخص‌های توافق‌جویی، سادگی و روراست بودن می‌باشد افرادی که میزان این مؤلفه در آنان بالاست، از پیچیدگی و انجام رفتارهای چندلایه، تملق و چاپلوسی، تظاهر، زرنگ‌بازی، رفتارهای زیرکانه جهت فریب سایرین دوری می‌کنند. این ویژگی باعث می‌شود که فرد به‌طور مداوم با عمیق‌تری باورها و ارزش‌های خود زندگی کند و کاری را انجام دهد که به آن اهمیت می‌دهد و احساس می‌کند که می‌تواند زندگی خود و دیگر افراد را دچار تغییرات مثبتی نماید. هم‌چنین در توافق‌جویی، بحث تواضع مطرح است. بدین معنا که شخص تا چه میزان فروتنی دارد و می‌تواند قابلیت‌ها و توانمندی‌های خود را در صورت نیاز، نادیده بگیرد. به‌طور کلی، داشتن چنین ویژگی‌هایی موجب می‌شود که شخص در درون خود احساس قدرت بیشتر کند و این کار منجر به افزایش غرور فردی و احترام به خود می‌شود در نتیجه می‌توان بیان داشت که هرچه میزان توافق‌جویی در فرد بیشتر شود عزت‌نفس فرد نیز افزایش خواهد یافت.

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان دادند که عزت‌نفس سازمان محور تأثیر مثبت و معناداری بر عملکرد وظیفه‌ای دارد (جدول ۴). این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین می‌باشد (معمارباشی و همکاران، ۱۳۹۱؛ گاردنر، ۲۰۰۴؛ لیز، ۲۰۰۵). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که کارکنانی که عزت‌نفس سازمان محور در آنان بالاست عملکرد شغلی بهتری دارند؛ زیرا عزت‌نفس نوعی احساس ارزشمندی است که شخص نسبت به خودش دارد و هرچه قدر که میزان این احساس نسبت به خود بیشتر باشد شخص برای خود احترام و ارزش بیشتری قائل است. از این رو فرد برای بقای عزت‌نفس خود در محیط کاری تلاش می‌کند تا تمام وظایف و مسئولیت‌های خود را به‌درستی و باکیفیت بالا انجام دهد و بسیار فعال‌تر خواهد بود. یعقوبی‌نیا

(۲۰۰۴) بر این باور است که کارکنانی که عزت‌نفس کمی دارند رفتارهای اضطرابی و افسردگی بیشتری را از خود نشان می‌دهند و هنگامی که در شرایط استرس‌آفرین قرار می‌گیرند؛ کارآیی آنان کاهش می‌یابد. این افراد به دلیل عدم توانایی در ایجاد روابط اجتماعی در مقایسه با افرادی که عزت‌نفس بیشتری دارند؛ در محل کارشان مشکلات بیشتری پیدا خواهند کرد که در نتیجه منجر می‌شود تا نگرش آنان نسبت به زندگی شخصی و کاری‌شان ضعیف شود و کارآیی آنان کاهش یابد. اما کسانی که عزت‌نفس بالایی دارند؛ در انجام وظایف شغلی‌شان حس اعتماد بیشتری نسبت به خود دارند و بهتر می‌توانند بر شرایط محیط کاری خود تأثیرگذار باشند و نگرش بهتری نسبت به شغل خود پیدا می‌کنند؛ در نتیجه عملکرد شغلی‌شان افزایش می‌یابد. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد که عزت‌نفس سازمان‌محور تأثیر مثبت و معناداری بر رفتار شهروندی سازمانی دارد (مطابق جدول ۴). نتایج به‌دست‌آمده منطبق با یافته‌های پیشین است (رئسی و همکاران، ۱۳۹۳؛ وان‌دیان و همکاران، ۲۰۰۰؛ واهپو آریانی، ۲۰۱۲؛ مینگ‌تان و همکاران، ۲۰۱۶؛ پورکیانی و عسکری پور، ۲۰۱۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت که معمولاً شیوه‌ی نگرش کارکنان نسبت به خود می‌تواند بر انگیزش، طرزتلقی و رفتارهای افراد تأثیرگذار باشد. کارکنان یک سازمان ممکن است در مورد خود یک‌سری قضاوت‌هایی داشته باشند که این قضاوت‌ها، پیامدهایی را برای سازمان به بار می‌آورند. کارکنانی که عزت‌نفس سازمانی بالایی دارند در مقایسه با کارکنان دارای عزت‌نفس پایین، عموماً بهتر کار می‌کنند و رضایت شغلی بیشتری دارند. این نوع از کارکنان، خود را عضو مهمی از سازمان‌شان به حساب می‌آورند؛ از این رو این افراد اثربخش‌تر هستند، نگرش بهتری نسبت به کارفرمای خود دارند و گرایش بسیار کمی به ترک شغل دارند. هم‌چنین این افراد به‌طور داوطلبانه رفتارهای سازنده بیشتری را انجام می‌دهند و برای ارتقای خود و حتی اطرافیان خود تلاش می‌کنند. در کل می‌توان بیان داشت که عزت‌نفس می‌تواند بر رفتارهای کاری تأثیرگذار باشد؛ زیرا انسان‌ها نیاز به احساس خوب بودن نسبت به خودشان، افکار و رفتارهایشان داشته و تلاش می‌کنند تا با انجام رفتارهای مثبتی هم‌چون رفتارهای شهروندی سازمانی، آن را ارتقا دهند تا از این طریق عزت‌نفس‌شان افزایش یابد.

### • نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که متغیرهای شخصیتی هم‌چون وظیفه‌شناسی، توافق‌جویی و افزایش عزت‌نفس سازمان‌محور افراد، منجر به ارتقاء میزان عملکرد وظیفه‌ای و رفتارهای شهروندی سازمانی آن‌ها می‌شود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر با نمونه‌های بیشتر در سایر استان‌ها، صنایع تولیدی و بازرگانی نیز انجام شود و هم‌چنین برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیز استفاده نمایند و به مدیران و مسئولین نیز پیشنهاد می‌شود که با ارائه‌ی روش‌های آموزشی، رعایت موازین اخلاقی، داشتن تعهد سازمانی و با کمک مبانی دینی، نسبت به تقویت حس وظیفه‌شناسی و توافق‌جویی کارکنان خود تلاش نمایند. هم‌چنین می‌بایست کارکنان برحسب توانایی، علاقه و ویژگی‌های شخصیتی نسبت به مشاغل انتخاب گردند و جهت افزایش عزت‌نفس و عملکرد شغلی کارکنان، مسئولین و مدیران می‌بایست وظایف هر شغل را به‌طور واضح تشریح نمایند تا کارکن به ارزش، اهمیت و نقش خود و کارش در پیشرفت سازمان و اهداف سازمانی مطلع گردند. وقتی که عزت‌نفس کارکنان افزایش یابد؛ آنان از زندگی و شغل خود رضایت بیشتری خواهند داشت و تلاش می‌کنند تا به بهترین نحو کارشان را انجام دهند. بسیار واضح است که از طریق ایجاد حس عزت‌نفس سازمانی در کارکنان، می‌توان عملکرد شغلی و رفتارهای مثبتی هم‌چون رفتار شهروندی سازمانی را افزایش داد؛ چراکه وجود یا عدم وجود عزت‌نفس بر چگونگی ارتباط فرد با دیگران تأثیرگذار است. بنابراین می‌توان گفت که توجه به ویژگی‌های شخصیتی و افزایش عزت‌نفس کارکنان، می‌تواند منجر به افزایش رفتارهای شهروندی سازمانی و عملکرد شغلی گردد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که عبارت‌اند از: استفاده از پرسشنامه به‌عنوان تنها ابزار جمع‌آوری اطلاعات، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر در بررسی روابط بین متغیرها، خستگی و کاهش دقت شرکت‌کنندگان در پاسخ به پرسشنامه‌ها به دلیل تعداد بسیار زیاد ماده‌های و هم‌چنین از آن‌جا که این پژوهش به‌صورت مقطعی در شرکت ملی حفاری ایران انجام شده است؛ از این رو، تعمیم نتایج آن به سایر سازمان‌ها باید با دقت صورت گیرد.

## • منابع

- باقری، حدیث؛ رزمجویی، دامون؛ ساعی، الهام. (۱۳۹۷). رابطه‌ی هوش هیجانی و خودکارآمدی مبتنی بر عملکرد شغلی کارکنان. *مجله روان‌شناسی*، ۲۲ (۱)، ۵۰-۶۶.
- پری زاده، سیمما؛ بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۸). رابطه‌ی توانمندسازی ساختاری و رفتار شهروندی سازمانی: با نقش میانجی فرسودگی شغلی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۳ (۴)، ۴۰۷-۴۲۳.
- پری زاده، سیمما؛ سماواتیان، حسین؛ نوری، ابوالقاسم؛ بوستانی، الهام. (۱۳۹۷). آسیب‌شناسی رفتارهای نایمن و بررسی ارتباط آن‌ها با ویژگی‌های شخصیتی و کانون کنترل در کارکنان پروژه‌های اجرایی شرکت گاز استان خوزستان. *مجله‌ی ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها*، ۶ (۳)، ۹۹-۱۱۲.
- رئیی، عباس؛ پوراعتمادی، مسعود؛ جعفریان، هادی. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین عزت‌نفس و رفتار شهروندی سازمانی (مطالعه موردی کارکنان فرماندهی انتظامی استان بوشهر). *فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی بوشهر*، ۱۳۹۲ (۱۵)، ۴۹-۶۷.
- سوادکوهی، سحر؛ زغبی قناد، سیمین؛ حسین پور، مریم؛ عالی‌پور بیرگانی، سیروس. (۱۳۹۵). رابطه عزت‌نفس سازمان‌محور و تطابق شخص-شغل با رضایت شغلی. *مجله مطالعات روان‌شناسی صنعتی و سازمانی*، ۳ (۱)، ۹۳-۱۰۴.
- سیدموسوی، مطهره؛ فرخ سرشت، بهزاد؛ بزرگی، فرشاد. (۱۳۹۷). رابطه ویژگی‌های شخصیتی با رفتار شهروندی سازمانی (مورد مطالعه: شرکت کارآفرینی توسعه منابع آب و نیرو تهران). *اولین همایش ملی کارآفرینی*.
- صادقیان، فاطمه؛ عابدی، محمدرضا؛ باغبان، ایران. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین عزت‌نفس سازمانی با بازخورد سازمانی و سازگاری شغلی و انواع تیپ‌های شخصیتی. *مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۴ (۲)، ۴۹-۶۶.
- فرجی، بهیه؛ احمدی، فریدون. (۱۳۹۰). تأثیر ویژگی‌های شخصیتی افراد در توسعه‌ی رفتار شهروندی سازمانی مطالعه موردی اعضای تعاونی‌های فعال بخش صنعت شهرستان سهندج. *فصلنامه تعاون و کشاورزی*، ۲۲ (۸)، ۱۷-۳۷.
- فرقانی طرقي، ام‌البنین؛ جوانبخت، مریم؛ بیاضی، محمدحسین؛ صاحبی، علی؛ وحیدی، شعیب؛ دروگر، خدیجه. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت‌درمانی بر عزت‌نفس دانش‌آموزان دبیرستانی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۴ (۲)، ۱۷۲-۱۸۰.
- معماری‌اشی اول، مژگان؛ صبری‌نظرزاده، راشین؛ عبدخدائی، محمد سعید. (۱۳۹۱). رابطه احساس انسجام و عزت‌نفس با عملکرد شغلی. *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی*، ۴ (۱۲)، ۶۶-۷۸.
- هاشمی، اسماعیل. (۱۳۹۰). نقش ویژگی‌های شخصیتی در پیش‌بینی عملکرد شغلی افسران پلیس. *دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*، ۱۸ (۱)، ۱۵۳-۱۶۸.
- Amirazodi, F. & Amirazodi, M. (2011). Personality traits and self-esteem. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 29, 713-716.
- Barceló, J. (2017). The association between agreeableness, extraversion, and support for secessionist movements: Evidence from a large survey of more than 33,000 respondents in Catalonia. *Personality and Individual Differences*, 107 (2017), 102- 107.
- Benetti, C. & Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 41, 341-352.
- Fox, S., Spector, P.E. & Miles, D. (2001). Counterproductive work behavior (CWB) in response to job stressors and organizational justice: some mediator and moderator tests for autonomy and emotions. *Journal of Vocational Behavior*, 59, 291-309.
- Gardner, D.G., Dyne, L.V., & Pierce, J.L. (2004). The effects of pay level on organization based self-esteem and performance: A field study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 307-322.
- Ghosh, R., Reio, J., & Haynes, R.K. (2012). Mentoring and organizational citizenship behavior: Estimating the mediating effects of organization-based self-esteem and affective commitment. *Human Resource Development Quarterly*, 23 (1), 41- 63.
- Hassan, Sh., Akhtar, N., & Kucuk Yılmaz, A. (2016). Impact of the Conscientiousness as Personality Trait on both Job and Organizational Performance. *Journal of Managerial Sciences*, X (1), 27-41.
- Judge, T. A. & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits-self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability-with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80-92.
- Lado, M. & Alonso, P. (2017). The Five-Factor model and job performance in low complexity jobs: A quantitative synthesis. *El modelo de Cinco Factores y el desempeño en el trabajo en puestos de poca complejidad: una síntesis cuantitativa*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 33 (3), 175-182.
- Lv, A., Shen, X., Cao, Y., & su Y. (2012). Conscientiousness and Organizational Citizenship Behavior: The Mediating Role of Organizational Justice. *Social Behavior and Personality an International Journal*, 40(8), 1293-1300.
- Ming Tan, V., Quoquab, F., Ahmad, FSh., & Mohammad, J. (2016). Effect of self-esteem on customer citizenship behaviors among international university Branch Campus students. *International Review of Management and Marketing*, 6(3), 467-475.

- Mosalaei, H., Nikbakhsh, R., & Tojari, F. (2014). The relationship between personality traits and organizational citizenship behavior on athletes. *Bull. Env. Pharmacol. Life Sci*, 3, 11-15.
- Muchinsky, P. (2000). *Psychology to work: an introduction to industrial and organizational psychology*, Wadsworth.
- Neustadt, E., Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2006). The relationship between personality traits, self-esteem, & attachment at work. *Journal of Individual Differences*, 27, 208-217.
- Organ, D W. (1988). *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Pierce, J., Gardner, D., Cummings, L., & Dunham, R. (1989). Organizational based self- esteem: construct, definition, measurement and validation. *Academy of Management Journal*, 32, 622- 645.
- Podsakoff, P., MacKenzie, S., Morrman, R., & Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on follower's trust in leader, satisfaction and organizational citizenship behavior. *Leadership quarterly*, 1(2), 107-142.
- Pourkiani, M. & Askaripoor, M. (2015). Organization-Based Self-Esteem and Organizational Citizenship Behavior in Banking Sector of Iran. *Organization-Based Self-Esteem and Organizational Citizenship Behavior in Banking Sector of Iran. Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*, 5 (2), 282-293.
- Rotundo, M. & Sackett, P. (2002). The relative importance of task, citizenship, and counterproductive performance to global ratings of job performance: a policy capturing approach. *Journal of Applied Psychology*, 87, 66-80.
- Tao, D., Zhang, R., & Qu, X. (2017). The role of personality traits and driving experience in self-reported risky driving behaviors and accident risk among Chinese drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 99 (2017), 228- 235.
- Varanarasama, E., Singh, A., & Nalla Muthu, K. (2019). The Relationship between Personality and Self-Esteem towards University Students in Malaysia. *Proceedings of the 4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2018)*.
- Van Dyne, L., Vandewalle, D., Kostova, T., Latham, M., & Cummings, L. (2000). Collectivism, Propensity to Trust and Self-Esteem as Predictors of Organizational Citizenship in a Non-Work Setting. *Journal of Organizational Behavior*, 21 (1), 3-23.
- Wahyu ariani, D. (2012). Linking the Self-Esteem to Organizational Citizenship Behavior. *Business and Management Research*, 1 (2), 26.
- Williams, L. & Anderson, S. (1991). Job Satisfaction and Organizational Commitment as Predictors of Organizational Citizenship and In-Role Behaviors. *Journal of Management*, 17 (3), 601-617.

## واکاوی نقش مدرسه در ساخت هویت اخلاقی دانش آموزان Identifying role of school in constructing the student's moral identity

Hamideh Pourteimouri MSc

Mansoureh Hajhosseini PhD ✉

Mohammad khodayarifardn PhD

حمیده پور تیموری<sup>۱</sup>

منصوره حاج حسینی<sup>۱</sup>

محمد خدایاری فرد<sup>۱</sup>

### Abstract

The present study has been carried out at the aim of investigation of the share of education and school in constructing the student's moral identity. The qualitative method with a phenomenological approach was utilized to perform the research. The participants were 15 female students with the age of 15 to 17 years that were selected with a targeted method based on the principle of saturation or repetition of answers. The tool for data gathering in the present research was the semi-structured qualitative interview with open-ended and standardized questions and the data were analyzed and classified according to Strauss and Glaser's approach. Due to the results, in the family aspect, the parents' characteristics and their educative methods are effective factors on constructing the moral identity, interplays, and influence of students from the school. In school aspect, the awareness and obligation of laws, the amount and how to encouragement and punishment, the interplay with classmates, the teaching method and personality of teachers, the interplay with school staff, the amount and type of the extracurricular activities, school environment, and also the content of educational books exhibits a significant effect on the constructing the moral identity of the students. Likewise, it can be obtained from the results that in the school aspect, the personality and behavior of teachers, their moral identity, and their obligation to the moral teaching have an indelible effect on the moral identity of the students.

**Keywords:** Moral identity, Education, School, Student, Teacher, Qualitative method, Phenomenology.

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف واکاوی سهم آموزش و مدرسه در شکل‌گیری هویت اخلاقی دانش‌آموزان انجام شده است. روش انجام پژوهش، کیفی و از نوع پدیدارشناسی بود. مشارکت کنندگان در این پژوهش شامل ۱۵ دانش‌آموز دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله بودند که به روش انتخاب هدفمند بر پایه اصل اشباع و یا تکراری شدن پاسخ‌ها برگزیده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، مصاحبه کیفی و از نوع مصاحبه نیمه ساختاریافته با پرسش‌های باز و استاندارد شده بود و داده‌ها مطابق با رویکرد استراس و گلاسر تحلیل و طبقه‌بندی گردید. با توجه به نتایج، در بُعد خانواده، ویژگی‌های والدین و سبک‌های فرزندپروری در شکل‌گیری هویت اخلاقی، تعاملات و تأثیرپذیری فرد از مدرسه، تأثیرگذار است. در بُعد مدرسه، آگاهی و التزام به قوانین، میزان و چگونگی تشویق‌ها و تنبیه‌ها، نحوه تعامل با همسالان، نحوه تدریس و ویژگی‌های رفتاری معلمان، چگونگی ارتباط‌گیری و برخورد کادر مدرسه، میزان و نوع فعالیت‌های فوق برنامه و فضای مدرسه و نیز محتوای کتب درسی تأثیر بسزایی در شکل‌گیری هویت اخلاقی دانش‌آموزان دارند. همچنین از یافته‌های پژوهش اینگونه بر می‌آید که در بعد مدرسه، شخصیت و رفتار معلمان، هویت اخلاقی شکل‌گرفته در آنها و التزام عملی آنها به آموزه‌های اخلاقی تأثیر ماندگاری بر هویت اخلاقی دانش‌آموزان می‌گذارد.

**واژه‌های کلیدی:** هویت اخلاقی، آموزش، مدرسه، دانش‌آموز، معلم، روش کیفی، پدیدارشناسی.

## ● مقدمه

یکی از مسائل مهم که تعلیم و تربیت معاصر با آن رو به روست، مسئله تربیت اخلاقی است. اهمیت تربیت اخلاقی در نظام‌های آموزشی و پرورشی، امری بدیهی و غیر قابل انکار است. اصولاً اخلاق و تربیت اخلاقی، یکی از ارکان اساسی فرهنگ بشری را تشکیل می‌دهد. دیوئی در این زمینه بیان می‌کند که آنچه به عقیده ما در آموزش اخلاقی و اهداف اخلاقی مورد نظر در مدارس اهمیت دارد، توجه به ایجاد تصورات اخلاقی در کودکان است، نه صرفاً ایجاد آگاهی‌هایی درباره اصول اخلاقی و با اینکه در روزگار امروز، به یمن گسترش اطلاعات در رسانه‌های گوناگون، سطح معلومات و دانش آن‌ها در مسائل اعتقادی و اخلاقی بالا رفته است، همه این‌ها نوعی باور دانشی است و هنوز به باور قلبی یعنی هویت اخلاقی تبدیل نشده است (موسوی و فتاحی، ۱۳۹۴). هویت اخلاقی اولین بار در پاسخ به این سوال که چه متغیرهای میانجی بین استدلال اخلاقی و عمل اخلاقی وجود دارد مطرح شد. هارت، آتکینس و فورد (۱۹۹۸) هویت اخلاقی را به‌عنوان تعهدی از جانب فرد برای انجام رفتارهایی در جهت حفاظت از دیگران و خدمت به آن‌ها تعریف کرده‌اند. با اینکه هنوز تعریف واحدی از هویت اخلاقی در بین روان‌شناسان مطرح نیست، اما به‌طور کلی دو نوع دیدگاه نسبت به هویت اخلاقی وجود دارد: دیدگاه شخصیت نگر (The Character Perspective) و دیدگاه شناختی - اجتماعی (The Social-Cognitive Perspective).

دیدگاه شخصیت‌نگر که اولین و معروف‌ترین مدل در هویت اخلاقی می‌باشد، توسط بلاسی (۱۹۸۴) مطرح گردید (شائو، آکوینو و فریمن، ۲۰۰۸). محور اصلی این دیدگاه این است که قضاوت اخلاقی به‌تنهایی نمی‌تواند انگیزه انجام عمل اخلاقی را ایجاد نماید و تنها زمانی که افراد خود و اهداف خود را مطابق با معیارهای اخلاقی درک کنند، گرایش نیرومندی به عمل بر اساس قضاوت‌های اخلاقی در خود احساس می‌کنند. مدل بلاسی در مورد هویت اخلاقی، دارای ۳ رکن اصلی است: (۱) قضاوت در مورد مسئولیت‌های ناشی از انجام هر عمل در کنار قضاوت درباره اخلاقی بودن آن در موقعیت‌های مختلف، (۲) نشأت گرفتن معیارهای افراد برای قضاوت اخلاقی از هویت اخلاقی آنان که منجر به بروز تفاوت در اعمال آنان می‌گردد، (۳) تمایل فرد به سازگاری خود و هماهنگی بین رفتار و صفات درونی افراد (جهانگیرزاده، ۱۳۹۰). بلاسی بعدها (۲۰۰۸) سه عنصر اراده، یکپارچگی شخصیت، و مقاصد اخلاقی را که در دست یافتن به هویت اخلاقی قدرتمند مؤثرند، به مدل پیشنهادی خود اضافه نمود (شائو، ۲۰۰۸).

دیدگاه شناختی-اجتماعی، هویت اخلاقی را بازنمایی سازمان‌یافته‌ای از ارزش‌های اخلاقی، اهداف، عادات و رفتار فرد می‌داند. این دیدگاه حاصل نظریه‌های شناختی-اجتماعی و پردازش اطلاعات در مورد عملکرد اخلاقی است (بندورا، ۲۰۰۱). در این دیدگاه، چنانچه فرد به دانش‌های اخلاقی دسترسی داشته باشد و بتواند از آن‌ها استفاده کند، هویت اخلاقی می‌تواند به بخش مهمی از شخصیت فرد تبدیل شود و نقش بزرگی در تنظیم رفتار اخلاقی فرد ایفا کند. آکوینو و رید (۲۰۰۲) که مهم‌ترین نمایندگان این دیدگاه می‌باشند، هویت اخلاقی را جزئی از هویت اجتماعی و همان طرح‌واره اجتماعی فرد می‌دانند. طرح‌واره اجتماعی دانشی سازمان‌یافته و منحصر به فرد در حافظه است که هویت‌های اجتماعی را به خود مربوط می‌سازد. در مدل آکوینو و رید، هویت اخلاقی دارای دو بخش است: (۱) بخش خصوصی که از آن با عنوان درونی‌سازی یاد می‌کنند و مربوط به شناخت فرد از خودش است و (۲) بخش عمومی که از آن به‌عنوان نمادسازی یا برون‌سازی یاد می‌کنند که به دیگران این امکان را می‌دهد تا رفتار فرد را بر اساس هویت نمایش داده‌شده‌اش پیش‌بینی کنند (آکوینو و رید، ۲۰۰۲).

به‌زعم اغلب صاحب‌نظران، آموزش و پرورش نقش خود را در شکل‌گیری هویت اخلاقی دانش‌آموزان، از طریق مدارس و محیط‌های آموزشی و از مجرای برنامه درسی اعمال می‌نماید (طالبزاده و فتیحی، ۱۳۸۲). آموزش در مدارس فرایندی رسمی است که مطابق یک برنامه معین و در بستری از دروس فراگرفته می‌شود. در کنار لایه رسمی و آشکار برنامه آموزشی، لایه دیگری وجود دارد که بعضی جامعه‌شناسان آن را برنامه آموزشی پنهان یا غیررسمی نامیده‌اند و یادگیری کودکان را مشروط

می‌کند (گیدنز، ۱۳۹۰). برنامه درسی پنهان، با روش‌های تلویحی و ضمنی که در آن دانش و رفتار ایجاد می‌شود، یعنی آنچه خارج از مواد درسی معمول برنامه‌ریزی شده رسمی اتفاق می‌افتد سر و کار دارد (فتحی و اجارگاه، ۱۳۸۶).

تحول اخلاقی دانش‌آموزان بخشی اجتناب‌ناپذیر از فرآیند آموزشی می‌باشد و از آنجا که اخلاق دانش‌آموزان بر نحوه رفتار آن‌ها در مدرسه و نیز بر کل زندگی آن‌ها تأثیر قابل توجهی می‌گذارد، در سال‌های اخیر تحقیقات زیادی در رابطه با اخلاق در بین دانش‌آموزان صورت گرفته است. بخش عمده‌ای از پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه در حیطه شناخت اخلاقی انجام شده است؛ اما چالشی که همواره نظریه‌پردازان این حوزه با آن مواجه بوده‌اند، یافتن ریشه‌های عدم توفیق افراد به طور عام و دانش‌آموزان به طور خاص در عملی کردن اخلاقیات با وجود شناخت آنها از امور اخلاقی خوب و بد می‌باشد. بر اساس نظریه‌های موجود، به نظر می‌رسد حلقه مفقوده در امر انجام رفتار اخلاقی، عدم شکل‌گیری صحیح مفهوم هویت اخلاقی می‌باشد. بررسی وضع موجود آموزش و پرورش در مدرسه، در زمینه نحوه تحقق شکل‌گیری هویت اخلاقی، این امکان را فراهم می‌کند که با شناخت نقاط قوت و ضعف مدارس با حفظ راهکارهای مؤثر گذشته به خلق شیوه‌های جدید در این خصوص دست یافته و پایه‌های دانش‌آموزان و نیازهای جدیدشان در جوامع امروزی، به تحقق شکل‌گیری هویت اخلاقی و رشد این بعد از ابعاد تربیت پرداخته شود.

در پژوهش‌های انجام شده پیشین، تحلیل جامعی از نقش همه ارکان مدرسه در شکل‌گیری هویت اخلاقی دانش‌آموزان با لحاظ نمودن وضعیت کنونی مدارس به صورت عینی و ملموس انجام نشده است و پژوهش‌های صورت گرفته عمدتاً به نقش خانواده یا بررسی کمی مصادیقی از هویت اخلاقی و تأثیر ویژگی‌های فردی یا نقش عنصری خاص از مدرسه بر شکل‌گیری هویت اخلاقی پرداخته‌اند. به عبارت بهتر، مطالعه جامع کیفی و عمیق در این زمینه، با بررسی تجربه زیسته و ادراک دانش‌آموزان از وضع موجود وجود ندارد. به همین دلیل، در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن اهمیت و تأثیر مدرسه، به بررسی سهم آن در شکل‌گیری هویت اخلاقی دانش‌آموزان پرداخته شده است و این موضوع با رویکرد کیفی مورد بررسی قرار گرفته است تا فارغ از مبانی نظری معین و فرضیه‌های از پیش تعیین‌شده به بررسی واقع‌بینانه بافت مدرسه و لایه‌های درونی آن به‌ویژه در شکل‌گیری هویت اخلاقی دانش‌آموزان بپردازد؛ چرا که به کمک رویکرد پژوهش کیفی می‌توان بدون نیاز به بنیان نظری معین پدیده مورد مطالعه را هرچه عمیق‌تر تحلیل و بررسی نمود.

## • روش

در پژوهش حاضر از روش کیفی برای واکاوی نقش مدرسه در شکل‌گیری هویت دانش‌آموزان و از تحلیل پدیدارشناسی به منظور استخراج نهایی نتایج استفاده شده است. در تحلیل داده‌های به دست آمده از پژوهش پدیدارشناسانه باید دقت نمود، این تحلیل به نحوی انجام شود که یکپارچگی داده‌ها دچار اختلال نشده و به صورت یک کل و در ارتباط با محیط پژوهش مورد بررسی قرار گیرد (خنیفر و مسلمی، ۱۳۹۸). هدف روش کیفی، ارائه توصیف عمیقی از واقعیت تحت بررسی است. دستیابی به این توصیف عمیق نیازمند فنونی است که به کمک آن بتوان داده‌های گردآوری شده را سازماندهی، تنظیم و تحلیل کرد (محمدپور، رضایی، ۱۳۸۸).

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر تهران در نظر گرفته شده است. نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۵ نفر از نوجوانان دختر ۱۵-۱۷ ساله بوده‌اند که از دو مدرسه غیرانتفاعی با پایگاه اجتماعی-اقتصادی متوسط در منطقه ۴ تهران انتخاب شده‌اند. شیوه انتخاب نمونه به روش هدفمند بوده است؛ بدین معنی که افراد شرکت‌کننده بر اساس قضاوت مبتنی بر مربوط بودن به اهداف پژوهش انتخاب شده‌اند (لاری، حجازی، جوکار، اژه ای ۱۳۹۹). در نهایت با توجه به اصل اشباع درباره تعداد مشارکت‌کنندگان تصمیم‌گیری شد. در نهایت نیز جلسات مصاحبه ۲۵ تا ۵۰ دقیقه‌ای با ارائه توضیحات لازم در رابطه با موضوع، روش اجرا و تأکید بر اصل محرمانه بودن اطلاعات صورت پذیرفت. مشخصات ۱۵ مشارکت‌کننده که در این مطالعه با آنها مصاحبه به عمل آمده است، به شرح جدول ۱ ارائه شده است.

## جدول ۱. مشخصات فردی مشارکت کنندگان در پژوهش

ردیف	کد	سن	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	تعداد فرزندان	جایگاه سنی فرد در خانواده
۱	۱	۱۶	یازدهم	انسانی	۵	فرزند آخر
۲	۲	۱۷	دوازدهم	انسانی	۱	تک فرزند
۳	۳	۱۷	دوازدهم	انسانی	۲	فرزند اول
۴	۴	۱۶	یازدهم	تجربی	۲	فرزند اول
۵	۵	۱۶	یازدهم	ریاضی	۲	فرزند آخر
۶	۶	۱۶	یازدهم	ریاضی	۲	فرزند آخر
۷	۷	۱۶	یازدهم	تجربی	۱	تک فرزند
۸	۸	۱۶	یازدهم	ریاضی	۲	فرزند اول
۹	۹	۱۶	یازدهم	تجربی	۱	تک فرزند
۱۰	۱۰	۱۶	یازدهم	تجربی	۲	فرزند اول
۱۱	۱۱	۱۷	دوازدهم	ریاضی	۲	فرزند اول
۱۲	۱۲	۱۶	یازدهم	انسانی	۴	فرزند دوم
۱۳	۱۳	۱۵	دهم	ریاضی	۱	فرزند اول
۱۴	۱۴	۱۵	دهم	ریاضی	۳	فرزند اول
۱۵	۱۵	۱۶	یازدهم	انسانی	۱	تک فرزند

## • ابزار

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، مصاحبه کیفی نیمه ساختار یافته از نوع مصاحبه با پرسش های باز و استاندارد شده بر اساس رئوس کلی ارائه شده در جدول ۲ بود. پرسش ها در این نوع مصاحبه، محدود به فرضیه ها و بر اساس هیچ نوع متغیر از پیش تعیین شده ای نخواهند بود و به مصاحبه شونده این امکان را می دهد که احساس، ادراک و تفسیر خود از واقعیت تجربه شده را در دامنه ای که خود می پسندد و با عبارات خود بیان کند. با این حال این نوع مصاحبه به دلیل در برگیرندگی توالی و رئوس کلی مشخص برای پرسش ها می تواند پایایی بیشتری را فراهم نماید (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۸).

## جدول ۲. رئوس کلی مصاحبه دانش آموزان

محور ۱: خانواده
* معرفی خانواده (تعداد اعضا، با چه کسی زندگی می کنند)
۱- نحوه تعامل و ارتباط شما با اعضای خانواده چگونه است؟
۲- چه ویژگی های اخلاقی بارزی در پدر و مادر یا اعضای خانواده شما وجود دارد؟
۳- کدام یک از این ویژگی ها در شما هم نهادینه شده است؟
محور ۲: مدرسه
* قواعد و اصول رفتاری در مدرسه
۴- چه قوانین و مقرراتی را در مدرسه، شما از اول ابتدایی تاکنون باید رعایت می کردید؟ چقدر خود شما نسبت به انجام قوانین پایبند بودید؟
۵- چه فعالیت های تشویقی و یا تنبیهی در ازای انجام رفتارهای اخلاقی یا قوانین اخلاقی برای شما در نظر گرفته بودند؟
* الگوهای اخلاقی ارائه شده
۶- روابط شما با دوستانتان چگونه است؟ چقدر دوستان و همسالانتان در شکل گیری ویژگی های اخلاقی در شما تأثیر داشتند؟ با مصداق توضیح دهید.
۷- معلمان شما تا چه حد الگوی اخلاقی برای شما بودند و در شکل گیری ویژگی های اخلاقی شما مؤثر بودند؟ با ذکر مصداق توضیح دهید.
۸- چه میزان مربیان پرورشی، معاونان و کادر مدرسه و مشاورین در این زمینه الگوی شما بودند؟
* کتاب های درسی و برنامه های آموزشی و تفریحی
۹- چه میزان آموزش های کتب درسی بخصوص تعلیمات دینی و اجتماعی را مؤثر می دانید؟ با ذکر مصداق توضیح دهید.
۱۰- چه میزان فعالیت های فوق برنامه مثل اردوها جشن ها و همایش های مدرسه در این سال ها توانسته در شکل گیری موارد اخلاقی در شما اثرگذار باشد؟
محور ۳: اخلاق
۱۱- تعریف شما از اخلاق و فرد اخلاقی مدار چیست؟
۱۲- به نظر شما چه زمانی رفتار اخلاقی از شما سر می زند؟



پس از انجام مصاحبه، کلیه گفتگوها در نوشتار پیاده و با نام مستعار ثبت گردید و بر پایه رویکرد استراوس و گلاسر برای مقوله‌بندی داده‌های واژگانی و به شیوه تحلیل تفسیری پردازش شد. در این فرایند، در اولین گام، قطعه یا واحد معنادار تحلیل برگزیده می‌شود. این مرحله در فرایندی از مقایسه مداوم و سپس اصلاح و مقوله‌بندی مجدد به میزانی تکرار گردید تا هر واحد معنادار مطابق با نظریه زمینه‌ای در یک مقوله روشن و مجزا قرار بگیرد. سپس با شمارش فراوانی اسنادها برای مؤلفه‌های استنباطی نسبت‌های هر مؤلفه استخراج گردید. در نهایت بر پایه فراوانی همه مؤلفه‌های استنباط شده، به استخراج مضامین پرداخته شد و به کمک مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در دسته‌ها و مقوله‌ها و ترکیب معانی حاصل، به ارائه یافته‌ها اقدام گردید.

## • یافته‌ها

بر پایه گفته‌های مشارکت‌کنندگان و به کمک کدگذاری، تحلیل، طبقه‌بندی و تفسیر پاسخ‌ها، یافته‌های پژوهش در دو بعد خانواده و مدرسه طبقه‌بندی و مؤلفه‌های محوری هر کدام استخراج گردیده‌اند. در جدول‌های ۳ تا ۵، یافته‌های پژوهش در قالب محورها و مؤلفه‌های استنباطی ارائه شده‌اند.

جدول ۳. مؤلفه‌های استنباطی بعد خانواده

بُعد	محور	مؤلفه استنباطی
خانواده	خانواده	سبک‌های دلبستگی
		سبک‌های فرزندپروری
		روابط والدین
		ویژگی‌های شخصیتی والدین

جدول ۴. مؤلفه‌های استنباطی بعد مدرسه

بُعد	محور	مؤلفه استنباطی	
مدرسه	وجود قوانین اخلاقی و آگاهی و التزام به آن‌ها	وجود و آگاهی از قوانین	
		وضع قوانین متناسب با درک و شناخت دانش‌آموزان	
	تشویق و تنبیه	تناسب با سن و ویژگی‌های شناختی	
		پدیرش در گروه همسالان	
	همسالان	رشد شناخت اخلاقی از تعامل با همسالان	
		معلمان	ویژگی‌های فردی معلم
	روش تدریس		
	همسانی گفتار و عمل		
	کارکنان مدرسه	فعالیت‌های فوق‌برنامه در مدرسه	ایجاد تعامل مثبت
			برگزاری اردوهای چند روزه
بازدید از مکان‌های تاریخی			
کتاب درسی	محتوای مناسب	نحوه تدریس	

جدول ۵. مؤلفه‌های استنباطی بعد اخلاق

بُعد	محور	مؤلفه استنباطی
اخلاق	رفتار اخلاقی	پیامد عمل
		نیت عمل
		استدلال اخلاقی

## ● بحث

در بعد خانواده، بر اساس استنباط پژوهشگر می‌توان اینگونه بیان کرد که خانواده اولین نهادی است که فرزند در آن به تدریج کسب هویت نموده، وارد زندگی اجتماعی می‌شود و پایه‌های منش اخلاقی فرد، در سال‌های اول زندگی بنا نهاده می‌گردد. همچنین ارتباط اساسی بین روابطی که در خانواده، در سال‌های کودکی شکل می‌گیرد، با روابط با معلمان، دوستان و مدارس در طی سال‌های بعدی وجود دارد.

در بررسی تأثیر سبک‌های فرزندپروری، بر اساس نظریه تعامل، خانواده شخصیت، رفتار و ارزش‌های نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لزین، لری، تیلور، بین، ۲۰۰۴). والدینی که از گفت و شنود حمایت می‌کنند و تأکید سرسختانه‌ای بر هم‌نوایی ندارند، به تحول ویژگی‌های مثبت، مانند حرمت خود، اجتماعی بودن و تمایل به مهار خود در فرزندانشان کمک می‌کنند (سپهوند، بهروزی، ۲۰۱۸). همچنین والدینی که درک درستی از نوجوانان خود دارند، نظارت و کنترل دقیقی بر روی آن‌ها انجام می‌دهند و از سوی دیگر به نیازها و درخواست‌های آنان به شکل مطلوبی پاسخ می‌دهند، به نوجوانان خود کمک می‌کنند تا در راستای کسب یک هویت موفق گام بردارند (پوراابراهیم، حیدری، خوش تاشیم، ۲۰۱۱). از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که القا یا متوسل شدن والدین به استدلال، تبیین و دلایل منطقی با اخلاق رشد یافته‌تر ارتباط دارد (گروس، چپارو، جانستن، شرم، ۲۰۱۴).

در مقابل، مداخلات مبتنی بر ابراز قدرت و اجبار، اطاعت موقعیتی را موجب می‌شود اما موجبات ناکامی و گاهی خودسری فرزندان را فراهم می‌آورند (دان، ۲۰۱۴). به طور مثال افرادی که نمونه اظهاراتی چون // پدرم همیشه می‌گویند من تورا مجبور به کاری نمی‌کنم فوایدش را می‌گویم و مضراتش را هم می‌گویم انتخاب با شماست // را داشتند در اظهارات خود نسبت به قوانین مدرسه و پذیرش آن ارتباط با معلمان و تأثیرپذیری از آن‌ها، گفته‌هایی همچون // ارتباط من با معلمها خوبه است، بخصوص ریاضی چون درک خوبی نسبت به بچه‌ها دارند // را داشتند. اعمال سبک‌های تربیتی مختلف و به تبع آن، درجه انتقال ارزش‌ها و هنجارهای والدین به فرزندان، از خصوصیات شخصیتی والدین تأثیر می‌پذیرد.

در زمینه تأثیر ویژگی‌های شخصیتی والدین، متغیرهایی که در جریان درونی شدن ارزشی معین و در نتیجه در تربیت اخلاقی فرزندان می‌توانند تأثیر بسزایی داشته باشند، سن، جنسیت و خلق و خوی فرزند، ثبات ارزش و اهمیت آن برای والدین، توافق بین پدر و مادر بر روی ارزش، روشنی و فراوانی ارزش به نمایش گذاشته توسط والدین و اتخاذ روش‌های تربیتی مناسب می‌باشند (گروس، چپارو، جانستن، شرم، ۲۰۱۴). بطور مثال نمونه پاسخ‌های "تمیزی برای پدر من خیلی مهم است و دائماً می‌گویند همه جا تمیز باشد و منظم باشید" // نشان از توجه زیاد والدین به مسئله نظم و تمیزی است که این موضوع هم‌راستا با نظر هافمن (۲۰۰۱) است که معتقد بود والدین باید فعالانه فرزندانشان را اجتماعی کنند تا توجه به دیگران را یاد بگیرند و نیازهای آن‌ها را در نظر بگیرند.

در بعد مدرسه، نتایج حاصل از پرسش‌های ۳ تا ۸ دانش‌آموزان مربوط به برنامه درسی پنهان می‌باشد. در زمینه وجود قوانین اخلاقی و آگاهی و التزام به آنها، همانطور که گیدنز (۱۳۹۰) بیان نمود، یکی از ابعاد آموزش پنهان، مقررات و قوانین حاکم بر مدرسه است. در مدارس از کودکان انتظار می‌رود به‌موقع در کلاس حاضر باشند، در کلاس آرام باشند، مقررات انضباطی مدرسه را بپذیرند و نسبت به آن پاسخ‌گو باشند.

با توجه به پاسخ‌های دانش‌آموزان در رابطه با بیان قوانین موجود در مدرسه و التزام به آن، می‌توان این‌گونه بیان کرد که همه آن‌ها به صورت کلی از قوانین حاکم در مدرسه آگاهی و بر آن اشراف دارند؛ اما مسئله دیگری که برای پژوهشگر مهم بود، میزان التزام دانش‌آموزان به قوانین و ماندگاری اثر قوانین در فضای خارج از مدرسه می‌باشد. با توجه به گفته‌های دانش‌آموزان و در راستای تأیید نظریه فروید، پیازه و کلبرگ، احترام گذاشتن به قوانین در کودکان تحول می‌یابد. از نظر کودک ۷ تا ۱۱ ساله، قوانین به وسیله مراجع قدرت وضع می‌شود و او وظیفه دارد آن‌ها را بدون چون و چرا اطاعت کند (کدیور، ۱۳۹۱).

یکی از ابزارهای تقویت و یا بازدارنده رفتار اخلاقی در دانش‌آموزان استفاده از شیوه‌های مناسب تشویق و تنبیه می‌باشد. همانگونه که نظریه یادگیری اجتماعی مطرح می‌کند، اخلاق مقوله‌ای است که مانند سایر رفتارها تابع فرآیند یادگیری و از طریق

مکانیزم تشویق و تنبیه و الگو قرار دادن است. در زمینه تناسب با سن و ویژگی‌های شناختی، مطابق با یافته‌های بخشایش (۱۳۹۰)، هنگامی که کودکان در سنین ۱۰ تا ۱۳ سالگی قرار دارند، نسبت به قوانین و برجسب‌های خوب و بد و درست و نادرست، بسیار تأثیرپذیر و حساس هستند. آن‌ها رفتارهای خود را مطابق با پیامدهای مادی آن‌ها (تنبیه و تشویق) و یا برجسب قدرت کسانی که قوانین را برای وی وضع می‌کنند تنظیم می‌نمایند. برخلاف گفته کلبگ که از سنین ۱۱ سالگی به بعد عمل اخلاقی وقتی شکل می‌گیرد که موجب به دست آوردن پاداش شود، نیازی از نیازهای فرد را ارضا کند و در فرد ایجاد لذت کند؛ طبق گفته دانش‌آموزان بیشتر تشویق‌ها برای سال‌های اول ابتدایی و بیشتر برای رفتارهای تحصیلی بوده است. به طور مثال // برجسب و کارت امتیاز می‌گرفتم برای انجام تکالیف // خیلی یادم نمی‌آید تشویق شده باشم مگر برای تکلیف در ابتدایی و تمیز نوشتن // کار گروهی که می‌کردیم امتیاز داشت //

دوستان و همسالان، یکی دیگر از عوامل مؤثر بر رفتارهای کودکان هستند. از نظر پذیرش در گروه همسالان، پاسخ‌های دریافتی به سؤال ۵ نشان داد که گروه زیادی از دانش‌آموزان که ارتباطات خوبی با همسالان خود دارند و در گروه دوستی پذیرفته شده‌اند، تأثیرپذیری و تأثیرگذاری محسوسی نسبت به مشارکت‌کنندگانی که روابط خوبی با همسالان خود ندارند، نشان می‌دهند. اما در زمینه رشد شناخت اخلاقی از تعامل با همسالان، همانگونه که بلک و رینولدز (۲۰۱۶) در تعریف خود اخلاقی به معنای اینکه چقدر هویت افراد به ارزش‌های اخلاقی نزدیک است، بیان نموده‌اند، می‌توان دریافت وجود همسالان در شناخت ارزش‌های اخلاقی و عقاید جدید به غنی ساختن خود اخلاقی کمک می‌کند. این مفهوم را در گفته‌هایی همچون // من در روابطم با دوستانم فهمیدم که خیلی از افراد همفکر ما نیستند ولی باز هم دوست من هستند و دوست داشتن آنها وابسته به تفکرات آنها نیست، برای همین تقریباً بر خلاف همه هم تبهابیم من اکثر دوستانم بی‌حجاب و ماتویی هستند // می‌توان یافت و این یافته‌ها همسو با نظریه عدم تعادل شناختی هافمن است. با توجه به پاسخ‌های دریافتی از دانش‌آموزان در مورد تأثیر معلمان بر شکل‌گیری هویت اخلاقی، می‌توان گفت که از نظر تأثیر ویژگی‌های فردی معلم، مشارکت‌کنندگان، الگو گرفتن از ویژگی‌های اخلاقی فردی مانند (مهربانی، آرامش، منطقی بودن، درک از جانب معلم، نظم و نقدپذیری) را جزو ویژگی‌های تأثیرگذار بر رفتار خود بیان کردند. الگوگیری از اساسی‌ترین روش‌های تربیتی، به خصوص در حیطه اخلاق است (حسنی، ۱۳۹۵). موسوی، فتاحی، زارع بیدکی، فلاح (۱۳۹۴) هم معتقدند وظیفه معلم به امر تدریس و آموزش محدود نمی‌شود؛ بلکه معلم مسئول تربیت روح و روان و عقل و فکر شاگردان است. او شخصیت و رفتار دانش‌آموز را شکل می‌دهد و تثبیت می‌نماید. بنابراین قبل از هر چیز شخصیت و رفتار خود معلم باید ساخته شده باشد. نقاط ضعف و قوت شخصیت معلم از حد وجود او فراتر می‌رود و این قوت و ضعف‌ها در آئینه روح دانش‌آموزان منعکس می‌گردد.

در مورد تأثیر روش تدریس، گفته‌های دانش‌آموزان همچون // معلمی داشتیم که اصلاً به درسش ربط نداشت ولی روی فن بیان ما کار می‌کردند که واژه‌ها را درست ادا کنیم. مفهوم خودمان را برسانیم و همینکه باعث می‌شد ما حرف بزنیم جرئت حرف زدن پیش بقیه را هم پیدا کردیم // نشان‌دهنده تأثیرگذاری فعالیت‌های جانبی معلم بر نگرش و عقاید دانش‌آموز است. از نظر دیوید کار (۲۰۰۵)، تربیت در زمینه ارزش‌های اخلاقی یا ارزش‌های دیگر، با آموزش‌های عقلانی یا تحصیلی صرف که جدا از زمینه‌های عملی زندگی اخلاقی است، متفاوت است.

در زمینه همسانی گفتار و عمل، معلم باید از سلوک و کرداری برخوردار باشد که همسانی قابل ملاحظه‌ای با آنچه بیان می‌کند و از آن دفاع می‌کند داشته باشد. کار (۲۰۰۵) برای تأکید بر تأثیر کردار و منش معلم بر شاگردان به عنوان یک الگو یا سرمشق، به یکی از مصوبات شورای برنامه‌ریزی درسی ملی بریتانیا که در مورد تحول معنوی و اخلاقی است، اشاره می‌کند که در آن، معلم نقشی الگویی دارد و در مقام رهبر کلاس، باید ویژگی‌هایی مانند از خودگذشتگی و تعهد، دانش نسبت به موضوع، مهارت‌های ارتباطی خوب، قدرت هوش و تخیل، تعهد به معیارها و اصول اخلاقی، توانایی انجام کار گروهی و حس شوخ طبعی داشته باشد (ریان، ۱۹۹۳).

از دیگر مؤلفه‌های تأثیرگذار بر شکل‌گیری ویژگی‌های اخلاقی در دانش‌آموزان، کارکنان مدرسه هستند. در زمینه ایجاد تعامل مثبت، بیان مشارکت‌کنندگان نشان‌دهنده تأثیرپذیری پس از ایجاد تعامل مثبت با کارکنان مدرسه است. کلیدواژه‌های "رفتار مناسب و احترام" و "انعطاف‌پذیری و دوستی در روابط" در پاسخ‌ها، نشان از برقراری تعامل مثبت و تأثیرپذیری دارند. بر

اساس نظریه بلوم (۲۰۰۵)، دانش آموز با احساس اینکه بزرگسالان به آن‌ها احترام می‌گذارند، احساس حمایت می‌کنند. علاوه بر این بتی و بری (۲۰۰۵) به این موضوع اشاره کردند که دانش‌آموزان در مدرسی که شاهد رفتار عادلانه و احترام از مسئولین خود هستند، احساس امنیت بیشتری دارند. در نتیجه مؤلفه‌های به دست آمده نشان‌دهنده تأثیرپذیری دانش‌آموزان از کارکنان مدرسه می‌باشند.

فعالیت‌های فوق‌برنامه و جانبی مدرسه از تجربیاتی هستند که فرد طی تعاملات و هم‌زیستی با افراد دیگر، باورهای خود را تقویت می‌کند. همانطور که گفته شد، بعد "داشتن" از خود اخلاقی، سازه‌های شناختی و اجتماعی است (بندورا، ۱۹۹۱ و هارتر، ۱۹۹۹). ساختار اجتماعی آن در خلال نقش‌ها و تعاملات بین فردی در بافت اخلاقی-اجتماعی پیرامون فرد مانند خانواده، اجتماع یا مؤسسات، شکل می‌گیرد و ساختار شناختی آن به وسیله باورهای فرد نسبت به خویش که از طریق تجربیات فرد در طی تعاملات اجتماعی خویش کسب گردیده است، حاصل می‌گردد (هارتر، ۱۹۹۹).

در بررسی تأثیر برگزاری اردوهای چندروزه بر شکل‌گیری هویت اخلاقی دانش‌آموزان، با توجه به پاسخ‌ها این گونه استنباط می‌شود که تجربیاتی که دانش‌آموزان در میان همسالان خود کسب می‌کنند، مانند بازی‌ها، فعالیت‌ها و کارهای گروهی، می‌توانند در رشد اخلاقی آن‌ها مؤثر باشد. یکی دیگر از مؤلفه‌های قابل استنباط از پاسخ‌های دانش‌آموزان، تأثیر اردوهای بازدید از مکان‌های تاریخی و موزه‌ها بود. گفته‌هایی مانند // من اردوهای موزه‌ای و جاهای تاریخی را خیلی دوست داشتم، همیشه یک نکته آموزنده را برای من داشته است که مثل همین موزه جنگ که چند وقت پیش ما را بردند باعث شد من جدی‌تر به مسئولیت نسبت به خاک و وطن فکر کنم و از خودگذشتگی که یک سری افراد برای ما داشتند را جبران کنم // با دانستن تاریخ ما به خیلی از اتفاقات این روزها دقیق‌تر می‌توانیم بفهمیم، ما را به کاخ سعدآباد بردند و من بی‌عدالتی واقعی را از در و دیوار آن عمارت می‌دیدم // گویای چنین تأثیری هستند. شاملی، ملکی، کاظمی، (۱۳۹۰) بیان کردند شرایط و فضای اخلاقی مدرسه بر تصمیمات و قضاوت‌های اخلاقی کودک تأثیر عمده دارد.

در زمینه تأثیر کتب درسی، با توجه به استنباط حاصل از پاسخ‌ها می‌توان دریافت، در کتاب‌های درسی، به مسئله مهمی همچون تربیت اخلاقی و هویت اخلاقی به طور جدی و علمی پرداخته نشده است. همچنین بیشتر مطالب کتب یاد شده، به شکل مضامین حاوی پند و اندرز ارائه شده و برای ارتباط مؤلفه‌های تربیت اخلاقی با زندگی روزمره دانش‌آموزان، فعالیتی پیش‌بینی نشده است. از نظر محتوای کتب درسی، گفته‌هایی همچون // بالاخره تأثیر دارند و همین که به گوشمان برسد، ولی ما الان خیلی از رفتارهای اخلاقی که باید برای زندگی اجتماعی یاد بگیریم را در این کتابها یاد نمی‌گیریم. مثلاً اینکه سود ما در سود جامعه است یا اینکه یاد بگیریم تا یک چیزی گران شد عجله برای خرید آن نکنیم. خیلی کم کتاب درسیها فرهنگ‌سازی دارند // گویای محتوای ناکافی کتب درسی در موضوع رفتار اخلاقی است. در پژوهشی (فرزاد و نظیری، ۱۳۷۱) با عنوان بررسی تحلیل محتوای کتاب ادبیات فارسی، مشخص گردیده که مفاهیم اخلاقی کمتر مورد توجه بوده است. از دیگر مؤلفه‌های استنباط شده، نحوه تدریس کتاب و کم‌کاری مدارس در آموزش کتب مرتبط می‌باشد. پاسخ‌ها نشان می‌دهند که اجباری بودن و امتحانی بودن حفظ مطالب، منجر به کاهش اثرگذاری و یادگیری می‌شود.

در بعد اخلاق، نظر به اینکه هدف از انجام این پژوهش درک تأثیر مدرسه بر هویت اخلاقی دانش‌آموزان بوده است و از آنجا که تعاریف متفاوتی درباره مفهوم اخلاق و رفتار اخلاقی ارائه شده است، درک نگاه دانش‌آموزان به مقوله اخلاق و رفتار اخلاقی ضروری به نظر می‌رسد. تعاریف دانش‌آموزان از اخلاق و ارزش‌های اخلاقی فقط مربوط به نظم و انضباط و ویژگی‌های فردی نیست. بطور مثال دانش‌آموزانی که در ابتدای صحبت از خانواده خود، به ویژگی‌های اجتماعی بودن و اهل صحبت و تعامل بودن اشاره کردند بیشتر از بقیه ارزش‌های اخلاقی اجتماعی را نام بردند.

اما در پاسخ به این پرسش که چه زمانی رفتار اخلاقی از فرد سر می‌زند، باید گفت رسیدن به عمل اخلاقی یعنی طی نمودن فاصله بین شناخت و دانش اخلاقی با عمل به آن که این با تعریف هویت اخلاقی مطابق است. طبق نظریه الگوی خود بلاسی، هویت اخلاقی وابسته به انگیزه‌هایی است که از درون نشأت می‌گیرد. بر همین اساس، سؤال مورد نظر در این بخش به بررسی نگرش دانش‌آموزان درباره انگیزه‌های درونی که منجر به انجام عمل می‌شود، می‌پردازد.

یکی از مؤلفه‌های به دست آمده از پاسخ مشارکت‌کنندگان، تأثیر پیامد عمل در انجام آن است. به طور مثال // به نظرم یک رفتار می‌تواند تو شرایطی اخلاقی باشد و تو شرایطی نباشد، یعنی ممکن است یک بار آسیب زنده باشد و یک بار نه // به نظرم تو رفتارهای ما نتیجه مهم است،

یعنی اگر با آن کار ما خیری می‌رسد کار خوبی است، پس انجام می‌دهیم // این پاسخ‌ها با دیدگاه فایده‌گرا که جزو دیدگاه‌های پیامدگرا محسوب می‌شود هم‌سو می‌باشد. دیدگاه فایده‌گرا از جمله دیدگاه‌های پیامدگراست؛ بدین مفهوم که درستی یا نادرستی یک عمل با توجه به نتیجه حاصل از آن ارزیابی می‌شود.

مؤلفه دیگری که از صحبت‌های دانش‌آموزان استنباط شد، هم راستا با دیدگاه فضیلت‌گرایان و دیدگاه وظیفه‌گرایان بود. گفته‌هایی همچون // به نظرم هیچ چیز نمی‌تواند رفتار اشتباه را توجیه کند. من حتی اگر بدانم همسر می‌میرد، برای او دزدی نمی‌کنم تا دارو بگیرم // بر همین اساس، تئوری فضیلت‌گرا تأکید بر روی اصل خیرخواهی دارند؛ بدین معنا که نیت عمل‌کننده باید این باشد که همیشه بخواهد کار خوب انجام دهد و به عبارت دیگر نیت انجام کار خوب را بر نتیجه خوب یک عمل ترجیح دهد.

مؤلفه سوم به دست آمده، استدلال اخلاقی است. گفته‌هایی مانند // به نظر من خیلی از افراد فقط کاری که برای خودشان فایده دارد را انجام می‌دهند و خیلی نفع جمع را لحاظ نمی‌کنند، حالا ممکن است آن کار اخلاقی باشد برای فرد ولی جمع نه // همانطور که گیگز نزر (۲۰۱۰) بیان کرده است، رفتار اخلاقی حاصل تعامل ذهن افراد با عوامل محیطی است و معمولاً بر اساس هماهنگی با ساختارهای اجتماعی حاکم بر محیط زندگی پدید می‌آید.

### • نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی سهم آموزش و مدرسه در شکل‌گیری هویت اخلاقی انجام پذیرفته است. با توجه به نتایج به دست آمده از سؤالات و بحث درباره آن‌ها، می‌توان اینگونه تبیین نمود که بعد از خانواده، مدرسه دومین جامعه‌ای است که فرد در آن به یادگیری و الگوگیری می‌پردازد؛ در نتیجه آن نظام آموزشی منجر به درونی شدن اخلاق در افراد می‌شود که بتواند (۱) دانش اخلاقی را متناسب با سن یادگیرندگان به وسیله الگوهای مطرح شده ارائه دهد؛ (۲) انگیزه درونی و فعال برای عمل به دانش اخلاقی را ایجاد نماید؛ (۳) ویژگی‌ها و مهارت‌های مربوط به تفکر هدفمند و منطقی، تصمیم‌گیری صحیح و اخلاقی عمل کردن را در دانش‌آموزان ایجاد نموده و رشد دهد؛ (۴) با ایجاد زمینه مناسب در مدرسه و کلاس درس از طریق بازی، اجرای نمایش و واگذاری مسئولیت به آن‌ها این امر را تحقق بخشد؛ (۵) در دانش‌آموزان، دیدگاه‌ها، رجحان‌ها و نگرش‌های مثبت و سازنده‌ای نسبت به ارزش‌ها و صفات اخلاقی مانند عدالت، انسانیت و احساس مسئولیت ایجاد نماید؛ (۶) فرصت‌های یاددهی و یادگیری مختلف و متنوع برای بکار بردن آموزه‌های خود در طول دوران تحصیل ایجاد نماید.

با اینکه هر یک از ارکان مدرسه در تحقق یک نظام آموزشی اخلاق‌محور نقش ایفا می‌نمایند، اما نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در میان همه این ارکان مهم، معلمان از جایگاه ممتازی برخوردار بوده و نقش بی‌بدیلی در شکل‌گیری و درونی شدن هویت اخلاقی دانش‌آموزان دارند که همانطور که پیش از این ذکر شد، این امر بیش از هر چیز به هویت اخلاقی درونی شده و تثبیت یافته معلمان وابسته است.

### • منابع

- امامی‌سیگاردی، عبدالحسین، دهقان‌نیری، ناهید، رهنورد، زهرا، نوری، سعیدعلی. (۱۳۹۱). روش‌شناسی تحقیق کیفی، پدیدارشناسی پرستاری و مامایی جامع‌نگر. شماره ۶۶، ۱۶۲-۱۵۴.
- بخشایش، علیرضا. (۱۳۹۰). روانشناسی عمومی. یزد: موسسه انتشارات یزد.
- برزینکا، ولفگانگ. (۱۳۷۱). نقش تعلیم و تربیت در جهان امروز. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- جهانگیرزاده، محمدرضا. (۱۳۹۰). نظریه‌های شناختی تحولی در رشد اخلاقی. معرفت اخلاقی، (۴)، ۱۲۲-۱۰۱.
- حسنی، محمد. (۱۳۹۵). بررسی و نقد الگوی تربیت اخلاقی در کتاب‌های آموزش قرآن دوره ابتدایی، فصلنامه پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی، ۱۳۷-۱۶۱.
- خنیفر، حسین و مسلمی، ناهید. (۱۳۹۸). اصول و مبانی روش‌های پژوهش کیفی، تهران: نگاه دانش.
- رضایی، زینب، حجازی، الهه و کارشکی، حسین. (۱۳۹۹). نقش تعدیل‌کنندگی همدلی در رابطه بین قضاوت اخلاقی و رفتار اخلاقی در دانش‌آموزان، مجله روان‌شناسی، (۲)، ۱۸۳-۱۶۷.

شاملی، عباسعلی؛ ملکی، حسن؛ کاظمی، حمید رضا. (۱۳۹۰). برنامه درسی، ابزاری برای نیل به تربیت اخلاقی، نشریه اسلام و پژوهش‌های تربیتی، ۶(۳)، ۹۶-۶۵.

طالب زاده نویریان، محسن و فتحی واجارگاه، کوروش. (۱۳۸۲). مباحث تخصصی در برنامه درسی، تهران: آبیژ.

فتحی واجارگاه، کوروش (۱۳۸۶). برنامه ی درسی به سوی هویت های جدید، تهران: آبیژ.

فرزاد، ولی الله و نظیری، عشرت (۱۳۶۵). تحلیل محتوای ادبیات فارسی، تهران: سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی وزارت آموزش و پرورش. کدیور، پروین (۱۳۹۱). روانشناسی اخلاق. تهران: آگاه.

گال، مردیت؛ بورگ، والتر؛ گال، جویس (۱۳۹۸). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

گیدنز، آنتونی (۱۳۹۰). جامعه شناسی، تهران: نی.

لاری، نرجس؛ الهه، حجازی؛ جوکار، بهرام و اژه‌ای، جواد (۱۳۹۹). تحلیل پدیدارشناسی ادراک دانش‌آموزان از ویژگی‌ها و کنش‌های مؤثر معلم در رابطه معلم-دانش‌آموز. مجله روان‌شناسی، ۲۴ (۱) ۲۲-۳.

محمدپور، احمد. رضایی، مهدی (۱۳۸۷). درک معنایی پیامدهای ورود نوسازی به منطقه اورامان کردستان ایران به شیوه پژوهش زمینه‌ای. مجله جامعه شناسی ایران. ۱۲۹(۳)، ۱۳۸۷-۳۳.

موسوی، اعظم السادات، فتاحی، بهاره، زارع بیدکی، فاطمه و فلاح، ریحانه (۱۳۹۴). نقش معلم در تربیت اخلاقی جامعه، اولین کنفرانس علمی پژوهشی راهکارهای توسعه و ترویج آموزش علوم در ایران.

Aquino, K., & Reed, I. I. (2002). The self-importance of moral identity. *Journal of personality and social psychology*, 83(6), 1423.

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

Beatty, B., & Brew, C. (2005). Measuring student sense of connectedness with school: The development of an instrument for use in secondary schools.

Blasi, A. (2008). Moral functioning: Moral understanding and personality. *Moral development, self, and identity*, 335-347.

Blasi, A. (1984). Moral identity: Its role in moral functioning. *Morality, moral behavior, and moral development*, 128-139.

Blum, R. W. (2005). A Case for School Connectedness. *Educational Leadership*, 62(7), 16-19.

Carr, D. (2005). *Professionalism and ethics in teaching* (Vol. 2). Routledge.

Dunn, J. (2014). Moral development in early childhood and social interaction in the family. *Handbook of moral development*, 331-350.

Gigerenzer, G. (2010). Moral satisficing: Rethinking moral behavior as bounded rationality, *Topics in cognitive science*, 2(3), 528-554.

Grusec, J. E., Chaparro, M. P., Johnston, M., & Sherman, A. (2014). The development of moral behavior from a socialization perspective.

Hart, D., Atkins, R., & Ford, D. (1998). Urban America as a context for the development of moral identity in adolescence. *Journal of social issues*, 54(3), 513-530.

Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.

Hoffman, M. L. (2001). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge University Press.

Lezin, N., Rolleri, L., Bean, S., & Taylor, J. (2004). Parent-child connectedness: Implications for research, interventions and positive impacts on adolescent health. Santa Cruz, CA: ETR Associates, 1-96.

Pourebrahim, T., Heydari, J., & Khoshkonesh, A. (2011). Relationships among parenting styles, identity and job tendency in adolescents.

Ryan, K. (1993). Mining the Values in the Curriculum. *Educational Leadership*, 51(3), 16-18.

Sepahvand, E., Shehni Yailagh, M., Allipour, S., & Bahrooz, N. (2018). Testing a Model of Causal Relationships of Family Communication Patterns, Metacognition, and Personality Traits with Critical Thinking Disposition, Mediated by Epistemic Beliefs of Female High School Students in Ahvaz. *International Journal of Psychology (IPA)*, 12(1), 50-80.

Shao, R., Aquino, K., & Freeman, D. (2008). Beyond moral reasoning: A review of Moral identity research and its implications for business ethics. *Business Ethics Quarterly*, 18(4), 513-540.

## نقش ناگویی هیجانی در پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر بر مبنای نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده

### The Role of Alexithymia to Predict High-Risk Behaviors based on Mediating Role of Perceived Social Support

Marziyeh Farzadnia MSc<sup>✉</sup>

مرضیه فرزادنیا

#### Abstract

The present research that is a descriptive and correlational study, aimed to investigate the mediating role of perceived social support in relation between Alexithymia and tendency to high-risk behaviors in master degree girl students of one of the universities in Qom city who were studied in the year 2017-2016, was implemented. 470 students were selected in two phases by stratified and cluster random sampling, and completed multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), Toronto alexithymia scale -20 (TAS-20), and scale of Iranian adolescents risk-taking scale (IARS). Analysis of data was done by using Pearson correlation coefficient and path analysis by using software SPSS 22 and Lisrel 8/72. According to the results, perceived social support had meaningful negative correlation with tendency to high-risk behaviors and alexithymia had meaningful positive correlation with tendency to high-risk behaviors. Path analysis showed that perceived social support had a mediating role in the relation between alexithymia and its tendency to high-risk behaviors. The findings of this research can be used to identify individuals who expose at risk and by strengthening emotional intelligence and relational and social skills, also, with strengthening perceived social support in individual with alexithymia can reduce tendency to high-risk behaviors.

**Keywords:** High-risk behaviors, Perceived Social support, Alexithymia.

#### چکیده

پژوهش حاضر پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی است و با هدف تعیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر در دختران دانشجوی مقطع کارشناسی یکی از دانشگاه‌های شهر قم اجرا شد. ۴۷۰ دانشجو در دو مرحله با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و خوشه‌ای انتخاب شدند و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی (MSPSS)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (TAS-20)، و مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS) را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS 22 و Lisrel 8/72 انجام شد. طبق نتایج، حمایت اجتماعی ادراک‌شده با رفتارهای پرخطر، همبستگی منفی معنادار و ناگویی هیجانی با رفتارهای پرخطر، همبستگی مثبت معنادار دارد. تحلیل مسیر نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده، نقش واسطه‌ای در رابطه بین ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر دارد. می‌توان از این یافته‌ها جهت شناسایی افراد در معرض خطر استفاده کرد و از طریق تقویت هوش هیجانی و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، همچنین، با تقویت حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، گرایش به رفتارهای پرخطر را کاهش داد.

**واژه‌های کلیدی:** رفتارهای پرخطر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ناگویی هیجانی.

## ● مقدمه

یکی از جدی‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت انسان‌ها در سال‌های اخیر (حسن، شیخان، محمودزاده و نیکرو، ۱۳۹۳)، شیوع رفتارهای پرخطر در میان افسار مختلف جامعه بویژه جوانان و نوجوانان (لانگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ بهادیوند، دوستی ایرانی، کرمی، قربانی و محمدی، ۲۰۲۱؛ بشرپور و احمدی، ۲۰۲۰؛ و زارعی، باقرزاده، غریبی و روانی پور، ۱۳۹۹) است. رفتار پرخطر، رفتاری است که به لحاظ اجتماعی، به عنوان مشکل و منبع نگرانی، یا امری نامطلوب از هنجارها و رویدادهای معمول جامعه محسوب می‌شود و انواع پاسخ‌های کنترل اجتماعی را برمی‌انگیزد (دونوان، جیسور و کوستا، ۱۹۹۱)، خطر بیماری و جراحت را افزایش می‌دهد و در نهایت می‌تواند به مرگ یا مشکلات اجتماعی منجر شود (طریق و گوپتا، ۲۰۲۱). روان‌شناسی، نقش مهمی در پیش‌بینی افراد و گروه‌های در معرض خطر، تبیین رفتارهای پرخطر و تنظیم مداخلات در این حوزه دارد (بیرامی و اسمعیلی، ۱۳۸۹). در ریشه‌یابی علل و عوامل مرتبط با رفتارهای پرخطر، می‌توان از این موارد نام برد: فقدان حمایت والدین از فرزندان (پناغی، محمدی، پشت مشهدی، زاده محمدی و احمدآبادی، ۲۰۱۳)، بروز مشکلات ارتباطی و اجتماعی با خانواده و همسالان و فقدان یا ضعف روابط (زاده محمدی و احمدآبادی، ۱۳۸۸)، مشکلات هیجانی، ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجان‌ها (افشار، صدیقی ارفعی، جعفری و محمدی، ۱۳۹۴)، و ناگویی هیجانی (نیک منش، درویش مولا و مهرانفرد، ۲۰۲۱؛ عباسی، بگیان و دهقان، ۲۰۱۴؛ و پارکر، تیلور، استبروک، شل و وود، ۲۰۰۸).

حمایت اجتماعی به عنوان برداشت شخص درمورد اینکه دوست داشته می‌شود، مورد مراقبت و توجه دیگران قرار دارد، محترم و باارزش است و بخشی از شبکه ارتباطی است یا نه، تعریف می‌شود (کوب، ۱۹۷۶؛ به نقل از شجاعی مهر، مؤمنی و کرمی، ۱۳۹۹). حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حمایتی است که فرد معتقد است از دیگران دریافت می‌کند؛ در حالی که حمایت اجتماعی دریافت‌شده، حمایتی است که فرد واقعاً از دیگران دریافت می‌کند. بیشترین نوع حمایت اجتماعی توصیف‌شده در پژوهش‌ها، حمایت اجتماعی ادراک‌شده است (عثمانی، علی، ریزوی، خان و گوپتا، ۲۰۱۴). درک از حمایت‌های دریافت‌شده، از خود خدمات ارائه شده مهم‌تر است (محمدی، تنها و رحمانی، ۱۳۹۴). حمایت اجتماعی ادراک‌شده مانند منبع مقابله‌ای مؤثر در فرآیند رویارویی با تجارب تنیدگی‌زا، بیانگر آن است که در صورت نیاز، فرد از کمک دیگران بهره مند خواهد شد (کالوت و کونور- اسمیت، ۲۰۰۶). منابع حمایتی مختلف در مقابله با مشکلات و دشواری‌های زندگی، فرد را یاری داده و عبور از مراحل بحرانی را هموارتر می‌کنند (گراوند، آتش افروز و عنبری، ۱۳۹۸). حمایت اجتماعی، عامل محافظت‌کننده نوجوان در برابر رفتارهای پرخطر است (علوی شهری، ۱۳۹۲؛ به نقل از شجاعی مهر، مؤمنی و کرمی، ۱۳۹۹؛ و مازافرو، موری، نس و باس، ۲۰۰۶). طبق پژوهش رضایی جمالویی، آریاپوران، کچویی، مرادی و طاهری (۱۳۹۴)، همبستگی منفی معناداری بین حمایت اجتماعی با گرایش به مصرف مواد بدست آمد. حمایت بیشتر والدین، با سلامت روان بهتر و احتمال کمتر سوء مصرف مواد در نوجوانان رابطه دارد (باربارا، چاسین و روگوش، ۱۹۹۳؛ به نقل از آورنا و هلس بروک، ۲۰۰۱). در مقابل، جوانانی که با خانواده خود دچار تعارضند، بیشتر احتمال دارد درگیر رفتارهای پرخطر شوند (رحمتی نجارکلاپی و همکاران، ۱۳۸۹).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با رفتارهای پرخطر، ناگویی هیجانی است، که در معنای اصلی به فقدان واژه برای نامیدن و توصیف هیجان‌ها اطلاق می‌شود (هاشمی، خلیلزاد بهروزیان و ماشینیچی عباسی، ۱۳۹۱). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، در شناسایی و توصیف هیجان‌های خود (گجرو و همکاران، ۲۰۲۰)، و فهم حالات هیجانی دیگران ضعف دارند (برن بائوم و پرینس، ۱۹۹۴؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۹۱). ناگویی هیجانی، مجموعه‌ای از نقایص شناختی و عاطفی است که قادر به پیش‌بینی انواع اختلال‌های روان شناختی است و با رفتارهای پرخطری از جمله مصرف و وابستگی به الکل (کراپارو، آردینو، گوری و کارتتی، ۲۰۱۴)، و سوء مصرف مواد (بگیان کوله مرز، نرمانی، سلطانی و مهربانی، ۱۳۹۳)، ارتباط دارد. در پژوهش کوهانن، جولکونن و سالنن (۱۹۹۲) بین الگوی مصرف الکل و ناگویی هیجانی، ارتباط مثبت و پایداری مشاهده شد. حمیدی، رستمی، فرهودی و عبدالمنافی (۲۰۱۰)، تفاوت معناداری بین بیماران دارای اختلال مصرف مواد و افراد عادی در نمره کل ناگویی هیجانی بدست آوردند. همچنین، طبق پژوهش حمیدی و همکاران (۲۰۱۰) و توربرگ، یونگ، سولیوان و لیورز (۲۰۰۹)، ناگویی

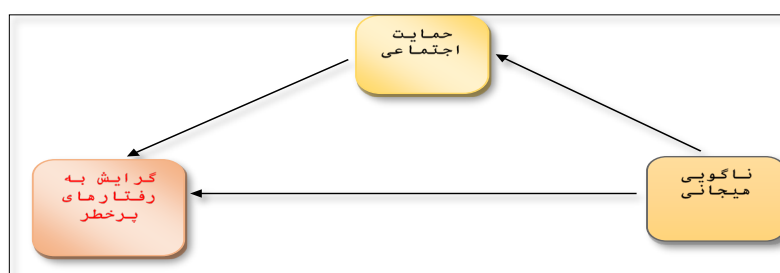


هیجانی یک عامل خطر بالقوه برای اختلال سوءمصرف مواد است و مانع از موفقیت درمان می‌شود. شیشیدو، گاهر و سیمونز (۲۰۱۳) به نقش آموزش مهارت‌های شناسایی و ابراز هیجان در درمان سوءمصرف مواد اشاره داشته‌اند.

ایجاد و حفظ رابطه مطلوب، نیازمند شناسایی و ابراز هیجان‌ها و فهم و پذیرش هیجان‌های طرف مقابل است (بشارت، خواجوی و پورخاقان، ۱۳۹۱) و یکی از عوامل مؤثر در ایجاد صمیمیت در رابطه، خود آشکارسازی (بیان عواطف و افکار برای دیگری) است، در حالی که افراد دارای ناگویی هیجانی، در بیان و ابراز هیجان‌ها مشکل دارند. به همین علت، شبکه روابط اجتماعی‌شان ضعیف است، مشکلات بین‌شخصی متعددی دارند و تمایلی به نزدیک‌شدن به دیگران ندارند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۳)، و به احتمال کمتری برای دریافت حمایت به دیگران روی می‌آورند (بشارت، ۲۰۱۰). این افراد هم در تأمین حمایت برای شریک عاطفی خود و هم در دریافت حمایت از شریک عاطفی خود مشکل دارند (ولز، رحمان و ساترلند، ۲۰۱۶). بهزیستی جسمی و ذهنی افراد تحت تأثیر روابط صمیمی و نزدیک آن‌ها قرار دارد. ناگویی هیجانی در سطح رفتارهای شخصی با کاهش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش درماندگی روان‌شناختی، سلامت روانی را تهدید و تضعیف می‌کند و در سطح تعامل‌های بین شخصی، بر مهارت‌های ارتباطی و مقابله‌ای تأثیر منفی می‌گذارد (بشارت و گنجی، ۱۳۹۱). در پژوهش سوی و همکاران (۲۰۲۱) بین مدت مصرف متاآمفتامین با دشواری در شناسایی احساسات، ارتباط مثبت، و بین مدت مصرف متاآمفتامین با حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ارتباط منفی بدست آمد. طبق پژوهش محمدی، تنها و رحمانی (۱۳۹۴) یکی از عوامل محیطی تأثیرگذار بر رفتارهای پرخطر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده است که به عنوان متغیر واسطه‌ای بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتارهای پرخطر به کار می‌رود. اسکندری‌راد، حسینی، بخشی‌پور و اسکندری‌راد (۲۰۱۴)، از عامل حمایت اجتماعی، به عنوان کاهش‌دهنده بار منفی اتفاقات ناگوار و تسکین‌دهنده شرایط استرس‌زا نام می‌برند که همانند سپر محافظ عمل می‌کند و مانع از تشدید خلُق منفی یا راهکارهای غیرعقلانه‌ای همچون انجام رفتارهای پرخطر برای مقابله با استرس می‌شود.

با توجه به آمار بالای گرایش به رفتارهای پرخطر در جامعه (التاف و همکاران، ۲۰۰۹؛ و اسماعیل زاده، اسدی، میری و کرامتکار، ۱۳۹۳)، سنین جوانی بویژه دوران دانشجویی، به دلیل مشارکت بیشتر در گروه همسالان و قرارگرفتن در موقعیت‌های اجتماعی متنوع‌تر و مسئولیت‌های بیشتر، بیشتر مستعد ارتکاب رفتارهای پرخطر می‌باشد. چرا که گرایش به رفتارهای پرخطر، در واقع نوعی گریز از مواجهه مؤثر با موقعیت‌های تنش‌زا است (محمدعلی‌پور، رستمی و قائم مقامی، ۱۳۸۹). با توجه به نقش محوری قشر جوان در سلامت و آینده جامعه، و اینکه اکثر پژوهش‌های این حوزه روی نوجوانان انجام شده است، باید توجه خاصی به گروه سنی جوانان شود. از آنجا که انسان موجودی چندبُعدی است، در این پژوهش عوامل حمایت اجتماعی و ناگویی هیجانی در دو بُعد اجتماعی و روانی، انتخاب شده است. شناسایی متغیرهای واسطه‌ای همواره یکی از دغدغه‌های علمی پژوهشگران بوده است، در حالی که مرور پیشینه پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد به نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در رابطه بین ناگویی هیجانی و رفتارهای پرخطر توجهی نشده است. بنابراین، این پژوهش به دنبال بررسی سه فرضیه است: (۱) حمایت اجتماعی ادراک‌شده با گرایش به رفتارهای پرخطر، رابطه معناداری دارد. (۲) ناگویی هیجانی با گرایش به رفتارهای پرخطر، رابطه معناداری دارد. (۳) حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر، نقش واسطه‌ای دارد.

مدل مسیر پیشنهادی برای تحلیل فرضیه سوم به شرح نمودار زیر است.



نمودار ۱. نمودار مسیر پیشنهادی برای بررسی نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای

## • روش پژوهش

جامعه پژوهش شامل دانشجویان دختر مقطع کارشناسی در نیم سال تحصیلی دوم ۹۵-۹۴ یکی از دانشگاه‌های استان قم است. این دانشگاه ۸۰۰۰ دانشجوی دختر داشت، و طبق جدول مورگان، ۳۶۷ نمونه نیاز بود. از طرفی، با توجه به اینکه این پژوهش، مدل سازی معادلات ساختاری است، کفایت نمونه باید ۵ تا ۱۵ برابر تعداد گویه‌های پرسشنامه‌ها باشد. بنابراین، ۴۷۰ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین شد تا علاوه بر پوشش دادن حجم نمونه مورد نیاز طبق جدول مورگان، کفایت نمونه را نیز تأمین کند. برای انتخاب نمونه، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبی، تعداد نمونه مورد نیاز از هر دانشکده مشخص و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، نمونه مورد نیاز از هر دانشکده به صورت کلاسی، انتخاب شد. معیارهای ورود به این پژوهش: جنسیت مؤنث، تحصیل در مقطع کارشناسی در دانشگاه مورد نظر، حضور در کلاس در زمان توزیع پرسشنامه و رضایت برای شرکت در تحقیق. به علت وجود حساسیت دانشگاه مربوطه در خصوص انتشار آمار رفتارهای پرخطر در دانشجویان، مجوز اجرای پژوهش به عدم ذکر نام دانشگاه منوط شد. در پژوهش حاضر از سه پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد:

### الف) مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

**(MSPSS) (Support):** این پرسشنامه ۱۲ عبارتی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را می‌سنجد (زیمت، داهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸؛ نقل در حسینی‌الملدنی، کریمی و بهرامی، ۱۳۹۱). علاوه بر نمرات هر منبع، نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس محاسبه می‌شود (حسین زاده، عزیز و توکلی، ۱۳۹۳). ضریب آلفای کرونباخ برای اعتبار درونی کل آزمون و هریک از خرده‌مقیاس‌های خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۹۱ و بدست آمده است. اعتبار بازآزمایی دو تا سه ماه پس از آزمون اولیه، برای کل آزمون و هریک از خرده‌مقیاس‌های خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است. این مقیاس از اعتبار درونی بازآزمایی مطلوب، روایی عاملی و روایی سازه متوسط برخوردار است (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). کانتی-میچل و زیمت (۲۰۰۰)، اعتبار این مقیاس را برای خانواده، دوستان و دیگران مهم و کل به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۳ گزارش کردند. این مقیاس را جوشن لو، رستمی و نصرت‌آبادی در سال ۱۳۸۵ با استفاده از یک نمونه دانشجویی ۲۱۴ نفره در ایران هنجاریابی کردند. مقدار آلفای به دست آمده ۰/۸۹ است (پرپوچی، احمدی و سهرابی، ۱۳۹۲). سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸)، این مقیاس را در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی اجرا و اعتبار این مقیاس را برای سه زیرمقیاس خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کردند.

### ب) مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (TAS-20):

مقیاسی ۲۰ سوالی برای سنجش ناگویی هیجانی که ساختار ۳ عاملی دارد شامل: دشواری در شناسایی احساسات (7) (DIF) (difficulty identifying feelings) ماده، دشواری در توصیف احساسات (5) (DDF) (difficulty describing feelings) ماده و تفکر برون مدار (externally oriented thinking) (8) (EOT) ماده (قربانی و همکاران، ۲۰۰۲). این مقیاس، همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی خوبی دارد و ساختار ۳ عاملی آن به لحاظ نظری، با سازه ناگویی هیجانی همخوانی دارد (باگبی، تیلور و پارکر، ۱۹۹۴). علاوه بر نمرات هر عامل، یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس محاسبه می‌شود. در نسخه فارسی این مقیاس (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. اعتبار بازآزمایی مقیاس در نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی این مقیاس تأیید کردند (بشارت، ۱۳۹۲).

### ج) مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (Iranian Adolescents Risk-taking Scale) (IARS):

پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان (Adolescents Risk-taking Questionnaire) (ARQ) (گالونه و همکاران، ۲۰۰۰) و

پیمایش رفتار پرخطر جوانان (Youth Risk Behavior Survey) (YRBS) (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۰۳) تدوین شده و شامل ۳۸ ماده برای سنجش آسیب‌پذیری نوجوانان در مقابل هفت دسته رفتار پرخطر از قبیل: مواد مخدر، الکل، سیگار، خشونت، رابطه و رفتار جنسی، رابطه با جنس مخالف، رانندگی خطرناک و یک حیطه کلی رفتار پرخطر می‌باشد. اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی با کمک آلفای کرونباخ و اعتبار سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی بررسی شده است. میزان اعتبار IARS و خرده‌مقیاس‌های آن برای مقیاس کلی ۰/۹۴، رانندگی خطرناک ۰/۷۴، خشونت ۰/۷۸، سیگار کشیدن ۰/۹۳، مصرف مواد مخدر ۰/۹۰، مصرف الکل ۰/۹۰، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۷ و دوستی با جنس مخالف ۰/۸۳ است. روایی ابزار، توسط ۶ روان‌شناس و متخصص مسائل جوانان بررسی شد (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). این مقیاس، با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی جامعه ایران ساخته و هنجاریابی شده است (فتحی و ذاکری پور، ۱۳۹۳).

## • یافته‌ها

سن پاسخ‌گویان بین ۱۸-۴۰ سال بوده است. میانگین سن پاسخ‌گویان ۲۲/۴ با انحراف معیار ۳/۹۷ سال است. بیشترین فراوانی مربوط به افراد بین ۲۴-۲۰ سال است با ۶۸/۹ درصد از نظر اشتغال؛ ۵۰/۹ درصد بیکارند و ۷/۷ درصد شاغل، ۴۱/۵ درصد نیز وضعیت اشتغال خود را مشخص نکرده‌اند.

برای بررسی رابطه حمایت اجتماعی با رفتارهای پرخطر، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده و نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است که نشان می‌دهد حمایت اجتماعی با رفتارهای پرخطر، رابطه منفی و معناداری (۰/۲۳۸-) دارد. رابطه همه زیرمقیاس‌های این دو متغیر، منفی و معنادار است.

برای بررسی رابطه ناگویی هیجانی با رفتارهای پرخطر، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده و نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است که نشان می‌دهد ناگویی هیجانی با رفتارهای پرخطر، همبستگی مثبت و معنادار (۰/۲۹۴) دارد.

همچنین، با بررسی مدل ساختاری رابطه بین رفتارهای پرخطر و ناگویی هیجانی به همراه نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی به عنوان متغیر میانجی (مدل پیشنهادی)، ضرایب تمامی مسیرها معنادار شدند.

جدول ۱. ماتریس همبستگی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و گرایش به رفتارهای پرخطر و مؤلفه‌های آنها

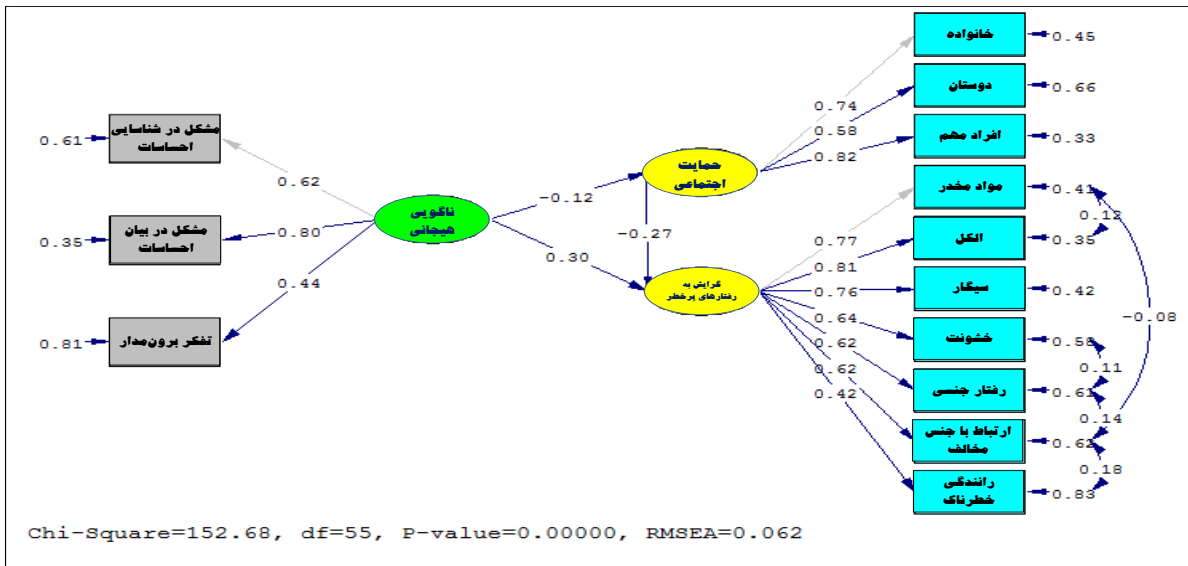
خانواده	دوستان	افراد مهم	حمایت اجتماعی ادراک‌شده
گرایش به مواد مخدر	-۰/۰۴۳	-۰/۲۰۱**	-۰/۲۰۲**
گرایش به الکل	-۰/۰۷۹	-۰/۱۵۱**	-۰/۱۷۴**
گرایش به سیگار	-۰/۱۲۷**	-۰/۱۸۵**	-۰/۲۳۲**
گرایش به خشونت	-۰/۱۲۴**	-۰/۱۴۱**	-۰/۱۹۸**
گرایش به رابطه و رفتار جنسی	-۰/۰۲۱	-۰/۱۰۳*	-۰/۱۵۳**
گرایش به رابطه با جنس مخالف	-۰/۰۶۰	-۰/۱۱۶*	-۰/۱۶۱**
گرایش به رانندگی خطرناک	-۰/۰۷۸	-۰/۰۸۶	-۰/۱۰۶*
گرایش به رفتارهای پرخطر	-۰/۱۰۵*	-۰/۱۹۳**	-۰/۲۳۸**

$P \leq 0.01^{**}$   $P \leq 0.05^*$

جدول ۲. ماتریس همبستگی ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر و مولفه‌های آنها

مشکل در شناسایی احساسات	مشکل در بیان احساسات	تفکر برون مدار	ناگویی هیجانی
گرایش به مواد مخدر	۰/۱۶۳**	۰/۱۹۳**	۰/۱۳۶**
گرایش به الکل	۰/۱۶۱**	۰/۱۷۲**	۰/۱۶۰**
گرایش به سیگار	۰/۱۹۷**	۰/۱۵۳**	۰/۱۶۶**
گرایش به خشونت	۰/۳۸۵**	۰/۲۰۳**	۰/۳۲۳**
گرایش به رابطه و رفتار جنسی	۰/۲۷۱**	۰/۲۴۲**	۰/۲۷۲**
گرایش به رابطه با جنس مخالف	۰/۲۸۴**	۰/۲۰۶**	۰/۲۷۳**
گرایش به رانندگی خطرناک	۰/۲۱۶**	۰/۱۵۸**	۰/۲۲۰**
گرایش به رفتارهای پرخطر	۰/۳۱۸**	۰/۲۵۴**	۰/۲۹۴**

$P \leq 0.01^{**}$   $P \leq 0.05^*$



نمودار ۲. نمودار مسیر برای بررسی نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر در حالت مقادیر استاندارد

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص مناسبیت مدل	ارزش‌های مورد انتظار (سفارش شده)	ارزش‌های محاسبه شده مدل	وضعیت شاخص
GFI	۰/۹ و بیشتر	۰/۹۵	مطلوب
AGFI	۰/۹ و بیشتر	۰/۹۲	مطلوب
IFI	۰/۹ و بیشتر	۰/۹۷	مطلوب
CFI	۰/۹ و بیشتر	۰/۹۷	مطلوب
NFI	۰/۹ و بیشتر	۰/۹۶	مطلوب
RMR	نزدیک به صفر	۰/۱۸	مطلوب
RMSEA	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶۲	مطلوب
$\frac{x^2}{df}$	کوچکتر از ۳	۲/۷۸	مطلوب

محاسبه شاخص‌های مناسبیت مدل نشان می‌دهد مدل حاضر، برازش خوبی دارد. ناگویی هیجانی بر حمایت اجتماعی، اثر منفی و معنی‌دار دارد. ناگویی هیجانی، ۲٪ از واریانس حمایت اجتماعی را تبیین می‌کند. لذا می‌توان گفت حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر نقش واسطه‌ای معنادار (۰/۰۳۲) دارد.

### ● بحث

طبق نتایج این پژوهش، حمایت اجتماعی ادراک‌شده با رفتارهای پرخطر، رابطه منفی دارد. این یافته، همسو با نتایج پژوهش‌های حسینی المدنی و همکاران (۱۳۹۱)، رضایی جمالویی و همکاران (۱۳۹۴)، هاشمی و همکاران (۱۳۹۳)، آورنا و هسل بروک (۲۰۰۱)، اپلیارد، ایگلند و سروف (۲۰۰۷)، بولگ و همکاران (۲۰۱۳)، کول، لوگان و والکر (۲۰۱۱)، کوستا و همکاران (۲۰۰۵)، گروسو (۲۰۱۰)، مازافرو و همکاران (۲۰۰۶)، پارک، کیم و کیم (۲۰۰۹)، پیکت و همکاران (۲۰۰۶)، رینیجر و همکاران (۲۰۱۲)، تود و همکاران (۲۰۰۴) و اوریب (۲۰۰۷) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت حمایت اجتماعی از طریق اثرگذاری بر فرایند ارزیابی شناختی و به تبع آن دریافت تنیدگی کمتر و افزایش حرمت خود، احساس تعلق، تفکر مثبت و امیدوارکننده، به واکنش‌های مقابله‌ای افراد در برخورد با حوادث کمک می‌کند (بودن و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از شجاعی مهر،

مؤمنی و کرمی، ۱۳۹۹). به نظر گروسو (۲۰۱۰)، تأمین کردن حمایت اجتماعی و عاطفی برای جمعیت در معرض خطر، می‌تواند رفتارهای پرخطر را کاهش دهد یا رفتارهای محافظ سلامتی را ارتقاء دهد. محیط‌های اجتماعی حمایت‌کننده، به طور واضحی نوجوانان را از درگیری در رفتارهای پرخطر محافظت می‌کنند (پیکت و همکاران، ۲۰۰۶). در مقابل، فقدان حمایت کافی از سوی خانواده و در نتیجه احساس خلأ و ضعف درک شده، باعث می‌شود افراد برای پرکردن این شکاف، دست به رفتارهای پرخطر بزنند (رحمتی نجارکلایی و همکاران، ۱۳۸۹).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ناگویی هیجانی با رفتارهای پرخطر، همبستگی مثبت و معناداری دارد. این نتیجه، همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است که به ارتباط ناگویی هیجانی با مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر از جمله مصرف و وابستگی به الکل (کراپارو و همکاران، ۲۰۱۴؛ اورن و همکاران، ۲۰۰۸؛ کوهانن و همکاران، ۱۹۹۲؛ لواس و همکاران، ۱۹۹۷؛ و شیشیدو، گاهر و سیمونز، ۲۰۱۳) و سوءمصرف مواد (بگیان کوله مرز و همکاران، ۱۳۹۳؛ حمیدی و همکاران، ۲۰۱۰؛ و توربرگ و همکاران، ۲۰۰۹)، اشاره کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که درک کمتری از هیجان‌ات خود دارند، مشکلات خود را بیشتر درونی کرده و مستعد گرفتار شدن در دوری از عاطفه منفی و گرایش به رفتار پرخطر و بالعکس هستند (محمدی، تنها و رحمانی، ۱۳۹۴). این افراد به دلیل اینکه در موقعیت‌های اجتماعی احساس ناراحتی دارند، الکل را به عنوان مکانیزم مقابله‌ای برای استرس یا بهبود عملکرد بین فردیشان استفاده می‌کنند (توربرگ و همکاران، ۲۰۰۹). از نظر شیشیدو و همکاران (۲۰۱۳)، ناگویی هیجانی، به علت تأثیر بر تنظیم هیجانی و رفتاری که با تشدید وضعیت عاطفی منفی مرتبط است، خطر مشکلات مرتبط با الکل را افزایش می‌دهد.

در تبیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه ناگویی هیجانی و رفتارهای پرخطر، می‌توان گفت یکی از راه‌های کسب حمایت اجتماعی، بیان هیجانی به ویژه بیان عاطفه منفی است (فانتینی - هاول، بودوخوا و آرسیزوسکی، ۲۰۱۱)، در حالی که طبق تحقیق بشارت و گنجی (۱۳۹۱)، افراد دارای ناگویی هیجانی، در بیان نیازهایشان به دیگران مشکل دارند. آن‌ها همچنین، به دلیل مشکل در ارتباط احساسات درونی شان و فهم ضعیف از عواطف دیگران، در ایجاد و حفظ رابطه نزدیک با دیگران و استفاده مناسب از حمایت‌های اجتماعی برای محافظت خودشان از اثرات حوادث استرس زا، مشکل دارند (کوجیما، ۲۰۱۲)، و از راهبردهای مقابله‌ای روان رنجورانه از قبیل سرزنش خود، فاجعه آمیزپنداری و سرزنش دیگران بیشتر استفاده می‌کنند که به ضعف عملکرد در برقراری ارتباطات بین فردی و اجتماعی و بروز مشکلاتی مانند سردی/ دوری‌گزینی و عدم ابرازگری هیجانی منجر می‌شود (عیسی زادگان، حسنی، احمدیان و امانی، ۱۳۹۲).

## • نتیجه گیری

با توجه به اینکه درخصوص ارتباط بین ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، پژوهش‌های اندکی در دسترس است، و پژوهشی درباره نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر انجام نشده است، نتایج این پژوهش می‌تواند خلأ موجود را پر کند و در سه سطح غربالگری، پیشگیری و درمان کاربرد دارد. در سطح غربالگری، با شناسایی افراد دارای ناگویی هیجانی و افرادی که حمایت اجتماعی ادراک‌شده پایین تری دارند، می‌توان گروه‌های در معرض خطر بیشتر گرایش به رفتارهای پرخطر را شناسایی کرد. در سطح پیشگیری، می‌توان اقدامات آموزشی و حمایتی ویژه‌ای درخصوص آموزش هوش هیجانی که نقطه مقابل ناگویی هیجانی است در افراد دارای ناگویی هیجانی و آموزش مهارت‌های زندگی از جمله ارتباط موثر به افرادی که حمایت اجتماعی ادراک‌شده پایین تری دارند، از گرایش به رفتارهای پرخطر پیشگیری کرد یا حداقل میزان آسیب را کاهش داد. در سطح درمان نیز با انجام مشاوره تخصصی و گروه درمانی و خانواده درمانی و تأمین جو حمایتی مناسب به این افراد کمک کرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اجرای آن روی یک جنسیت (خانم‌ها) بود که تعمیم‌پذیری نتایج را به جامعه مردان محدود می‌کند. همچنین، انتخاب نمونه صرفاً از یک نوع دانشگاه، ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به دانشجویان سایر انواع

دانشگاه‌ها را محدود کند و باتوجه به اینکه صرفاً جوانان دانشجوی بررسی شدند، تعمیم نتایج به سایر اقشار و رده‌های سنی، با محدودیت مواجه می‌شود.

## • منابع

- اسماعیل‌زاده، هاجر.، اسدی، مسعود.، میری، میرنادر و کرامتکار، مریم (۱۳۹۳). بررسی شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان شهر قزوین در سال‌های ۹۱-۹۰. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۱۰ (۳): ۸۲-۷۵.
- افشار، سارا.، صدیقی ارفعی، فریبرز.، جعفری، اصغر و محمدی، حسین (۱۳۹۴). رابطه ابعاد هوش معنوی و گرایش به اعتیاد و مقایسه آن بین دانشجویان دختر و پسر. مجله پژوهش در دین و سلامت، ۱ (۲): ۱۸-۱۰.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی. روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۰ (۳۷): ۱۶-۵.
- بشارت، محمدعلی.، خواجهی، زینب و پورخاقان، فاطمه (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و عملکرد جنسی. رویش روان‌شناسی، ۱ (۴): ۶۴-۵۱.
- بشارت، محمدعلی و گنجی، پویا (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و رضایت زناشویی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴ (۴): ۳۳۵-۳۲۴.
- بشارت، محمدعلی.، گرانمایه پور، شیوا.، پورنقدعلی، علی.، افقی، زهرا.، حبیب‌نژاد، محمد و آقایی‌ثابت، سارا (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین‌شخصی: نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی. روانشناسی معاصر، ۹ (۱): ۱۶-۳.
- بگیان کوله‌مرز، محمدجواد.، نریمانی، محمد.، سلطانی، ساناز و مهرابی، علیرضا (۱۳۹۳). مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در سوء‌مصرف‌کنندگان مواد و افراد سالم. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء‌مصرف مواد، ۸ (۲۹): ۱۴۷-۱۳۱.
- بیرامی، منصور و اسمعیلی، احمد (۱۳۸۹). مقایسه عوامل و صفات شخصیتی دانشجویان دارای روابط جنسی پرخطر و فاقد روابط جنسی پرخطر. مجله پزشکی ارومیه، ۲۱ (۳): ۲۲۰-۲۱۵.
- پرپوچی، بهجت.، احمدی، مجید و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۲). رابطه دینداری و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۴ (۳): ۶۸-۶۰.
- حسن، جعفر.، شیخان، ریحانه.، محمودزاده، اکرم و نیکرو، معصومه (۱۳۹۳). نقش بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در رفتارهای پرخطر نوجوانان. اندیشه و رفتار، ۹ (۳۳): ۲۶-۱۷.
- حسین‌زاده، علی اصغر.، عزیزی، مرتضی و توکلی، حسین (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در نوجوانان: نقش واسطه‌ای خودکارآمدی و حرمت خود. روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۱ (۴۱): ۱۱۴-۱۰۳.
- حسینی‌المدنی، علی.، کریمی، یوسف و بهرامی، هادی (۱۳۹۱). پیش‌بینی عضویت نوجوانان و جوانان در گروه‌های معتاد و غیرمعتاد براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دلبستگی، سبک‌های هویتی و صفات شخصیتی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۳ (۳): ۴۵-۳۳.
- حسینی‌المدنی، علی.، احدی، حسن.، کریمی، یوسف.، بهرامی، هادی و معاضدیان، آمنه (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبودیافته. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء‌مصرف مواد، ۶ (۲۱): ۶۴-۴۷.
- رحمتی نجار کلایی، فاطمه.، نیکنایی، شمس‌الدین.، امین شکروی، فرخنده.، فرمانبر، ربیع‌الله.، احمدی، فضل‌الله و جعفری، محمدرضا (۱۳۹۰). خانواده و نقش آن در بروز رفتارهای پرخطر ایدز: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۰ (۷۷): ۸۰-۶۹.
- رضایی جمالویی، حسن.، آریاپوران، سعید.، کجویی، محسن.، مرادی، حسین و طاهری، مهدی (۱۳۹۴). پیش‌بینی کاهش مصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی بر اساس دلبستگی به خدا، نگرش مذهبی، حمایت اجتماعی و هیجان‌خواهی. روان‌شناسی و دین، ۸ (۲): ۹۶-۷۹.
- زاده محمدی، علی و احمدآبادی، زهره (۱۳۸۸). بررسی رفتارهای پرخطر نوجوانان و راهکارهای پیشگیری از وقوع جرم در محیط خانواده. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۵ (۲۰): ۴۸۵-۴۶۷.
- زاده محمدی، علی.، احمدآبادی، زهره و حیدری، محمود (۱۳۹۰). تدوین و بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۷ (۳): ۲۲۵-۲۱۸.

- زارعی، عارف؛ باقرزاده، راضیه؛ غریبی، طیبیه؛ و روانی پور، مریم (۱۳۹۹). گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان شهر بوشهر و عوامل مرتبط با آن، سال ۱۳۹۸. دو ماهنامه طب جنوب، ۲۳ (۶): ۵۵۴-۵۶۸.
- سلیمی، عظیمه، جوکار، بهرام و نیک پور، روشنگر (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. مطالعات روان‌شناختی، ۵ (۳): ۸۱-۱۰۲.
- شجاعی مهر، پروانه؛ مؤمنی، خدامراد؛ و کرمی، جهانگیر (۱۳۹۹). رابطه امنیت روانی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با بروز اختلال تنیدگی پس از سانحه. مجله روانشناسی، ۹۴ (۲۴): ۱۸۴-۱۹۹.
- عیسی زادگان، علی.، حسینی، محمد.، احمدیان، لیلیا و امانی، جواد (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی، در افراد با نارسایی هیجانی و بدون نارسایی. پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۶ (۱): ۸۳-۶۵.
- فتحی، یوسف و ذاکری پور، غلامرضا (۱۳۹۳). شناسایی علل گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر و راهکارهای مقابله با آن. فصلنامه علمی- تخصصی دانش انتظامی پلیس پایتخت، ۷ (۱): ۹۵-۱۲۶.
- گراوند، یاسر؛ آتش افروز، عسگر؛ و عنبری، علی (۱۳۹۹). مدل یابی رابطه ساختاری امنیت و شادکامی اجتماعی با نقش واسطه‌ای سرمایه‌های روان‌شناختی: مورد مطالعه شهر اهواز. مجله روانشناسی، ۹۵ (۲۴): ۳۳۴-۳۵۰.
- محمدعلی پور، زینب.، رستمی، محمد و قائم مقامی، مریم (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های دلبستگی و رفتارهای پرخطر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۴ (۱۵): ۸۳-۹۰.
- محمدی، لیلیا، تنها، زهرا و رحمانی، سوده (۱۳۹۴). رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۰ (۳۹): ۱۸۷-۱۶۱.
- هاشمی، تورج.، خلیلزاد بهروزیان، سعیده و ماشینی عباسی، نعیمه (۱۳۹۱). جنسیت، ناگویی هیجانی و نظریه ذهن در دانشجویان. دو فصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی، ۱ (۲): ۱۳-۶.
- هاشمی، تورج.، محمدزاده گان، رضا.، قاسم بکلو، یونس.، ایرانی، محمد امین و وکیلی، سجاد (۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم. اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸ (۳۱): ۱۱۹-۱۳۳.
- Abbasi, M; Bagyan, M. J; & Dehghan, H. (2014). Cognitive Failure and Alexithymia and Predicting High-Risk Behaviors of Students With Learning Disabilities. *Int J High Risk Behav Addict*. 3(2): e16948. PMC – PubMed
- Altaf, A. et al. (2009). High-risk behaviors among juvenile prison inmates in Pakistan. *Public Health* 123: 470-475.
- Appleyard, K., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2007). Direct social support for young high risk children: Relations with behavioral and emotional outcomes across time. *Journal of abnormal child psychology*, 35(3): 443-457.
- Averna, S., & Hesselbrock, V. (2001). The Relationship Of Perceived Social Support To Substance Use In Offspring Of Alcoholics. *Journal of Addictive Behaviors*, 26, 363-374.
- Bagby, R. Michael, Taylor, Graeme J., & Parker, James D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. ITEM SELECTION AND CROSS-VALIDATION OF THE FACTOR STRUCTURE. *found of Psychosomatic Research*. 38(1): 23-32,
- Bahadivand S, Doosti-Irani A, Karami M, Qorbani M, Mohammadi, Y. (2021). Prevalence of High-Risk Behaviors among Iranian Adolescents: a Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis. *J Educ Community Health*. 2021; 8 (2):135-142.
- Basharpour, S., Ahmadi, S. (2020). Predicting the tendency towards high-risk behaviors based on moral disengagement with the mediating role of difficulties in emotion regulation: A Structural Equation Modeling. *Journal of Research in Psychopathology*, 1(1), 32-39.
- Besharat, M. A. (2010). Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5: 614-618.
- Bowleg, L., Burkholder, G. J., Massie, J. S., Wahome, R., Teti, M., Malebranche, D. J., & Tschann, J. M. (2013). Racial discrimination, social support, and sexual HIV risk among Black heterosexual men. *AIDS and Behavior*, 17(1): 407-418.
- Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1): 47-65.
- Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American journal of community psychology*, 28(3): 391-400.
- Cole, J, Logan, T.K. & Walker, R. (2011). Social exclusion, Personal control, Self-regulation, and Stress among Substance Abuse Treatment Clients, Drug and Alcohol Dependence, 113(1): 13-20.
- Craparo, G., Ardino, V., Gori, A., & Caretti, V. (2014). The relationships between early trauma, dissociation, and alexithymia in alcohol addiction. *Psychiatry Investigation*, 11 (3): 330-335.
- Costa, F. M., Jessor, R., Turbin, M. S., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2005). The role of social contexts in adolescence: Context protection and context risk in the United States and China. *Applied developmental science*, 9(2): 67-85.
- Cui, S., Cheng, F., Yuan, Q., Zhang, L., Wang, L., Zhang, K., and Zhou, X. (2021) Association Between Alexithymia, Social Support, and Duration of Methamphetamine Use Among Male Methamphetamine-Dependent Patients. *Front. Psychiatry* 12:713210.
- Donovan, J. E., Jessor, R., & Costa, F. M. (1991). Adolescent health behavior and conventional-unconventionality: An extension of problem-behavior theory. *Health Psychology*, 10(1): 52-61.

- Eskandari Rad, H., Hoseini, H., Bakhshipor, B. & Eskandari Rad, R. (2014). The relationship between spiritual intelligence, social support and sms addiction among student of eastern Mazandaran universities in 2011. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 4 (S4), 3696-3702.
- Evren, C., Kose, S., Sayar, K., Ozcelik, B., Borckardt, J. P., Elhai, J. D., & Cloninger, C. R. (2008). Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependent Turkish men. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(4): 371-378.
- Fantini-Hauwel, C., Boudoukha, A. H., & Arciszewski, T. (2012). Adult attachment and emotional awareness impairment: a multimethod assessment. *Socioaffective neuroscience & psychology*, 2(1), 10744.
- Gaggero, G., Bonassi, A., Dellantonio, S., Pastore, L., Aryadoust, V., & Esposito, G. (2020). A scientometric review of alexithymia: Mapping thematic and disciplinary shifts in half a century of research. *Frontiers in psychiatry*, 11, 1405.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of psychology*, 37(5): 297-308.
- Grosso, A. (2010). Social support as a predictor of HIV testing in at-risk populations: a research note. *Journal of health and human services administration*, 53-62.
- Hamidi, S., Rostami, R., Farhoodi, F., & Abdolmanafi, A. (2010). A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5: 1367-1370.
- Kauhanen, J., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1992). Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18(3), 121-126.
- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial medicine*, 6(1): 1-9.
- Loas, G., Fremaux, D., Otmami, O., Lecercle, C., & Delahousse, J. (1997). Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 38(5): 296-299.
- Long, K. Q., Ngoc-Anh, H. T., Hong Phuong, N., Tuyet Hanh, T. T., Park, K., Takeuchi, M., ... & Van, M. H. (2021). Clustering Lifestyle Risk Behaviors among Vietnamese Adolescents and Roles of School: A Bayesian Multilevel Analysis of Global School-Based Student Health Survey 2019. *The Lancet Regional Health - Western Pacific* 15 : 100225.
- Mazzaferro, K. E., Murray, P. J., Ness, R. B., & Bass. (2006). Depression, stress, and social support as predictors of high-risk sexual behaviors and STIs in young women. *Journal of Adolescent health*, 39(4): 601-603.
- Nikmanesh, Z; Darvish Molla, M; Mehranfard, M. (2021). The Mediating Role of Alexithymia in the Relationship between Defense Mechanisms and Tendency to High-risk Behaviors among Adolescents. *Journal of Health Research*. 11(1):29-36.
- Osmany, M., Ali, M. S., Rizvi, S., Khan, W., & Gupta, G. (2014). Perceived social support and coping among alcohol/cannabis dependents and non-dependents. *Delphi Psychiatry Journal*, 17(2), 375-382.
- Panaghi, L., Mohammadi, S., Poshtmashhadi, M.; Zadehmohammadi, A. & Ahmadabadi, Z. (2013). High Risk Behaviors among Iranian Adolescents: Evaluating the Effect of Family Factors. *PRACTICE In Clinical Psychology*, 1(1). 33-40.
- Park, S., Kim, H., & Kim, H. (2009). Relationships between parental alcohol abuse and social support, peer substance abuse risk and social support, and substance abuse risk among South Korean adolescents. *Adolescence*, 44(173): 87.
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual differences*, 45(2): 174-180.
- Pickett, W., Dostaler, S., Craig, W., Janssen, I., Simpson, K., Shelley, S. D., & Boyce, W. F. (2006). Associations between risk behavior and injury and the protective roles of social environments: an analysis of 7235 Canadian school children. *Injury Prevention*, 12(2): 87-92.
- Reininger, B. M., Pérez, A., Flores, M. I. A., Chen, Z., & Rahbar, M. H. (2012). Perceptions of social support, empowerment and youth risk behaviors. *The journal of primary prevention*, 33(1): 33-46.
- Shishido, H., Gaher, R. M., & Simons, J. S. (2013). I don't know how I feel, therefore I act: alexithymia, urgency, and alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 38(4): 2014-2017.
- Tariq, N., pta, V. (2021). High Risk Behaviors. [Updated 2021 Jul 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560756/>
- Thorberg, F.A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders : a critical review. *Addictive Behaviors*, 34(3): 237-245.
- Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B. A., Self, C., Pevalin, D. J., & Baldacchino, A. (2004). Social exclusion in clients with comorbid mental health and substance misuse problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(7): 581-587.
- Uribe, L. (2007). Social Isolation and sexual risk behavior among recently arrived male Hispanic migrants in Durham, North Carolina. The University of North Carolina at Chapel Hill.
- Wells, R; Rehman, U & Sutherland, S. (2016). Alexithymia and social support in romantic relationships. *Personality and Individual Differences*. 90. 371-376.
- 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.



## عوامل ارتقاء تاب‌آوری کارکنان پرستاری درگیر در مراقبت‌های بالینی از بیماران مبتلا به کووید-۱۹

### Factors Affecting Resilience of Nursing staff Involved in Clinical Care of Covid-19 Patients

Hamid Arvand PhD<sup>✉</sup>

Behnam Abdi PhD

Nasrin Askarzad MSc

Hamideh Erteghaei MSc

حمید آروند<sup>۱</sup>

بهنام عبدی<sup>۱</sup>

نسرین عسکرزاد<sup>۲</sup>

حمیده ارتقائی<sup>۳</sup>

#### Abstract

The aim of this study was to discover factors enhancing the psychological resilience of nursing staff involved in the frontline of clinical care of Coronavirus Disease Patients. The research method is exploratory mixed method (qualitative - quantitative). In qualitative stage, Systematic and in-depth review of qualitative studies related to the subject and in quantitative stage, a questionnaire has been used to collect data. Based on the results of the study, three categories including mobilize public support for mental health care of nursing staff, fostering key resilience competencies and working life of nursing staff were identified and extracted as key categories affecting psychological resilience of nursing staff involved in the front line of crisis. In the quantitative stage, the validity and reliability of the structure for all components except public emotional support were confirmed. Also, in ranking the importance of the approved components, the competence of the head nurses in leading the nursing teams was in the first place. According to the changes of the nature of diseases and public health challenges, it is necessary to address problems such as psychological trauma of nursing staff that have a profound and lasting impact on their performance and quality of clinical care of patients, and to define and apply new standards in clinical care management appropriate to the nature and characteristics of future viral diseases Predicted by Scientists and International experts.

**Keywords:** Resilience, Stress, COVID-19, Clinical care.

#### چکیده

هدف از تحقیق حاضر، احصاء عوامل موثر بر ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی کارکنان پرستاری بیمارستان خانواده در مبارزه با کووید-۱۹ می‌باشد. تحقیق حاضر از حیث روش، ترکیبی و از نوع اکتشافی متوالی می‌باشد. در مرحله کیفی از روش فراترکیب و در مرحله کمی از روش تحقیق پیمایشی استفاده گردید. در مرحله کیفی، عوامل ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی کارکنان پرستاری در مبارزه با کووید ۱۹ در ۳ مقوله اصلی شامل مسئولیت جمعی، شایستگی‌های تاب‌آوری و سبک زندگی کاری، ۹ مولفه و ۳۳ شاخص احصا گردید. در مرحله کمی روایی و اعتبار سازه‌ای برای کلیه مولفه‌ها بجز حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی تایید گردید. همچنین در رتبه‌بندی اهمیت هریک از مولفه‌های تایید شده، شایستگی سرپرستاران در رهبری تیم‌های پرستاری، در رتبه اول قرار گرفت. با توجه به اینکه ماهیت بیماری‌ها و چالش‌های سلامت عمومی در حال تغییر هست، ضروریست به مسائلی همچون آسیب‌های روانشناختی که تاثیر عمیق بر عملکرد کارکنان پرستاری دارند، پرداخته شود و در مدیریت مراقبت‌های بالینی نیز استانداردهای جدید متناسب با ماهیت و ویژگی‌های بیماری‌های همه‌گیر و نوظهور آینده پیش‌بینی و اجرا نمود.

**واژه‌های کلیدی:** تاب‌آوری، استرس، کووید ۱۹، مراقبت بالینی.

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱/۴ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۳/۹

۱. گروه مدیریت، دانشگاه امام علی (ع)، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی دکتر مسیح دانشوری، تهران، ایران.

۳. دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، بیمارستان خانواده نزا، تهران، ایران.

## ● مقدمه

اواخر دسامبر ۲۰۱۹ ویروس کرونا (coronavirus) جدیدی در ووهان چین ظهور کرد که همراه با افزایش سریع بیماران و قربانیان، به سرعت در اکثر کشورهای جهان شیوع پیدا کرد تا اینکه در ۱۱ مارس سال ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization)، بیماری جدید ویروس کرونا تحت عنوان کووید-۱۹ (COVID-19) را یک بیماری همه گیر جهانی اعلام کرد (رثوفی و همکاران، ۲۰۲۰).

همه گیری ویروس کووید-۱۹ یک همه گیری بی سابقه و وضعیتی اورژانسی در بهداشت عمومی بین الملل با دامنه تاثیر بسیار گسترده در سطح جهانی است که تهدید فوری، پیچیده و طولانی مدتی را برای بقای بشر تحمیل نمود. به عنوان بدترین بحران بهداشتی قرن بیست و یکم، جان میلیونها انسان را به مخاطره انداخته است (فرگوسن و همکاران، ۲۰۲۰). در کنار مخاطرات جانی، یکی از مهمترین آسیب های بحران به ویژه در محیط های کاری، آسیب های روانی ناشی از عوامل استرس زا شامل درک ایمنی، تهدید و خطر سرایت، بیقراری در برابر ناشناخته ها، قرنطینه و محدودیت، انگ و محرومیت اجتماعی و غیره است که گروه های جمعیتی با ریسک بالای ابتلا، به مراتب بیشتر درگیر آن شدند (معارف وند و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان، کارکنان مراقبت های بالینی به ویژه پرستاران و تکنسین های پرستاری که در تماس مستقیم با بیماران و مایعات بدن آنها هستند، بیشترین مخاطره را دارند، با توجه به افزایش تصاعدی تقاضا برای مراقبت های بالینی در دوران شیوع، با ساعات طولانی کار، درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری می شوند، اغلب با منابع کم و تجهیزات و زیرساخت های درمانی نامطمئن و با نیاز به پوشیدن تجهیزات محافظ شخصی همچون گان و ماسک مواجه هستند که باعث ناراحتی جسمی و دشواری تنفس می شود. مراقبت های بالینی، پرستاران را در معرض عوامل استرس زای متنوعی شامل محدودیت خواب، بار شناختی سنگین، بارکاری سنگین، محیط خطرناک و خشن و ابهام، افول انرژی و عوامل احساسی و روانی قرار می دهند. استرس شدید ناشی از این عوامل، از طریق ترشح دوپامین بیش از حد، فرایندهای احساسی و عاطفی پرستاران و بازخورد آگاهانه احساس، درد، انعکاس و طرح ریزی عملشان را مختل می کند، در نتیجه در یک حالت استرسی، رفتار خشن و کمتر همدلانه می شود (ریزیان، ۲۰۱۶؛ امیری و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین استرس شدید بر روی عملکرد پرستاران در انجام وظایف از طریق تضعیف حافظه، کاهش تمرکز، کاهش قدرت تفکر و یادگیری در کار، تقلیل خلاقیت و توانایی حل مسائل تاثیر منفی برجای می گذارد. گوارش، رشد، تولید مثل و یا ایمنی بدن نیز سرکوب می شود و در نتیجه سلامت جسمانی پرستاران نیز آسیب می بیند (ریزیان، ۲۰۱۶).

اثرات روانشناختی بحران کووید-۱۹ و تهدید سلامت روان کارکنان مراقبت بالینی وقتی به اوج خود رسید که مدت زمان همه گیری طولانی شد. طولانی شدن همه گیری از همه بیشتر کادر درمان را تحت تاثیر قرار داد و علاوه بر خطر سلامتی، خستگی و فرسودگی ناشی از بار کاری زیاد و شرایط کاری پرتنش مداوم به واسطه استفاده از ملزومات محافظتی و بدحالی و آمار زیاد بیماران، باعث گردید که به مرور کارکنان دچار اختلالهای روانی گردیده و در موارد زیادی شاهد افسردگی، آسیب روانی، خستگی و ترک شغل کادر درمان بودیم. همچنین نگرانی در مورد احتمال انتقال ویروس به خانواده ها، دوستان یا همکاران می تواند پرستاران درگیر در مراقبت های بالینی را به انزوا از خانواده، تغییر روال زندگی و نگرانی هیجانی عمیق وادار کند، شبکه حمایت اجتماعی شان را محدودتر کند و باعث احساس درماندگی شان شود. همه این عوامل می تواند به صورت مجموعه ای از حالات هیجانی بدشکل، مانند استرس، تحریک پذیری، خستگی جسمی و روانی و ناامیدی بیش از حد در کار و علائم مربوط به استرس، جامعه بهداشت و درمان را آسیب پذیر کند (اورنل و همکاران، ۲۰۲۰). اما امروزه تحقیقات نشان داده است مداخلاتی که تقویت کننده تاب آوری (resilience) است و موجب حفظ و تداوم بهزیستی و عملکرد کارکنان در برابر رنج و سختی موجود در کار می شوند، مشکلات روانشناختی همچون افسردگی، تنیدگی، هیجان منفی و اضطراب را کاهش می دهند (سپهوند، ۱۳۹۸). بنابراین آسیب های روانشناختی کروناویروس که به مراتب از خود ویروس تاثیر پایدارتری نیز دارند، ایجاب می کند که با ارتقاء تاب آوری پرستاران، از تاثیر مخرب استرس ناشی از آن بر سلامت روان و همچنین عملکرد آنان در مراقبت های بالینی جلوگیری کرد.

تاب‌آوری بطور عام توانایی کنار آمدن با شرایط نامطلوب است (هنشال، دیوی و جانسون، ۲۰۲۰) و در ادبیات مدیریت استرس، به ظرفیت فائق آمدن بر تاثیرات منفی استرس بر روی عملکرد اشاره می‌کند. تاب‌آوری روانشناختی به پدیده‌ای اشاره دارد که فرد را در مواجهه با سختی‌ها، قادر به سازگاری با چالش‌های زندگی و حفظ سلامت روانی می‌سازد (اشمیتز و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس تعریف کانر و دیویدسن (۲۰۰۳)، تاب‌آوری، قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی، روانی و معنوی در شرایط مخاطره‌آمیز است (عطائی و همکاران، ۱۳۹۸) و به نقش فرایندهای ذهنی و رفتاری در محافظت فرد از تاثیر منفی عوامل استرس‌زا اشاره می‌کند (نیندل، ۲۰۱۸). به عبارتی ساده‌تر، تاب‌آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه‌دار و توانایی در ترمیم خویشتن است (گل‌وردی، ۱۳۸۶). یعنی اینکه فرد بتواند قوام و سلامت روانشناختی خود را در مواجهه با سختی‌ها و دشواری‌ها حفظ کند. این ظرفیت انسان می‌تواند باعث شود تا او پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علی‌رغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقا یابد. تاب‌آوری به معنای توانایی پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی است و به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مواجهه سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند و با موقعیت‌های غیرمنتظره کنار بیایند (سیدنقوی، ۱۳۹۸). تاب‌آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فردی دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا کاهش یابد و براساس خوداصلاح‌گری فکری و عملی انسان، در روند آزمون و خطای زندگی شکل می‌گیرد. تاب‌آوری حاصل تعامل ویژگی‌های شخصیتی فرد و محیط است و از طریق آموزش، یادگیری، تمرین و تجربه حاصل می‌شود. روانشناسان همیشه سعی کرده‌اند که این قابلیت انسان را برای سازگاری و غلبه بر خطر و سختی‌ها افزایش دهند. افراد و جوامع می‌توانند حتی پس از مصیبت‌های ویرانگر به بازسازی زندگی خود بپردازند. به عبارت دیگر، تاب‌آوری را می‌توان مفهومی روان‌شناختی دانست که چگونگی مواجهه افراد با موقعیت‌های غیرمنتظره را مورد توجه قرار می‌دهد (امیری و همکاران، ۱۳۹۷). بر این اساس، تاب‌آوری نه تنها افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل است، بلکه مهم‌تر از آن حفظ سلامت روانی و حتی ارتقای آن را شامل می‌شود. تاب‌آوری افراد را توانمند می‌سازد تا با عوامل استرس‌زا، دشواری‌ها و ناملایمات زندگی و شغلی رو به رو شوند، آسیب کمتری ببینند و حتی از این موقعیت‌ها برای شکوفایی و رشد شخصیت خود استفاده کنند.

اما باید دقت نمود که تاب‌آوری ظرفیتی برای پیشگیری از دچار شدن به استرس در هنگام مواجهه با عوامل استرس‌زا اشاره دارد نه کنار آمدن با استرس. برای درک بهتر این مطلب، نیاز است تعریف دقیقی از استرس بعمل آید. از نظر ریزیان (۲۰۱۶) استرس پاسخی هیجانیست (هیجان منفی توام با اندیشناکی) به دشواری سازگاری با شرایط عدم اطمینان، سختی‌های فیزیکی، درگیری‌های کاری و... که فرد با آن مواجه است» و علت آن به ارزیابی ذهنی فرد از شرایط استرس‌زا مربوط است. همچنین راجر (۲۰۱۷) نیز استرس را پاسخ طبیعی به فشار کار نمی‌داند! از نظر او انتخابی است که کارکنان آگاهانه یا ناآگاهانه نسبت به نگرانی، بی‌حوصلگی و اذیت خود در کار، بجای انجام کار مورد نیاز انجام می‌دهند و مابین تعریف استرس و فشار (pressure and stress) تفاوت وجود دارد. در این پارادایم وقتی فشار تبدیل به استرس می‌شود که ما آگاهانه یا ناآگاهانه، هیجانات منفی و ناراحتی‌های احساسی را به وضعیتی که در آن قرار داریم اضافه می‌کنیم و دچار اندیشناکی (rumination) شده، بابت نگرانی هیجانی عنصر دیگری تحت عنوان «دل‌افگاری» به فشار اضافه می‌کنیم (راجر و پتیه، ۲۰۱۷). در هر دو این تعاریف، کلید مدیریت استرس، پیشگیری از شروع آن از طریق دستیابی به تاب‌آوری مبتنی بر انعطاف‌پذیری است. بر اساس مدل تاب‌آوری ریچاردسون و همکاران (۱۹۹۰) مطلوبترین شکل تاب‌آوری اینست که افراد پس از اختلال روانشناختی، بتوانند به وضعیت تعادل روانشناختی بازگردند در حالیکه نسبت به عوامل استرس‌زا منعطف شده‌اند. وقتی اختلالی رخ می‌دهد، افراد در طی سامان‌بخشی مجدد، بی‌اختیار بدنبال بازگشت به حالت تعادل (homeostasis) هستند و سامان‌بخشی مجدد انعطاف‌پذیر هنگامی اتفاق می‌افتد که افراد نه تنها به سطح قبلی تعادل برمی‌گردند، بلکه عوامل محافظتی دیگری را نیز در این فرآیند به دست می‌آورند (ماکای، ۲۰۱۹). این شکل از تاب‌آوری کارکنان می‌تواند با کمک مداخلات سازمانی، از جمله افزایش حمایت اجتماعی، اطمینان از حمایت سازمانی کافی، ارائه خدمات پشتیبانی روانشناختی و ذهنی و مداخلات ارتقاءدهنده و مدیریت استرس ایجاد شود (حسین‌آبادی و همکاران، ۲۰۲۰).

امروزه مطالعه تاب‌آوری بر فهم چگونگی دستیابی به ویژگیها و کیفیتی که سازگاری مثبت کارکنان را با شرایط دشوار و مشقت بار فراهم می‌نماید متمرکز گردیده است (سوزویک و همکاران، ۲۰۱۴). در این امتداد، مفهوم تاب‌آوری در رابطه با مهارت‌های پرستاران درگیر در کووید ۱۹، قابل توجه و حائز اهمیت است. یک پرستار در برابر عوامل استرس‌زا و ریسک بالای کار، راهی جز افزایش تاب‌آوری روانی از طریق آماده بودن برای هر پیشامد احتمالی یا ماموریت دشوار، ندارد. از طرفی دیگر کمبودهای فعلی و پیش‌بینی شده در تعداد کارکنان پرستار ماهری که برای ارائه مراقبت‌های با کیفیت بالا به بیماران کووید ۱۹ مورد نیاز هستند، چالش حمایت بهتر از کارکنان پرستاری را برای پاسخگویی به افزایش تقاضای مراقبت‌های بالینی تشدید کرده است (هنشال، دیوی و جانسون، ۲۰۲۰). لذا بایستی راهبردهای مراقبت‌های درمانی برای متخصصان خط مقدم بازنگری شوند. در همین راستا به منظور مدیریت اورژانسی بحران ملی و ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی کادر درمان به ویژه پرستاران فداکار در خط مقدم، نیاز است نسبت به شناسایی اختلال‌های روانشناختی کادر درمان در بحران و میزان تاثیر آنها مطالعات اکتشافی صورت گیرد و برای ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی در برابر عوامل اختلال، راهکارها و برنامه‌هایی معتبر و دقیق ارائه گردد. بر همین اساس هدف از تحقیق حاضر شناسایی عوامل ارتقاء تاب‌آوری روانی و ذهنی کارکنان پرستاری درگیر در بحران همه‌گیری کووید-۱۹ با استفاده از تحلیل محتوای داده‌های ثانویه و تفسیر یافته‌های مطالعات انجام گرفته می‌باشد تا با توجه به احتمال تکرار بحران‌های زیستی ویروس پایه (viral biological crisis) مشابه کووید ۱۹ در آینده، بتوان الگویی جهت ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی کارکنان پرستاری در بحران زیستی از نوع همه‌گیری‌های ویروسی ارائه نمود. بنابراین تحقیق حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که "عوامل و مولفه‌های ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی کارکنان پرستاری در بحران همه‌گیری کووید ۱۹ چیست؟". جدول شماره ۱، نمونه‌ای از تحقیقات مرتبط با موضوع مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

#### جدول ۱. نمونه‌هایی از تحقیقات انجام گرفته

محققان	عنوان تحقیق	نتیجه‌گیری
حسین آبادی و همکاران (۱۳۹۹)	افسردگی، استرس و اضطراب پرستاران در پاندمی کووید-۱۹ در بیمارستان نهم دی تربت حیدریه	توجه به آموزش پرستاران جهت رویارویی با موارد بحرانی مشابه با کووید-۱۹ و افزایش تجهیزات حفاظت فردی می‌تواند در پیشگیری از ابتلای پرستاران به افسردگی، استرس و اضطراب موثر باشد.
دولابی نژاد و همکاران (۱۳۹۹)	بررسی بروز اختلال استرس پس از ضربه در کادر پرستاری درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری	پاندمی COVID-۱۹ می‌تواند منجر به بروز مشکلات روانشناختی جدی، به خصوص در کادر خط مقدم درمان شود. وجود اختلال استرس پس از ضربه در پرسنل بیمارستان، باید به عنوان عاملی مهم توسط وزارت بهداشت و درمان کشور در نظر گرفته شود تا سلامت روان اعضای جامعه حفظ شود
اوپاتا (۲۰۲۰)	بحران کرونا و کارکنان: از منظر مدیریت منابع انسانی	نتایج نشان داد این ویروس تأثیر منفی فوق العاده‌ای روی کارمندان دارد و ۱۵ ترس خاص ناشی از آن شناسایی شد. همچنین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، نیروی امنیتی و پرسنل پلیس در معرض بیشترین خطر قرار دارند.
پیرو، لورنته و ورا (۲۰۲۰)	بحران COVID-19: مهارت‌هایی که به منظور ساخت برنامه‌های پرستاری برای بحران‌های سلامت آینده ضروری هستند	پرستاران حرفه‌ای تمایل دارند با افزایش استراتژی‌های مسئله‌محور با استرس کنار بیایند و موفقیت رفتارهای مهار استرس، نیازمند آموزش پرستاری مربوط به پاندمی کرونا و سایر بحران‌های سلامت عمومی است.
لابراگوئه، الکسیس و سانتوس (۲۰۲۰)	اضطراب COVID-19 در میان پرستاران خط مقدم: پیش بینی نقش حمایت سازمانی، تاب‌آوری شخصی و حمایت اجتماعی	پرستاران مقاوم و کسانی که حمایت سازمانی و اجتماعی بالاتری را درک می‌کنند، بیشتر احتمال دارد که اضطراب کمتری را در رابطه با COVID-19 - گزارش کنند.
یوان و همکاران (۲۰۲۰)	استرس کاری در میان پرستاران چینی در مبارزه با اپیدمی کووید-۱۹ در ووهان	رهبران پرستاران بایستی به استرس کاری پرستارانی که در مبارزه با کووید ۱۹ تحت فشار زیاد قرار دارند توجه کنند و راه‌حلی برای حفظ سلامت روان در این پرستاران بیابند

## • روش

تحقیق حاضر با توجه به اینکه به دنبال مفهوم‌سازی و تکمیل نظری پدیده مورد مطالعه می‌باشد، از حیث هدف اکتشافی است. رویکرد روش‌شناسی، آمیخته و طرح پژوهش مورد استفاده، اکتشافی متوالی (کیفی - کمی) است. در مرحله کیفی از روش فراترکیب و داده‌های کیفی برای پاسخ به پرسش تحقیق استفاده گردید. پس از آن، طی رویکردی پیمایشی، گردآوری و تحلیل داده‌های کمی با هدف اعتبارسنجی یافته‌های کیفی و رتبه‌بندی شدت تاثیرهای شناسایی شده از منظر شرکت‌کنندگان در تحقیق انجام گرفت. جامعه آماری در مرحله کیفی، متشکل از مقالات علمی پژوهشی چاپ شده (پژوهش‌های پیشین) در زمینه استرس و تاب‌آوری روانی کادر درمان در همه‌گیری‌های ویروسی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ در پایگاه‌های علمی معتبر است. ملاک اندازه نمونه آماری در مرحله کیفی؛ کفایت تئوریک است. به این معنی که با بررسی بیشتر مقالات دیگر شاخص و معیار جدیدی در این حوزه نباشد. بنابراین ملاک کفایت نمونه اشباع نظری است و در رویکردی هدفمند، فرایند نمونه‌گیری با انتخاب مرتبط‌ترین مطالعات آغاز شده و با رسیدن به کفایت تئوریک در بیست و سومین مقاله خاتمه پذیرفت. اما در مرحله کمی، جامعه آماری شامل کلیه کادر درمان پرستاری شامل پرستاران و کمک‌پرستاران بیمارستان خانواده است که تجربه کار مستمر در بخش درمانی کرونا را داشتند. در ابتدا اندازه حجم نمونه آماری با استفاده از جدول مورگان ۵۲ نفر تعیین گردید. اما علیرغم کوچک بودن اندازه جامعه آماری، به جهت محدودیت ناشی از ملاحظات بهداشتی همه‌گیری کووید-۱۹، بر اساس نظر پژوهشگر ۵۰ درصد کل جامعه آماری به عنوان اندازه حداقلی نمونه آماری تعیین گردید. با توجه به وجود تعداد دو بخش درمانی کووید-۱۹، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شده و سپس به نسبت حجم زیرجامعه‌ها به کل جامعه، اندازه زیرنمونه‌ها تعیین گردید.

## ابزار

برای اندازه‌گیری روایی و اعتبار سازه ای متغیرهای احصاء شده (۹ عامل ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی کارکنان پرستاری درگیر در مراقبت‌های بالینی از بیماران کووید-۱۹)، از پرسشنامه محقق ساخته که حاوی شاخص‌های بدست آمده در مرحله کیفی (با تعداد ۳۴ ماده مربوط به ۹ سازه) می‌باشد، استفاده گردید. در پرسشنامه برای رتبه‌بندی داده‌ها از مقیاس رتبه‌ای در طیف لیکرت استفاده شد و در مجموع تعداد ۴۰ نسخه پرسشنامه جهت توزیع تصادفی تحویل دفتر پرستاری گردید که پس از دوبار پیگیری، در نهایت در مجموع تعداد ۳۱ پرسشنامه تکمیل شده از هر دو زیرنمونه گردآوری گردید.

## شیوه اجرا

در مرحله کیفی، به منظور تحلیل محتوای کیفی داده‌ها، از روش کدگذاری با هدف کشف و احصاء مقوله‌ها استفاده گردید و اعتبار کدهای استخراج شده، با دریافت دیدگاه و تأیید تعدادی از خبرگان پزشکی، رفتار سازمانی و روانشناسی درباره کدها، بررسی شد (بازرگان، ۱۳۹۷). برای تأیید دقت علمی نیز از راهبرد دو ممیز بیرونی (ارزیابی روایی محتوا و تأیید فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها) استفاده شد (فراستخواه، ۱۳۹۵، ۱۹۷). دانایی فرد، الوانی و آذر، ۱۳۹۰). سپس در مرحله کمی، پرسشنامه‌ای شامل متغیرهای آشکار (شاخص‌ها) مربوط به هر سازه مدل احصاء شده در مرحله فراترکیب، طراحی گردید. توزیع پرسشنامه از طریق مکاتبه اداری داخلی بیمارستان خانواده با پیگیری فعالانه دفتر پرستاری صورت گرفت. پس از گردآوری داده‌ها، ضمن رسم مدل اندازه‌گیری انعکاسی، جهت سنجش روایی و اعتبار سازه‌ای، از تحلیل‌های آماری تحلیل عاملی تأییدی (Confirmatory Factor Analysis) شامل اعتبار معرف‌ها (بارهای عاملی)، ضرایب آلفای کرونباخ و اعتبار مرکب (سازگاری درونی) و واریانس استخراج شده، استفاده گردید (آذر و خدیور، ۱۳۹۵). در ادامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS، جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد، سپس با توجه به غیرنرمال بودن توزیع داده‌ها، برای رتبه‌بندی عوامل احصاء شده از آزمون ناپارامتریک فریدمن استفاده گردید.

## • یافته‌ها

در تحقیق حاضر برای استخراج متون مناسب از مقاله‌های پژوهشی مرتبط با موضوع مورد مطالعه که به صورت الکترونیکی منتشر شده‌اند، استفاده گردید. برای جستجوی مقالات از موتور جستجوی گوگل و همچنین به طور مستقیم از مجلات علمی پژوهشی داخلی مورد تایید وزارتین، پایگاه داده‌های داخلی و مقالات خارجی منتشره در پایگاه پاب مد (PubMed)، ساینس دایرکت (Science direct) و الزویر (Elsevier) به عنوان منابع مطالعه استفاده گردید.

در نتیجه جستجو و انتخاب مقالات، تعداد ۱۳۶ منبع اولیه مرتبط انتخاب گردیدند. در ادامه جهت کسب اطمینان از تناسب مقالات با سوال پژوهش مقالات چندین بار مورد بازبینی قرار گرفته و در این راستا از ابزار ارزیابی حیاتی کسپ استفاده گردید. در طی فرایند تصفیه با غربالگری مقالات غیرمرتبط و نامتناسب و همچنین با دستیابی به کفایت نظری در کدگذاری داده‌ها تعداد مقالات منتخب نهایی به ۳۸ مقاله رسید.

در فرایند استخراج کدهای مفهومی از مقالات، برای دستیابی به تحلیل عمیق‌تر و دقیق‌تر، چندبار متون کلمه به کلمه خوانده شد تا کدهای مفهومی استخراج شوند. در ابتدا تعداد ۴۵ کد مفهومی شناسایی گردید. سپس در راستای تلخیص کدهای اولیه، کدهای مفهومی که با همدیگر قرابت معنایی دارند، در دسته‌بندی وسیع‌تر با همدیگر ترکیب گردیدند و به همین جهت تعداد ۲۳ کد حذف گردید. پس از آن کدها بر اساس تفاوت‌ها یا شباهت‌های مفهومی‌شان و قرابت معنایی به داخل طبقات مفهومی تحت عنوان تم دسته‌بندی شدند. سپس تم‌های نزدیک به هم به لحاظ نظری و محتوایی با همدیگر ترکیب گردیده و در نهایت سه مقوله شامل مسئولیت همگانی برای تاب‌آوری پرستاران، تقویت شایستگی‌های کلیدی در تاب‌آوری پرستاران و سبک زندگی کاری پرستاران بدست آمد.

در حین استخراج مقالات، جهت ارزیابی کیفیت فرایند تحقیق از ابزار حیاتی کسپ استفاده شد. با توجه به امتیازهای اخذ شده، بجز در ۵ مورد، مقالات حائز حداقل ۲۵ امتیاز لازم بودند، در نتیجه از کیفیت آن‌ها اطمینان حاصل گردید. جهت اطمینان از کیفیت ترکیب یافته‌ها نیز از راهبرد کیفی ممیز بیرونی (تایید فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها) استفاده شده است. بدین ترتیب که یافته‌ها به دو نفر از خبرگان (به عنوان ممیزهای بیرونی در تحقیق) ارائه گردید تا نظر خود را در خصوص روایی محتوا و مقولات استنباط شده بیان نمایند. همچنین با توجه به اینکه فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها توسط خود محقق انجام شده است، روش استخراج و تفسیر اطلاعات؛ تقریباً دارای ثبات رویه بوده و از این لحاظ دارای اعتبار و قابلیت اعتماد است (فراستخواه، ۱۳۹۵). دانایی فرد، الوانی و آذر، (۱۳۹۰). بر اساس نکات و مواردی که خبرگان بدان اشاره نمودند. به شرح زیر اصلاحاتی در الگوی اولیه، مقولات، تم‌ها و کدهای استخراج شده صورت گرفته است:

- در هریک از تم‌های محیط کار سالم، حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی و حمایت روانشناختی به علت قرابت مفهومی دو کد با همدیگر ترکیب گردیدند. بدین ترتیب در تم‌های مذکور یک کد از تعداد کدها کاسته شده است.
- کد آموزش تکنیک‌های کاربردی انعطاف‌پذیری روانشناختی (فضای آموزش آزاد گروهی در هر بخش) در تم کمکهای اورژانسی اولیه به علت همپوشانی با یک کد از تم حمایت روانشناختی حذف گردیده است.
- عنوان تم شایستگی رهبران تیم به شایستگی سرپرستان در رهبری تیم تغییر یافت، کد تفکر راهبردی حذف و کد علم و تفکر تیمی جایگزین آن گردید. همچنین کد توجه سرپرستاران و رهبران معنوی بخش‌های بستری به نیاز روابط ایمن پرستاران، از تم حمایت روانشناختی به تم شایستگی سرپرستان در رهبری جابجا گردیده است.

کد حمایت خانواده نیز از تم حمایت علنی جمعی و مداوم حذف گردیده است. پس از انجام اصلاحات مورد بحث، الگوی نهایی به شرح جدول ذیل استخراج گردید:

## جدول ۲. الگوی نهایی

مقوله‌ها	مولفه‌ها	شاخص‌های متناظر
حمایت عاطفی و علنی مداوم	حمایت علنی مردم و رسانه‌ها همدلی و عطوفت تیمی در بخش حمایت و توجه مسئولان بیمارستان	
مسئولیت جمعی	حمایت روانشناختی	حمایت عاطفی سرپرستان و اعضای با سابقه از دیگر پرستاران بخش اجرای برنامه‌های آموزش و راهنمایی مستمر روانشناختی مداخلات روانپزشکی توسط تیم متخصصان روانپزشک و روانشناس بیمارستان تدارک سیستم‌های کمک از راه دور روانشناختی مردمی و نهادهای مدنی جامعه تدوین و اجرای برنامه مقابله با چالش‌های روانشناختی پرستاران توسط بیمارستان تامین باموقع و کافی ملزومات حفاظتی با کیفیت امنیت شغلی پرستاران به هنگام بحران و آسیب‌های ناشی از کووید ۱۹ سبک‌سازی شیفت‌های کاری پرستاران توسط سرپرستان سازماندهی و تقویت تلاش‌های مشترک و همکاری تیمی در بخش‌ها آموزش فنی مستمر جهت ارتقا مهارت کار پرستاران در بخش‌های درگیر با کووید ۱۹ هدیه امید به پرستاران با خبرهای خوشحال کننده همچون پاداش یا خبرهای کاری ارتباط خوب سرپرست با پرستاران بخش به عنوان رهبر بخش توانمندی و مهارت سرپرستار در ایفای نقش رهبری تفکر کار تیمی سرپرست قابل اعتماد و اتکا بودن سرپرستار توجه سرپرست بخش به نیاز روابط ایمن و فضای امن روانشناختی پرستاران خودتقویتی ویژگیهای شخصیتی موثر در تاب‌آوری برخورداری از تفکر انعکاسی متعالی درباره کار باورهای مذهبی کارکنان فعالیت‌ها و برنامه‌های مذهبی بیمارستان احساس انرژی گرفتن از کار مجدوب کار شدن مناسب ارزیابی شدن شرایط کاری توسط پرستاران ترویج فرهنگ کاری و تصمیم‌گیری مشارکتی در بخش توسط رهبران تیم فرهنگ غنی از ارتباطات سالم بین فردی در میان کارکنان بخش فرهنگ پاسخگویی به مسائل پرستاران در میان مسئولان و به ویژه سرپرستان مناسب ارزیابی شدن محیط کاری توسط پرستاران استراحت و خواب کافی پرستار پرهیز پرستار از شیفت‌های کاری فشرده خودآگاهی پرستار از عملکرد و حالات روانی و احساسی خود در هنگام کار ایجاد تعادل میان کار و زندگی شخصی توسط پرستار
کمک‌های اورزانشی اولیه	شایستگی سرپرستان در رهبری تیم	
تقویت شایستگی‌های تاب‌آوری	شایستگی‌های فردی پرستاران معنویت کارکنان پرستاری عجین شدن پرستار با شغل	
سبک زندگی کاری	محیط کار تیمی سالم	
	خودمراقبتی آگاهانه در کار	

در ادامه جهت ارزیابی اعتبار یافته‌های فراترکیب از روش اعتبار ارزیاب استفاده گردید. بدین منظور تعداد ۱۰ مقاله مورد استفاده بصورت تصادفی انتخاب و در اختیار ارزیاب قرار گرفت، تعداد کدهای بدست آمده توسط محقق ۱۴ کد و توسط ارزیاب ۱۵ کد بوده است:

## جدول شماره ۳: توافقات کدهای استخراجی توسط دو کدگذار

کدگذار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
محقق	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰
ارزیاب	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌گردد بین محقق و ارزیاب در ۱۱ مورد توافق وجود داشته است. بنابراین طبق فرمول اعتبار ارزیاب، ضریب اعتبار بدست آمده ۰/۷۳ محاسبه گردید. با توجه به اینکه ضریب اعتبار از ۰/۶ بیشتر است می‌توان ادعا نمود که استخراج کدها از اعتبار قابل توجهی برخوردار است.

پس از اتمام مرحله کیفی، پرسشنامه‌ی عوامل تاب آوری روانشناختی کارکنان پرستاری، شامل متغیرهای آشکار (شاخص‌ها) مربوط به هر سازه مدل احصاء شده در مرحله فراترکیب، طراحی گردید. به منظور بررسی اعتبار (سازگاری معرف‌های متغیرهای احصاء شده با همدیگر) و روایی سازه‌ای (بررسی تناسب متغیرهای احصاء شده (مولفه‌ها) با معرف‌های متناظرشان (کدهای مفهومی))، آزمون تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از نرم افزار PLS-smart اجرا گردید.

جدول ۴. اعتبار و روایی همگرایی سازه‌ها

متغیرها	تعداد سوالهای	آلفای کرونباخ	اعتبار مرکب	AVE
حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی	۴	۰.۳۷۵	0.716	0.391
حمایت روانشناختی	۴	۰.۸۴۹	0.890	0.620
کمکهای اورژانسی اولیه	۶	۰.۸۷۵	0.841	0.610
شایستگی‌های فردی پرستاران	۲	۰.۶۳۴	0.841	0.726
شایستگی سرپرستان در رهبری تیم	۵	۰.۸۵۹	0.942	0.913
عجین شدن با شغل	۳	۰.۸۵۱	0.776	0.551
معنویت	۲	۰.۷۴۱	0.958	0.919
خودمراقبتی آگاهانه در کار	۴	۰.۹۰۱	0.931	0.773
محیط کار تیمی سالم	۴	۰.888	0.925	0.756

با توجه به جدول شماره ۴ مربوط به اعتبار و روایی همگرایی سازه‌ها نتایج بررسی ضرایب آلفای کرونباخ و اعتبار مرکب نشان داد که مقادیر این شاخص‌های کیفیت برای همه متغیرهای پنهان، بجز مقدار آلفای کرونباخ متغیر مکنون حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی، قابل پذیرش است. بنابراین با استفاده از این شاخص‌ها، سازگاری درونی ابزار اندازه‌گیری بجز در رابطه با سازه حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی تأیید شد. نتایج بررسی مقادیر واریانس استخراج شده متغیرهای پنهان پژوهش نیز نشان داد که شاخص میانگین واریانس استخراج شده برای همه متغیرهای مکنون بجز متغیر حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی، بیش از ۰.۵ است. یعنی هر متغیر مکنون بیش از ۵۰ درصد واریانس هر معرف را شرح می‌دهند. بنابراین با استفاده از این شاخص، روایی همگرایی کلیه متغیرها بجز متغیر حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی تأیید می‌گردد. همچنین مقادیر بارهای عاملی تمام معرف‌ها بجز معرف‌های متناظر به متغیر حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی، بیشتر از ۰/۷ است. بنابراین متغیر حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی از نظر اعتبار و روایی سازه غیرقابل تأیید و از فرایند تحقیق حذف می‌گردد. در سایر سازه‌ها، کلیه معرف‌های متناظر هر متغیر مکنون باهم تناسب داشته و اشتراک قابل قبولی دارند (هیر و همکاران، ترجمه آذر و غلامزاده، ۱۳۹۵).

در ادامه با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و نرم‌افزار SPSS، نرمال بودن داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد و معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت. با توجه به اینکه در ۲۷ ماده، مقدار معناداری آزمون کوچکتر از ۰/۰۵ بدست آمد، نتیجه می‌گیریم که توزیع داده‌ها غیرنرمال است. بر همین اساس برای بررسی رتبه‌بندی متغیرها از آزمون فریدمن که روش آماری ناپارامتریک است، استفاده گردید. با توجه به اینکه بر اساس نتایج آزمون آماره فریدمن، مقدار معناداری برابر صفر است، بین سوالهای پرسشنامه به لحاظ اهمیت، تفاوت معنادار وجود دارد و از دیدگاه پرستاران پاسخگو، این سوالها از ارزش و اهمیت یکسان برخوردار نیستند. بنابراین آزمون فریدمن معنادار است.



## جدول ۵. نتایج آزمون رتبه‌بندی فریدمن

میانگین رتبه	عوامل
۲.۹۷	حمایت روانشناختی
۴.۸۱	کمک‌های اورژانسی اولیه
۴.۴۷	شایستگی‌های فردی پرستاران
۷.۹۷	شایستگی سرپرستان در رهبری تیم
۴.۶۶	عجین شدن کارکنان پرستاری با شغل
۴.۰۰	معنویت
۴.۷۵	خودمراقبتی آگاهانه در کار
۴.۹۷	محیط کار تیمی سالم

بر اساس جدول شماره ۵، نتایج تحلیل حاکمیت در میان عوامل ارتقا شناسایی شده، متغیر شایستگی سرپرستاران در رهبری تیم پرستاری بیشترین میانگین رتبه را داشته و متغیر حمایت روانشناختی تخصصی کمترین میانگین رتبه را دارا می‌باشد.

## • بحث

بر اساس نتایج مرحله کیفی تحقیق (مندرج در جدول شماره ۳)، عوامل ارتقاء تاب‌آوری روانشناختی کارکنان پرستاری در مبارزه با بحران همه‌گیری کووید ۱۹ در ۳ مقوله اصلی (بعد) شامل مسئولیت جمعی، تقویت شایستگی‌های تاب‌آوری و سبک زندگی کاری، ۹ مولفه شامل حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی، حمایت روانشناختی، کمک‌های اورژانسی اولیه، شایستگی‌های فردی پرستاران، شایستگی سرپرستان در رهبری تیم، عجین شدن کارکنان پرستاری با شغلشان، معنویت، خودمراقبتی آگاهانه در کار و محیط کار تیمی سالم و ۳۴ شاخص (مفاهیم) احصا گردید.

نتایج حاکی از تایید روایی و اعتبار تحقیق در مرحله کیفی است. علاوه بر تایید روایی روش فراترکیب، به منظور بررسی روایی و اعتبار مقوله‌های احصا شده، به ترتیب از ارزیابی روایی محتوا توسط ممیزهای بیرونی و ارزیاب همزمان استفاده گردید. نتایج حاکی از تایید اعتبار مقولات احصا شده و همچنین قابلیت اعتماد و ثبات یافته‌هاست.

در مرحله کمی، نتایج ارزیابی روایی و اعتبار سازه‌ای حاکی از تایید اعتبار (سازگاری درونی) و روایی سازه‌ها (مولفه‌ها) و همچنین اعتبار معرف‌ها (شاخص‌ها)، بجز معرف‌های مولفه حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی است. بر همین اساس مولفه‌های تایید شده از سازگاری درونی برخوردار بوده و قادر به تشریح واریانس معرف‌های متناظرشان هستند. همچنین معرف‌های درون یک سازه باهم متناسب هستند. البته این بدان معنا نیست که تاثیر متغیر حمایت عاطفی علنی و مداوم جمعی بر ارتقا تاب‌آوری کارکنان پرستاری بطور کامل رد می‌شود، بلکه نیاز به بررسی و گردآوری داده بیشتر دارد ولی به علت محدودیت‌های موجود، امکانپذیر نگردید. بر همین اساس این فرضیه جهت بررسی بیشتر به محققان پیشنهاد می‌گردد.

با مرور مطالعات انجام گرفته، عوامل استرس‌زای مختلفی که تاب‌آوری پرستاران را تحت تاثیر قرار می‌دهند، احصاء گردید. در عین حال تاب‌آوری یک فرایند پیچیده‌ای است که نه تنها تحت تاثیر مولفه‌های روانشناسی افراد است، بلکه تحت تاثیر عوامل مختلف دیگری همچون فیزیولوژی، محیط و آموزش نیز می‌باشد. بنابراین غفلت از مطالعه جامع عوامل استرس‌زا می‌تواند نتیجه‌گیری سطحی از تاب‌آوری روانی و غفلتی شناختی برای محققان بدنبال داشته باشد که بدین علت تحقیق حاضر بر دستیابی به جامعیت نسبی متمرکز می‌باشد.

در رتبه‌بندی اهمیت مولفه‌های ارتقا تاب‌آوری کارکنان پرستاری شاهد هستیم که از منظر پرستاران درگیر مراقبت‌های بالینی کووید-۱۹ بیمارستان خانواده، مهمترین عاملی که هنگام مبارزه سخت و طاقت‌فرسا با دشمنی خطرناک می‌تواند به ارتقاء تاب‌آوریشان کمک کند، نحوه عمل و توانمندی سرپرستار (به عنوان مسئول مستقیم و رهبر تیم) در رهبری اعضای بخش (به عنوان اعضای تیم پرستاری) است. پرستاران انتظار دارند که در لحظات پرتنش کاری بحران کووید-۱۹، سرپرستاران بتوانند ضمن مهار استرس خود، روابطی امن و محیطی آرام، قابل تحمل و دلگرم‌کننده برای کاری به دور از استرس فراهم نمایند.

بطور کلی مقایسه نتایج تحقیق با گزارشات علمی مربوط به نتایج تحقیقات پیشین مانند حسین‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹) و مبین و بریج (۲۰۲۰)، حاکی از تایید علمی یافته‌ها و همچنین اعتبار و دقت علمی تحقیق انجام گرفته، است. اما با این وجود، تیلسون (۲۰۲۰) در گزارش علمی - سازمانی خود علاوه بر اشاره به ضرورت عوامل خودمراقبتی و تاب‌آوری فردی و محیط سازمانی تاب‌آور، به دو عامل «ضرورت ایجاد انگیزه در پرستاران از طریق شناخت» و «توجه به موفقیت‌های فردی و سازمانی» نیز اشاره نموده‌است. هرچند که در تحقیق حاضر، مولفه‌های معنویت و حمایت عاطفی علنی و جمعی تا حدی با این دو عامل قرابت مفهومی دارند ولی به لحاظ معنایی بطور دقیق همپوشانی ندارند، لذا مطالعه بیشتر این دو عامل برای تحقیقات بعدی پیشنهاد می‌گردد.

## • نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج تحقیق، به جهت اینکه نتایج آزمون‌های ارزیابی مدل‌های اندازه‌گیری انعکاسی و ساختاری، پشتیبانی‌کننده مدل تحقیق است، مدل دارای مناسبت بوده و منطبق بر واقعیت است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که الگوی تاب‌آوری احصاء شده می‌تواند در زمینه مهار استرس کارکنان پرستاری در زمان بحران همه‌گیری مفید و نافع واقع شود. البته با این وجود، پیشنهاد می‌گردد محققان در تحقیقات بعدی به ارائه بسته مداخله شناختی برپایه رفتاردرمانی شناختی یا عصب‌روانشناختی (Neuropsychology) با رویکرد درمانی شناختی بپردازند.

همچنین نتیجه گرفته می‌شود که با وقوع بحران همه‌گیری کووید-۱۹، نظام‌های بهداشت و درمان در کشورهای مختلف مورد آزمون قرار گرفته و به چالش کشیده شدند. دیگر نگاه زیست‌پزشکی کلاسیک در دوران پساکرونا جایگاهی ندارد، چرا که شیوع بیماری‌های ویروسی همه‌گیر و مسری ناشناخته و نوظهور در حال افزایش و شدت گرفتن است. در این بیماری‌ها کارکنان درگیر در مراقبت‌های بالینی در معرض تهدید و مخاطرات بسیاری قرار دارند. بنابراین ضروریست مسائلی همچون آسیب‌های روانشناختی کارکنان پرستاری که تاثیر عمیق و پایدار بر عملکرد آنان و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی بالینی از بیماران دارند، پرداخته شود. در حالیکه کارشناسان سازمان ملل نسبت به شیوع بیماری‌های ویروسی به مراتب شدیدتر در آینده هشدار می‌دهند، دیگر نمی‌توان با نظامات بهداشتی درمانی فعلی به چالش بیماری‌های ناشناخته و مبهم آینده پاسخ موثری داد. نیاز مبرم است که به سمت نظامات بهداشتی درمانی پژوهش‌محور حرکت کرد و در مباحث مدیریت مراقبت‌های بهداشتی نیز استانداردهای جدید متناسب با ماهیت و ویژگیهای بیماری‌های ویروسی همه‌گیر و سخت آینده پیش‌بینی و تعریف کرد. در همین راستا یافته‌های تحقیق حاضر می‌تواند پشتوانه علمی لازم برای بازاندیشی در استانداردها و تحول و بهبود مدیریت سرمایه انسانی مراقبت‌های بالینی را فراهم آورد.

## • منابع

- آذر، عادل و خدیور، آمنه (۱۳۹۵). کاربرد تحلیل آماری چندمتغیره در مدیریت. تهران: نگاه دانش.
- امیری، مقصود، الفت، لعیا، فیضی، کامران، صالحی ابرقویی، محمدعلی (۱۳۹۷). طراحی مدلی برای تاب‌آوری سازمانی، مجله علمی مدیریت بهره‌وری، دوره ۱۱، شماره ۴۴، ۶۵-۳۵.
- بازرگان، عباس (۱۳۹۷). مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته. تهران: نشر دیدار.
- جزینی، نسرين و همکاران (۱۳۹۸). طراحی مدل برندسازی منابع انسانی در سازمان‌های دولتی ایران به روش فراترکیب. مجله علمی مشاوره شغلی و سازمانی، دوره ۱۱، شماره ۴۱، ۱۹۴-۱۵۹.
- سپهوند، تورج (۱۳۹۸). نقش معنویت محیط کاری و تاب‌آوری در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی کارکنان. مجله علمی روانشناسی، شماره ۳، صفحات ۳۳۴-۳۲۰.
- کمالی، یحیی (۱۳۹۵). روش‌شناسی فراترکیب و کاربرد آن در سیاست‌گذاری عمومی. مجله علمی سیاست، دوره ۴۷، شماره ۳۳، صفحات ۷۳۶-۷۲۱.
- گل‌وردی، مهدی (۱۳۹۶). تاب‌آوری ملی: مروری بر ادبیات تحقیق، مجله علمی مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی، دوره ۷، شماره ۲۵، ۳۱۰-۲۹۳.

داناوی فرد، حسن، الوانی، سید مهدی و آذر، عادل (۱۳۹۰). روش شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع. تهران: انتشارات صفار.

فراستخواه، مقصود (۱۳۹۵). روش تحقیق کیفی در علوم اجتماعی. تهران: آگاه.

عطایی، مریم، صالح صدق پور، بهرام، اسدزاده، حسن و سعادت، ابوطالب (۱۳۹۸). رابطه خودتنظیمی با تاب آوری تحصیلی با میانجیگری انگیزش خودمختار. مجله علمی روانشناسی، شماره ۲، صفحات ۱۸۹-۱۷۰.

هیر، جوزف و همکاران (۱۳۹۵). مدلسازی معادلات ساختاری. ترجمه آذر، عادل و غلامزاده، رسول. تهران: نگاه دانش.

- Chmitorz, A., et al. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical psychology review*, 59, 78-100.
- Raofi, A., et al. (2020). COVID-19 Pandemic and Comparative Health Policy Learning in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 23(4), 220-234.
- Ferguson, N., et al. (2020). Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. London, UK: Imperial College London.
- Maarefvand, M., Hosseinzadeh, S., Farmani, O., Farahani, A., & khubchandani, J. (2020). Coronavirus Outbreak and Stress in Iranians, *Environmental Research and Public Health*, 17(12), 1-11.
- Reisyan, G. D. (2016) *Nero-organizational Culture: A new approach to understanding human behavior and interaction in the workplace*. London: Springer International Publishing Switzerland.
- Ornell, F., Chwartzmann H., Silvia. H., Kessler, F., & Magalhães, J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *CSP Journal*, 36(4), 1-6.
- Roger, D., & Petrie, n. (2017). *Work Without Stress: Building a Resilient Mindset for Lasting Success Hardcover*. New York, USA: Center for Creative Leadership.
- Henshall, C., Davey, Z., & Jackson, D., (2020). Nursing resilience interventions—A way forward in challenging healthcare territories. *Journal of Clinical Nursing*, 3597-3599.
- Nindl, B., et al. (2018). Perspectives on resilience for military readiness and preparedness: Report of an international military physiology roundtable. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 21(11), 1116–1124.
- Southwick, S.M., Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 1-14.
- Richardson, G.E., Neiger, B.L., Jensen, S., & Kumpfer, K.L. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21(6), 33-39.
- Makai, Kozhi Sidney (2019). *Disrupted at Work: A Phenomenological Study of Resilient Reintegration After Bifurcation*. Doctoral Project Presented to the Faculty School of Behavioral Sciences. California Southern University.
- Sarbooji H., et al. (2020). Depression, stress and anxiety of nurses in COVID-19 pandemic in Nohe- Dey Hospital in Torbat-e-Heydariyeh city. *Journal of Military Medicine*, 22(6), 526-533.
- Esmaeili Dolabi nejhad, s., et al (2020). survey of post-traumatic stress disorder in nursing staff involved in Dr. Masih COVID Hospital. *Journal of Medical Council*, 38(1). Pp 27-33.
- Opatha, H., (2020). The Coronavirus and The Employees: A Study from the Point of Human Resource Management. *Journal of Human Resource Management*, 10(1), 37-49.
- Peiro, T., Lorente, I., & Vera, M., (2020). The COVID-19 Crisis: Skills That Are Paramount to Build into Nursing Programs for Future Global Health Crisis. *Environmental Research and Public Health*, 17, 1-30.
- Labrague, L., De Los Santos, J. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, Personal Resilience and Social Support. *Nursing Management*, 28(7), 1653-1661.
- Tilson, E. (2020). Promoting Health, Self-Care, and Resiliency for NC Public Health Staff: During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *NC Department of Health and Human Services*. 17,45-155.
- Yuan, Y., Deng, I., Zhang, I. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Nursing Management*, 28, 1002-1009.

مقایسه اثربخشی روان‌نمایشگری و درمان شناختی رفتاری گروهی بر ترس از ارزیابی منفی،  
توجه متمرکز بر خود و خود انتقادی در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی  
Comparison of the Effectiveness of Psychodrama and Group Cognitive Behavioral  
Therapy on Fear of Negative Evaluation, Focused Attention and Self-Criticism in  
Students with Social Anxiety

Mehdi Bakaeian MSc

Mustafa Bolghan-Abadi PhD✉

Seyyed Mohsen Asgharinekah PhD

Zahra Bagherzadehgomakani PhD

مهدی بکائیان<sup>۱</sup>

مصطفی بلقان آبادی<sup>۱</sup>

سید محسن اصغری نکاح<sup>۲</sup>

زهرا باقرزاده گل‌مکانی<sup>۱</sup>

### Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of group cognitive behavioral therapy and psychodrama on reducing cognitive symptoms of social anxiety. This research is a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. In this study, 60 students who met the criteria of social anxiety were randomly divided into three groups of 20, including two experimental groups and a control group. All three groups were assessed with Social Anxiety Questionnaire of Connor (2000), Fear of Negative Evaluation Scale-Brief Form of Leary (1983), Focus of Attention Questionnaire of Woody & et al (1997) and Levels of Self-Criticism Scale of Thompson & Zuroff (2004). After 12 sessions of 2 hours of cognitive-behavioral group therapy and psychodrama intervention separately in the experimental groups and nonintervention in the control group, Cognitive variables were assessed again. Findings showed that cognitive-behavioral intervention and psychodrama both significantly reduced the fear of negative evaluation, self-focused attention and self-Criticism in experimental groups compared to the control group. This difference was not significant between the experimental groups. The results showed that both methods are effective in reducing cognitive symptoms of social anxiety and can be used alternatively and depending on conditions should be used in different groups, including students

**Keywords:** Social anxiety, Cognitive behavioral therapy, Psychodrama, Fear of negative evaluation, Focused attention, Self-criticism.

### چکیده

هدف از پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان‌نمایشگری بر کاهش نشانه‌های شناختی اضطراب اجتماعی است. پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در این تحقیق ۶۰ دانشجوی دارای معیار اضطراب اجتماعی، به‌عنوان نمونه‌های پژوهش در سه گروه ۲۰ نفره؛ دو گروه آزمایش و گروه کنترل بصورت تصادفی تقسیم شدند. گروه‌ها با پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰)، فرم کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی لری (۱۹۸۳)، پرسشنامه کانون توجه وودی و همکاران (۱۹۹۷) و پرسشنامه سطوح خود انتقادی تامسون و زوروف (۲۰۰۴) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از ۱۲ جلسه ۲ ساعته مداخله شناختی رفتاری و روان‌نمایشگری بصورت جداگانه در گروه‌های آزمایش، مجدداً متغیرهای شناختی فوق مورد سنجش قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله باعث کاهش معناداری در ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود و خود انتقادی در گروه‌های آزمایش می‌شوند. این تفاوت بین گروه‌های آزمون معنادار ظاهر نشد. نتیجه نشان داد هر دو روش در کاهش نشانه‌های شناختی اضطراب اجتماعی مؤثرند و می‌توانند بصورت جایگزین و بسته به شرایط در دانشجویان مورد استفاده قرار گیرند.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب اجتماعی، درمان شناختی رفتاری، روان‌نمایشگری، ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود، خود انتقادی.

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۲/۱۸ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۴/۶

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

۲. گروه روانشناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

✉ Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Email: mbolghan@gmail.com

## ● مقدمه

اضطراب اجتماعی یکی از شایعترین و مقاومترین اختلالاتی است که در گروه اختلالاتی اضطرابی است، شیوع مادام العمر آن را ۱۳ درصد گزارش می کنند (کسلرو همکاران، ۲۰۱۲). این اختلال سومین اختلال روانی و شایعترین اختلال اضطرابی است (منزس و همکاران، ۲۰۱۱). این اختلال با انواع فوبیا، افسردگی شدید، اختلال اضطراب منتشر و سوء مصرف مواد همآیندی بیشتری دارد (باتلر و همکاران، ۲۰۲۱).

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از دلایل شایع مراجعه به مراکز مشاوره است. این اختلال در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال شیوع بالایی دارد (رگرام و ماتیاس، ۲۰۱۴). در این اختلال، ترس در مورد یک یا چند موقعیت اجتماعی است. فرد بیم دارد طوری عمل کند تا نشانه های اضطراب را بروز دهد. بنابراین از این موقعیتها اجتناب شده، یا با ترس و اضطراب شدید تحمل می شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود و خود انتقادی نشانه های شناختی اصلی در این اختلال محسوب می شوند. در این اختلال، افراد بیم آن دارند تا در زمان قرار گرفتن در مقابل دیگران و انجام کار و یا اظهار نظری در جمع، به صورت منفی ارزیابی شوند. خود انتقادی به داشتن انتظارات بالا از خود و تلاش برای موفقیت بدون احساس رضایت کافی از نتیجه تلاش تعریف می شود. افراد خود انتقادگر، توسط احساسات بی ارزشی، انتقاد و گناه مشخص شده و به میزان زیادی در مقابل افسردگی آسیب پذیرند (بورتون و همکاران، ۲۰۱۳؛ محمودی، ۱۳۹۸ به نقل از کوپالا و همکاران، ۲۰۱۳؛ یاماگوچی، ۲۰۱۳). توجه متمرکز بر خود، بخشی از تلاش فرد برای جلوگیری از دستپاچگی و تحقیر است. توجه به خود، دسترسی افراد مبتلا به هراس اجتماعی را به افکار و احساسات افزایش داده و عملکرد مطلوب آنها را مختل می کند (جاکمین، ۲۰۱۲).

با توجه به سن شیوع اختلال، دانشجویان گروهی هستند که در معرض این اختلال قرار دارند، علاوه بر این، دوران دانشجویی خود یکی از دوره های پر تنش و استرس در زندگی افراد محسوب می شود. برخی از مطالعات نشان از شیوع بالای این اختلال در بین دانشجویان دارد (دیالان و آلمیگو، ۲۰۲۱؛ عابادی و همکاران، ۲۰۲۱؛ سوریانینگرام، ۲۰۲۱).

اضطراب اجتماعی می تواند عامل بالقوه ای برای ترک دانشگاه باشد. حدود یک چهارم دانشجویانی که از تحصیل انصراف می دهند به دلیل اختلال اضطراب اجتماعی است (بروک و ویلوی، ۲۰۱۵). علاوه بر آن، امکان دارد مشکلاتی همچون وابستگی به مواد الکلی در آنها افزایش یابد (اسکرای و وایت، ۲۰۱۳). برخی از دانشجویان مبتلا بدلیل انزوا، در معرض خطر اعتیاد به اینترنت قرار داشته و بدلیل ابتلا به افسردگی مستعد بروز ایده های خودکشی نیز هستند (یوسنز و یوزر، ۲۰۱۸).

بنابراین انجام بموقع مداخلات در رفع علائم این اختلال بویژه در دانشجویان از اهمیت بسزایی برخوردار است. تاکنون روشهای زیادی جهت بهبود این اختلال ارائه شده است. اما هر کدام علاوه بر تاثیر مطلوب، محدودیتهایی نیز داشته اند (زرگر و همکاران، ۱۳۹۳). درمان شناختی رفتاری بیش از سایر مداخلات روانشناختی در این مورد بکار رفته با این حال برخی مطالعات نتایج قابل تامل از تاثیر ناچیز این مداخله بر نشانه های شناختی این اختلال بویژه در نوجوانان و جوانان گزارش نموده اند. موضوعی که می تواند بهانه ای برای تامل و بازبینی درمان شناختی رفتاری در این گروهها باشد (اوانس، کلارک و لای، ۲۰۲۱؛ کودال و همکاران، ۲۰۱۸؛ دونوان و همکاران، ۲۰۱۵؛ ورگلدن و همکاران، ۲۰۱۴؛ هیمبرگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ رابی و همکاران، ۲۰۰۹؛ نورتون و پرایز، ۲۰۰۷، اتو و همکاران، ۲۰۰۰؛ هافمن، ۲۰۰۶؛ دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۴).

موضوع مهم دیگر، داغ ننگ بیماری است. مساله ای که می تواند مانع بزرگی بر مسیر درمان ایجاد نماید. بسیاری از افراد بدلیل ترس از ارزیابی دیگران و برچسب بیماری، بدنبال درمان نیستند (مک دونا، لینچ و هنسی، ۲۰۲۱؛ اندرسون و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این، قید و بندهای تکلیف مدار درمان شناختی رفتاری و انعطاف پذیری کم، هزینه بالا و طولانی بودن دوره درمان را می توان از عوامل مخل درمان و انگیزه پائین شرکت کنندگان نام برد (باکتر، ۲۰۰۹).

بنابراین بررسی و مقایسه با سایر روشها، ضروری به نظر می رسد. روان‌نمایشگری از این دست درمانها است. این رویکرد برگرفته از نظریه موریانو (۱۹۴۶) است. رویکردی غنی که با تسهیل در رهاسازی عواطف حبس شده به افراد در کسب رفتارهای

جدید و شناخت قالب خویشتن کمک می‌کند (اورکیبی و همکاران، ۲۰۱۷؛ پوررضائیان، ۱۳۹۵؛ دهنوی و همکاران، ۱۳۹۷). افراد مضطرب اجتماعی، سعی می‌کنند با سرکوب احساسات و عدم بیان آنها، شانس بروز مجدد را به حداقل برسانند. روان‌نمایشگری فرصتی برای بازسازی یک تجربه ناراحت‌کننده در محیطی امن و کنترل شده بوجود می‌آورد، فرد مجال دارد تا ضمن بیان احساسات مهار شده، نگرشها و باورها خود را ارزیابی و اصلاح نماید (آلبال و همکاران). مطالعات نشان داده روان‌نمایشگری می‌تواند بهترین پیشنهاد برای دانشجویانی باشد که بدلیل بیم از برچسب بیماری حاضر به مراجعه به مراکز مشاوره نیستند (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۹؛ دادستان و همکاران، ۱۳۸۶؛ سیمسک و همکاران، ۲۰۲۰؛ موسوی و حقایق، ۱۳۹۸؛ مجاهد و همکاران، ۱۳۹۹؛ نوویی، ۲۰۰۳).

وجود نتایج تامل برانگیز از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در دانشجویان از سویی و ماهیت جذاب و انعطاف پذیر روان‌نمایشگری همراه با سایر ویژگیهای مطلوب از طرف دیگر این سوال بزرگ را بوجود می‌آورد که آیا روان‌نمایشگری می‌تواند مانند درمان شناختی رفتاری و حتی بهتر از آن علائم اضطراب اجتماعی را در دانشجویان کاهش دهد؟ آیا می‌تواند جایگزین مناسبی برای آن در میان دانشجویان باشد؟

## • روش

این پژوهش به روش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این تحقیق را دانشجویان دانشکده علوم پزشکی نیشابور تشکیل دادند. نمونه‌ها بصورت در دسترس و با جایگزینی تصادفی انتخاب شدند. در این میان، ۴۴۵ نفر از دانشجویان با رضایت شخصی در تحقیق شرکت نمودند. سپس ۶۰ نفر از دانشجویانی (دررده سنی بین ۱۸ تا ۳۰ سال) که حائز بیشترین نمره اضطراب اجتماعی بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی کانور شده انتخاب و بصورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره تقسیم شدند. سپس به ترتیب؛ پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی، کانون توجه و خود انتقادی در اختیار سه گروه قرار گرفته و تکمیل گردید. در ادامه گروه‌های آزمایش، مداخله شناختی رفتاری و روان‌نمایشگری را بصورت مجزا در ۱۲ جلسه ۲ ساعته دریافت نموده و گروه سوم به عنوان گروه کنترل، درمانی دریافت نمود. جهت آزمون فرضیه‌ها از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد. سپس برای درک چگونگی تفاوتها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید.

## ابزار

**سیاهه اضطراب اجتماعی (Social Phobia Inventory):** این سیاهه توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) تهیه شد. یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای که هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای درجه‌بندی گردیده است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است، همچنین برای مقیاس‌های فرعی، ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است (کانور و همکاران ۲۰۰۰). اعتباریابی سیاهه اضطراب اجتماعی در ایران توسط حسنوند عموزاده و همکاران (۱۳۹۴) انجام و آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۴ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۹۶ بدست آمد. روایی سیاهه در این پژوهش به روش روایی همگرا با نشانگان تجدید نظر شده ۹۰ ماده‌ای و مقیاس پرسشنامه خطای شناختی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۴۷ بدست آمد.

**فرم کوتاه شده مقیاس ترس از ارزیابی منفی (Fear of Negative Evaluation Scale-Brief Form):** این مقیاس توسط

لری (۱۹۸۳) و با اقتباس از فرم اصلی ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۲ ماده است. پاسخ دهنده، وضعیت خود را در هر پرسش بر روی یک طیف پنج‌گزینه‌ای نشان می‌دهد (لری، ۱۹۸۳). در پژوهش شکری و همکاران (۱۳۸۷) همبستگی معنادار بین نمره کلی و زیرمقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی با زیرمقیاس‌ها و نمره کلی پرسشنامه دشواری‌های بین فردی و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، روایی همگرای این فرم را تأیید شد. ضرایب آلفای کرونباخ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) نمره کلی و زیرمقیاس‌های فرم کوتاه شده مذکور نشان داد که این مقیاس اعتبار مقبولی دارد. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی، فرم کوتاه شده ذکر شده و زیرمقیاس‌های سؤال‌های نمره گذاری شده مثبت و سؤال‌های نمره گذاری شده منفی

به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) برای نمره کلی، فرم اشاره شده و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۷ - ۰/۷۹ بدست آمد.

**پرسشنامه کانون توجه (Focus of Attention Questionnaire):** پرسشنامه کانون توجه به وسیله وودی، چامبلس و گلاس در سال ۱۹۹۷ ساخته شده و دارای دو زیرمقیاس با پرسش‌های مدرج پنج نمره ای است. این پرسشنامه ۱۰ ماده دارد. هر ماده شامل یک مقیاس ۵ نمره ای است. ضمناً روایی سازه این مقیاس مورد تأیید واقع شده است (وودی، چامبلس و گلاس، ۱۹۹۷). خیر و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار پرسشنامه را با آلفای کرونباخ برای مولفه توجه متمرکز بر خود ۰/۷۵ و برای کانون توجه بیرونی ۰/۸۶ بدست آورده اند. همچنین روایی سازه ای آن به روش تحلیل مولفه های اصلی مورد بررسی قرار گرفته و نتایج تحلیل نشان داده اند که مولفه ها ۵۵/۸۵ درصد از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص داده اند.

**مقیاس خود انتقادی (Levels of Self-Criticism Scale):** این مقیاس توسط تامسون و زوروف (۲۰۰۴) ساخته شده است. این مقیاس شامل ۲۲ سوال بوده و دارای دو مولفه خودانتقادی درونی شده و مقایسه ای است. پاسخ هر سوال بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه ای نمره گذاری می شود. اعتبار پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ سوالها به میزان ۰/۸۱ بدست آمده است (تامسون و زوروف، ۲۰۰۴). یاماگوجی و کیم (۲۰۱۳) در مطالعه خود همسانی درونی مناسبی را برای این مقیاس گزارش کردند (آلفا کرونباخ=۰/۹۰). در پژوهش رجیبی و کارجوسمایی (۱۳۹۱) روایی مقیاس با اجرا بر روی ۴۶۸ دانشجوی و با روش تحلیل عوامل و ضریب همبستگی ماده ها با نمره کل مطلوب بدست آمده است.

معیارهای ورود شامل رضایت از مداخله درمانی، عدم فارغ التحصیلی تا پایان جلسات مداخله و پس آزمون، عدم درمانهای موازی و دارو درمانی در طی مداخله و معیارهای خروج شامل؛ وجود اختلال روانپزشکی تأیید شده دیگر از جمله سایکوز و اختلال دو قطبی، اختلالهای تجزیه ای و اضطراب ناشی از اختلالهای پزشکی بودند که همگی از طریق مصاحبه تشخیصی بر اساس معیارهای DSM-5 مورد بررسی قرار گرفتند. جایگذاری افراد در گروه‌ها به شکلی بود که ضمن اصل تصادفی بودن حتی الامکان گروه‌ها از نظر رده بندی نمرات تشابه داشته باشند. درمان شناختی رفتاری گروهی بر اساس مدل هیمبرگ با اقتباس از کتاب گروه درمانگری شناختی رفتاری انجام گرفت (بایلینگ، مک آبی و آنتونی، ۲۰۰۶، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹). (جدول شماره ۱).

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری گروهی

جلسات	هدف کلی	فعاليتها
اول	مطرح کردن منطق درمان	معرفی افراد گروه و درمانگر به یکدیگر، توصیف مشکل هر یک از افراد گروه، ارائه دستورالعمل‌های مربوط به کار گروهی، توصیف ماهیت اضطراب، توصیه خواندن کتاب‌های خودیاری
دوم و سوم	تاکید بر تحریفهای شناختی	بررسی برگه‌های بازبینی، مباحثه در مورد نقش شناخت‌ها در تداوم اضطراب اجتماعی، طرح مثالهایی درباره تحریف‌های شناختی و تشویق افراد گروه برای شناسایی افکار ایجادکننده اضطراب، آموزش جهت تکمیل برگه ثبت افکار. مبارزه با تفکر فاجعه آمیز، تشویق افراد گروه به انجام آزمایشهای رفتاری برای آزمودن اعتبار پیش‌بینی‌ها و باورهای اضطراب‌زا، تکلیف منزل شامل تکمیل برگه‌های ثبت افکار و آموزش برای انجام حداقل دو آزمایش رفتاری
چهارم تا نهم	مواجهه واقعی و ایفای نقش	بررسی تکلیف، ارائه بازخوردهای اصلاحی و کمک به افراد گروه برای مبارزه با تفکر اضطراب‌زا، تمرین مواجهه، تشویق به مطالعه کتاب خودیاری، ارائه تکلیف برای ۴-۶ مواجهه واقعی
دهم تا دوازدهم	آموزش و تمرین مهارت‌های اجتماعی	بررسی تکلیف منزل، ارائه بازخوردهای اصلاحی در مورد استفاده از راهبردهای شناختی و مواجهه، آموزش مهارت‌های اجتماعی، تعیین مهارت‌های خاص توسط اعضای گروه و تمرین آنها، تشویق به انجام مهارت‌های اجتماعی همراه با تمرین مواجهه

در رابطه با گروه روان‌نمایشگری، در هر جلسه سه مرحله روش روان‌نمایشگری مورنو اجرا شد که شامل؛ مرحله اول) آماده سازی و گرم کردن اعضا بر پایه زمینه های فردی. مرحله دوم) کمک به فرد جهت اجرای طرح مساله اش. مرحله سوم) درون پردازی، انتخاب تمرین رفتاری، مشارکت و اختتام بود.

با توجه به اینکه متخصصین این حوزه معتقدند این درمان درمقایسه با سایر درمانها دارای برنامه تعیین شده ی خاصی نیست و بسته به تجارب مشکل زا در جلسه اتخاذ می گردد، لذا برنامه مداخله ای زیر با توجه به مشکل اصلی افرادگروه انجام گرفت (جدول شماره ۲) (فتحی، ۱۳۹۹).

### جدول ۲. خلاصه جلسات درمان روان‌نمایشگری

جلسات	هدف کلی	فعاليتها
اول	آشنا سازی و ایجاد همگرایی	آشنا سازی افراد گروه با یکدیگر، توضیح برنامه مداخله روان‌نمایشگری برای اعضا، بیان ساختار، اهداف و قوانین جلسات، ایجاد اعتماد، بحث و تبادل نظر در مورد خواسته ها و هدف هر کدام از اعضا
دوم و سوم	تعیین و تمرین نقش ها	ایجاد صمیمیت بیشتر، سعی در ایجاد ارتباط و گفتگو و طرح مشکل، تشویق اعضا به بیان مشکلات خود و انتخاب پروتاگونیست، تشریک مساعی در جهت کمک به پروتاگونیست بعنوان من یاور و بازخورد به او، تمرین آرام سازی
چهارم و پنجم	تمرین و آمادگی انجام تکنیکها	توضیح درمورد هیجانان و احساسات مانند؛ ترس، اضطراب، شادی، غم، خشم و... آمادگی گروه با استفاده از تکنیک پرتاب توپ فرضی، استفاده از فن صندلی داغ، استفاده از فن زبان بدن، استفاده از فن تک گویی برای ابراز هیجانان و احساسات شخص اول و آمادگی جهت اجرای عملی، تبادل نظر بین اعضا و پروتاگونیست، تمرین آرام سازی
ششم تا نهم	انجام تکنیکها	گرم کردن با استفاده از فن پرتاب توپ فرضی یا فن داستانی، تمرینات تمرکزی، بیان و بدن، تشویق اعضا برای بیان مشکلات خود و انتخاب پروتاگونیست، پرداختن به مشکل پروتاگونیست، مشارکت جهت کمک به پروتاگونیست بعنوان یاور با استفاده از فن دوگانه و وارونگی نقش، انتقال و شرکت در تجارب هیجانی و نظرات اعضا با پروتاگونیست و همدیگر، با ایفای نقش و استفاده از فن فرافکنی به آینده، تمزین آرام سازی
دهم تا دوازدهم	جمع بندی و ارزیابی	مرور جلسات، بازنگری برنامه، بیان خواسته ها، اهداف و آرزوها و تبادل نظر با یکدیگر، ایجاد انگیزه و امید برای اعضا و اختتام

در پایان، پس آزمون ها در هر سه گروه اجرا گردید. ضمناً این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.MSH.REC.1399.075 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد مورد تصویب قرار گرفت. شرکت کنندگان فرم رضایت اخلاقی را پر نموده و پژوهشگر در مورد محرمانه بودن اطلاعات به شرکت کنندگان اطمینان داد. در مورد گروه کنترل اصول اخلاقی ایجاب می نمود تا پس از انجام پژوهش مداخلات درمانی در مورد آنها صورت گیرد اما پراکنده شدن دانشجویان بدلیل شیوع بیماری کووید ۱۹ مانع از انجام آن شد که می توان از این موضوع درکنار عدم امکان آزمون پیگیری بهمان دلیل ذکر شده از محدودیتهای مهم این پژوهش یاد نمود.

### • یافته‌ها

نتایج بررسی داده ها نشان داد ۶۰ دانشجو با بالاترین نمره اضطراب اجتماعی، اغلب مونث (۶۰ درصد)، سال اولی (۳۳ درصد)، رشته پرستاری (۳۰ درصد)، مجرد (۸۰ درصد) و غیر بومی (۶۱ درصد) بودند. در ادامه، شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

### جدول ۳. شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	مرحله	شناختی- رفتاری گروهی		روان‌نمایشگری		کنترل
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
خودانتقادی	پیش آزمون	۱۱۰/۹۳	۱۳/۷۱	۱۱۱/۵۴	۱۴/۱۰	۱۰۹/۵۵
	پس آزمون	۹۰/۵۶	۲۰/۰۵	۹۸/۳۱	۲۴/۱۰	۱۱۰/۰۹
ترس از ارزیابی منفی	پیش آزمون	۵۱/۶۰	۵/۵۴	۵۰/۲۳	۵/۶۴	۵۱/۱۱
	پس آزمون	۴۰/۴۶	۸/۷۴	۴۱/۶۶	۶/۸۸	۵۲/۰۰
توجه متمرکز بر خود	پیش آزمون	۱۹/۳۳	۳/۵۴	۱۸/۷۶	۵/۶۶	۱۹/۱۹
	پس آزمون	۱۵/۷۰	۳/۵۷	۱۴/۶۸	۴/۱۸	۱۹/۰۰



همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمون، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر قابل توجهی نشان داده درحالی‌که در گروه کنترل این اختلاف بسیار اندک است. به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل و بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر متغیرهای وابسته، تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام گرفت. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های مانکووا نشان از استقلال مشاهدات داشت. آزمون ام‌باکس نشان داد همگنی ماتریس‌های واریانس و کواریانس برقرار است ( $p=0/156$ ). همگنی شیب خط رگرسیون (تعامل گروه با پیش‌آزمون‌ها متغیرهای مورد مطالعه) محاسبه شد. بررسی‌ها نشان داد که همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای وابسته؛ ترس از ارزیابی منفی ( $p=0/572$ )، توجه متمرکز بر خود ( $p=0/706$ ) و خود انتقادی ( $p=0/972$ ) رعایت شده است. همچنین شاخص چولگی و کشیدگی برای تمام متغیرهای مورد مطالعه بین  $\pm 1$  بود. از این‌رو، می‌توان گفت نمرات دارای توزیع نرمال هستند. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد؛ واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای ترس از ارزیابی منفی ( $p=0/427$ )، توجه متمرکز بر خود ( $p=0/424$ ) و خود انتقادی ( $p=0/573$ ) تفاوت معناداری با هم ندارند.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۹۷	۹۵۱/۵۳۹	۸	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۳	۹۵۱/۵۳۹	۸	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
اثر هتلینگ	۳۸۰/۶۱۶	۹۵۱/۵۳۹	۸	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
بزرگترین ریشه روی	۳۸۰/۶۱۶	۹۵۱/۵۳۹	۸	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون در سطح  $p=0/001$  تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس، می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد.

در ادامه برای پی‌بردن به اینکه کدام یک از مولفه‌های شناختی بین گروه‌ها تفاوت معنادار دارد، تحلیل کواریانس تک متغیره روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌ها انجام گرفت (جدول شماره ۵).

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری روی میانگین نمرات متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌ها

متغیر	منابع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
خودانتقادی	پیش‌آزمون	۱۱/۲۶۷	۱	۱۱/۲۶۷	۰/۰۲۸	۰/۹۷۲
	گروه * پیش‌آزمون	۶۵۲۲/۰۷۶	۲	۳۲۶۱/۰۳۳	۱۷/۱۱۲	۰/۰۰۱
	واریانس خطا	۵۱۴۵/۳۰۰	۲۷	۱۹۰/۵۶۷		
	واریانس کل	۱۱۶۷۸/۶۴۳	۳۰			
ترس از ارزیابی منفی	پیش‌آزمون	۳۶/۲۰۰	۱	۳۶/۲۰۰	۰/۵۷۲	۰/۵۷۲
	گروه * پیش‌آزمون	۱۰۲۲/۸۶۷	۲	۵۱۱/۴۳۳	۱۱/۵۵۹	۰/۰۰۱
	واریانس خطا	۱۱۹۴/۶۰۰	۲۷	۴۴/۲۴۴		
	واریانس کل	۲۲۵۳/۶۶۷	۳۰			
توجه متمرکز بر خود	پیش‌آزمون	۹/۲۶۷	۱	۹/۲۶۷	۰/۳۵۲	۰/۷۰۶
	گروه * پیش‌آزمون	۱۰۵/۰۰۰	۲	۵۲/۵۰۰	۵/۳۴۳	۰/۰۱۱
	واریانس خطا	۲۶۵/۳۰۰	۲۷	۹/۸۲۶		
	واریانس کل	۳۷۹/۵۶۷	۳۰			

بر اساس جدول شماره ۵ نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری در متغیرهای خودانتقادی ( $F=17/112$  و  $p=0/001$ )، ترس از ارزیابی منفی ( $F=11/559$  و  $p=0/001$ ) و توجه متمرکز بر خود ( $F=5/343$  و  $p=0/011$ ) معنادار است. به بیان دیگر،

بین متغیرهای وابسته فوق در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ ). جهت بررسی اینکه تاثیر در کدام یک از گروه های آزمایشی بیشتر بوده است نتایج آزمون تعدیل بونفرونی با نمرات تعدیل یافته در جدول شماره ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج بررسی تفاوت های دو به دو گروه ها در نمرات متغیرهای وابسته در پس آزمون گروه ها

متغیرهای وابسته	گروه	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	سطح معناداری
خودانتقادی	شناختی-رفتاری	روان‌نمایشگری کنترل	۴/۳۸	۰/۲۹۲
ترس از ارزیابی منفی	شناختی-رفتاری	روان‌نمایشگری کنترل	۱/۹۲	۰/۷۴۱
توجه متمرکز بر خود	شناختی-رفتاری	روان‌نمایشگری کنترل	۱/۸۹	۰/۰۰۱
			۰/۵۶	۱/۰۰۰
			۰/۵۵	۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق همچنین نشان می دهد در گروه های مداخله، تفاوت معناداری در میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای وابسته وجود ندارد و تنها تفاوت با گروه کنترل معنادار است. یعنی تفاوت میانگین همه متغیرها در بین هر کدام از گروه ها از طرفی و گروه کنترل از طرف دیگر معنادار است؛ اما بین دو گروه آزمایش تفاوت معنادار نیست.

## • بحث

فرضیه اصلی پژوهش بیان می کند درمان شناختی رفتاری با روان‌نمایشگری بر ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود و خود انتقادی در دانشجویان متفاوت است. نتایج حاصل از تحقیق این فرضیه را تأیید نمی کنند. در واقع بین دو روش فوق تفاوتی معناداری در نمرات پس آزمون وجود ندارد.

این نتایج تا حدی با یافته های مطالعه گوکایا و همکاران (۲۰۲۰) همسویی دارد. همچنین با نتایج مطالعه؛ عابدی تهرانی و همکاران (۱۳۹۹)؛ تردول، کوما و رایت (۲۰۲۰) و هامامسی (۲۰۰۲) نیز از جنبه هایی همراستا است.

در مطالعه گوکایا و همکاران (۲۰۲۰)، نتایج بررسی چندین مطالعه تحقیقاتی در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان‌نمایشگری بر روی نشانه های شناختی اضطراب اجتماعی نشان داد، هر دو در بهبود علائم موثرند. ضمن آنکه در مطالعاتی که در آنها اثربخشی درمان شناختی رفتاری ادغام شده با فنون روان‌نمایشگری مورد بررسی قرار گرفته است، نتایج بیانگر تاثیر بیشتر آن در بهبود علائم بوده است. بطور مثال نتایج مطالعه عابدی تهرانی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد نشانه های اضطراب اجتماعی در شرکت کنندگان در جلسات درمان شناختی رفتاری ادغام شده با روان‌نمایشگری نسبت به گروه کنترل به میزان قابل توجهی کاهش یافته است.

در واقع نتایج مطالعات فوق نه تنها حاکی از کارآمدی روان‌نمایشگری در کاهش علائم اضطراب اجتماعی است بلکه نشانگر تاثیر مثبت این فنون در مواردی است که دستورالعمل های قاعده مند شناختی رفتاری خود را در پیشبرد دوره های درمانی ناتوان می بینند.

از سوی دیگر در مطالعه تردول و همکاران (۲۰۰۲) بر روی اضطراب اجتماعی در دانشجویان و بررسی تاثیر ترکیب دو شیوه شناختی رفتاری و روان‌نمایشگری، از تکنیکهای شناختی رفتاری در بهبود و تسهیل مراحل روان‌نمایشگری استفاده شد. در واقع تکنیکهای شناختی رفتاری نه تنها جنبه های پالایشی روان‌نمایشگری را افزایش می دهد بلکه می تواند با تاکید بر جنبه های حل مساله متمرکز بر هدف موجود در روش شناختی رفتاری، تاثیر فنون روان‌نمایشگری را تقویت نمایند. همچنین در مطالعه هامامسی (۲۰۰۲) گروهی از شرکت کنندگان که در مورد آنها ترکیبی از درمان شناختی رفتاری و روان‌نمایشگری اجرا گردید، میزان تحریفات شناختی در ارتباطات بین فردی به میزان قابل توجهی کاهش و روابط بین فردی بهبود یافته است.

هرچند مطالعات صرفاً به مقایسه دو روش نپرداخته اند، اما در هرکدام از آنها، یکی از روشها توسط فنون روش دیگر و با ترکیب با آنها تقویت و نتایج آن در گروه آزمون مورد بررسی و تأیید واقع شده است. از آنجائیکه در چندین مطالعه، مداخله شناختی رفتاری و روان‌نمایشگری به نوبه خود، کارآیی خود را در بهبود و تقویت همدیگر نشان داده اند، می‌تواند تا حد زیادی عدم معناداری تفاوت دو روش ذکر شده در کاهش علائم شناختی اضطراب اجتماعی در مطالعه حاضر را توجیه نموده و به نوعی همترازی و همسنجی خود را در کاهش این علائم تأیید نماید.

علیرغم برخی نتایج، مسلماً نمی‌توان اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را در بهبود علائم شناختی اضطراب اجتماعی کتمان نمود. با این حال روان‌نمایشگری نیز علاوه بر نتایج مطالعات گذشته در این مطالعه نیز تأثیرگذاری خود را در کاهش نسبتاً چشمگیر علائم اختلال نشان داد. بهر حال همین‌که توانسته با درمان شناخته شده ای همچون مداخله شناختی رفتاری، همسنجی نماید جای تامل دارد.

هدف از انجام این تحقیق نشان دادن ضعف درمان شناختی رفتاری در برابر روان‌نمایشگری نبوده بلکه ضمن معطوف نموده توجهات به مداخله مفید اما نسبتاً مغفول روان‌نمایشگری در پی آن است تا با نگاه آسیب شناسانه عوامل مخل در روند درمان شناختی رفتاری را نیز بیان نماید. در واقع جدای از سایر نتایج، این تحقیق روشن نمود چنانچه انگیزه های لازم و شرایط کافی جهت انجام درمان شناختی رفتاری مهیا باشد شرکت کنندگان می‌توانند بر احساسات منفی همانند برچسب اختلال و واژه‌ها از ارزیابی و قضاوت دیگران غلبه نموده و این مداخله بخوبی از پس اضطراب اجتماعی بر آید.

مسلماً درمان شناختی رفتاری در مقایسه با روان‌نمایشگری از چارچوب و اسلوب منسجم‌تری برخوردار است اما همین نظامندی و تکلف می‌تواند نقطه ضعفی نیز برای این روش بویژه در گروه‌های سنی نوجوان و جوان که معمولاً کمتر حاضر به تقید و تعین هستند، محسوب گردد. اما همگنی و تشابه در ویژگی‌های شرکت کنندگان و ایجاد نوعی حس رقابت در انجام تکالیف و تشویق‌ها و بازخوردهای مثبت درمانگر و گروه، باعث تداوم و حفظ انگیزه تا حصول نتایج مطلوب در این گروه شده است.

همچنین بر اساس فرضیه فرعی اول؛ درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود و خود انتقادی در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی تأثیر دارد. با توجه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت؛ این مداخله بر نشانه های مذکور موثر است.

یافته فوق با نتایج مطالعه حیدریان فرد و همکاران (۱۳۹۴)، باتلر و همکاران (۲۰۲۱)، هانگراسکوپ و همکاران (۲۰۱۸)، یابنده و همکاران (۱۳۹۸)، فوگارتی و همکاران (۲۰۱۹)، اسکابینی و همکاران (۲۰۱۶)، رضایی و همکاران (۱۳۹۷)، رحمانیان و همکاران (۱۳۹۹) همسویی و همخوانی دارد. در مطالعه حاضر، مداخله شناختی رفتاری توانسته است تفاوت معناداری در نمرات پس آزمون نشانه های شناختی اضطراب اجتماعی نسبت به گروه کنترل ایجاد نماید.

همچنین برپایه فرضیه فرعی دوم؛ روان‌نمایشگری بر ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود و خود انتقادی در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی موثر است. با توجه به یافته‌ها، می‌توان استنباط نمود این روش بر نشانه های ذکر شده تأثیر دارد. یافته‌های فوق با مطالعه موسوی و حقایق (۱۳۹۸)، حمیدی و همکاران (۱۳۹۹)، دادستان و همکاران (۱۳۸۶)، مجاهد و همکاران (۱۳۹۹) دوگان (۲۰۱۸)؛ رودوکائیت و ایندرونین (۲۰۱۹)، سیمسک و همکاران (۱۳۹۹) همسویی و همخوانی دارد.

در مطالعه موسوی و حقایق (۱۳۹۸) روان‌نمایشگری منجر به تفاوت معنادار در نمرات اضطراب اجتماعی در گروه آزمون و گواه شده بود. همچنین نتایج مطالعه حمیدی و همکاران (۱۳۹۹) بیانگر تأثیر مطلوب روان‌نمایشگری بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان شده بود. ماحصل پژوهش دادستان و همکاران (۱۳۸۶) نیز نشان می‌داد پس از انجام روان‌نمایشگری گروه آزمون در مقایسه با گروه گواه، کاهش چشمگیری در نمرات اضطراب اجتماعی خود یافته بود. در پژوهش سیمسک و همکاران (۲۰۲۰) هم نتایج مشابهی دیده می‌شود.

طبعاً این پژوهش نیز با محدودیتهایی همراه بود اما مهمترین آن را می‌توان عدم آزمون پیگیری بدلیل شیوع بیماری کووید ۱۹ و تعطیلی دانشگاه و پراکنده شدن دانشجویان ذکر نمود.

پیشنهاد می شود؛ آزمون پیگیری در زمان مناسبی انجام گیرد و نیز در تحقیقات آینده مقایسه مدل ترکیبی با هر کدام از مداخلات صورت گیرد و نهایتاً پیشنهاد می گردد دوره های آموزشی و کارگاهی بیشتری از مداخله روان‌نمایشگری را جهت آموزش این روش به مشاوران و درمانگران جهت بهبود مشکلات نوجوانان و جوانان دارای اضطراب اجتماعی ترتیب داده شود.

## • نتیجه گیری

مداخله شناختی رفتاری و روان‌نمایشگری هر دو می توانند اثربخشی قابل توجهی در بهبود علائم شناختی اضطراب اجتماعی در دانشجویان داشته باشند. این مداخلات می توانند بسته به شرایط و امکانات در دانشجویان و بویژه در مواردی که درمان و پیگیری های همراه با موانع و محدودیتهایی روبه‌روست بصورت جایگزین و یا ادغام یافته مورد استفاده قرار گیرند.

## • قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری محقق بوده و بر خود لازم می‌دانیم از معاونت محترم آموزشی و دانشجویی و نیز دانشجویان دانشکده علوم پزشکی نیشابور به دلیل همکاری صمیمانه با محقق قدردانی نمایم.

## • منابع

- بایلینگ، پی. جی.، مک کب، ر. ای.، آنتونی، ام. ام (۲۰۰۶). گروه درمانگری شناختی- رفتاری. ترجمه محمد. خدایاری فرد، و یاسمین. عابدینی، ۱۳۸۹. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- پوررضائیان، مهدی. (۱۳۹۵). ارزیابی بالینی تأثیر سایکودراما در درمان اضطراب اجتماعی (موردپژوهی). مطالعات روانشناسی بالینی، ۶(۲۴)، ۲۹-۴۶.
- حسنوند عموزاده، مهدی. عقیلی، محمد مهدی و حسنوند عموزاده، معصومه. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری عزت نفس بر اضطراب اجتماعی و سلامت روان نوجوانان مضطرب اجتماعی. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۴(۲)، ۲۶-۳۷.
- حمیدی، فریده. نصری، صادق. و حافظی، نرگس. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌نمایشگری بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان مهاجر: با تأکید بر مهاجران افغان. رویش روانشناسی، ۹(۵)، ۳۱-۳۸.
- خیر، محمد. استوار، صغری. لطیفیان، مرتضی. تقوی، محمدرضا. و سامانی، سیامک. (۱۳۸۷). اثر واسطه گری توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری‌های داوری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۱)، ۲۴-۳۲.
- دادستان، پریخ. اناری، آسیه. و صالح صدق‌پور، بهرام. (۱۳۸۶). اختلال اضطراب اجتماعی و نمایش درمانگری. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۴(۱۴)، ۱۱۵-۱۲۳.
- دهنوی، سعید. زاده محمدی، علی. و هاشمی، فرناز. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌نمایشگری مبتنی بر رویکرد وحدت مدار بر تاب آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. علوم اعصاب شفای خاتم، ۶(۳)، ۱۸-۱۰.
- رجبی، غلامرضا. و کارجوکسمایی، سونا. (۱۳۹۱). کفایت شاخص های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم. اندازه گیری تربیتی، ۳(۱۰)، ۱۳۹-۱۵۷.
- رضایی، فهیمه. امیری، مهدی. و طاهری، الهام. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی منفی در دختران سخت شنوا. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸(۳۲)، ۱۳۳-۱۶۰.
- شکری، امید. گراوند، فریبرز. نقش، زهرا. علی طرخان، رضا. و پاییزی، مریم. (۱۳۸۷). ویژگی های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۳)، ۳۱۶-۳۲۵.
- علیزاده، مزده. و یاری دهنوی، مراد. (۱۴۰۰). بررسی پدیدار شناختی عوامل آرامش بخش در دانشجویان. مجله روانشناسی، ۲۵(۲)، ۱۹۰-۲۱۴.
- فتحی، طاهر. (۱۳۹۹). سایکودرام، پیشگیری و درمان بیماریهای روانی اجتماعی در صحنه نمایش. تهران. انتشارات ناهید، ۶۸-۷۳.
- محمودی، هیوا. (۱۳۹۸). رابطه سبکهای دلبستگی و گرایش به خودکشی با نقش تعدیل کنندگی خود انتقادی و وابستگی در دانشجویان. مجله روانشناسی، ۲۳(۴)، ۴۲۴-۴۳۹.

- موسوی، حامد، و حقایق، سید عباس. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌نمایشگری بر اضطراب اجتماعی، عزت نفس و بهزیستی روانشناختی دانشجویان واجد تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۰ (۳)، ۲۲-۳۰.
- Abadi, D. A. M., Albaggar, M. A. A., Aftab, D. R., & Ahmed, D. (2021). Prevalence of social phobia and its risk factors among students at King Khalid University, Abha city, Saudi Arabia. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 13(2), 3471-3477.
- Abeditehrani, H., Dijk, C., Toghchi, M. S., & Arntz, A. (2020). Integrating cognitive behavioral group therapy and psychodrama for social anxiety disorder: An intervention description and an uncontrolled pilot trial. *Clinical Psychology in Europe*, 2(1), 1-21.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, K. N., Jeon, A. B., Blenner, J. A., Wiener, R. L., & Hope, D. A. (2015). How people evaluate others with social anxiety disorder: A comparison to depression and general mental illness stigma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(2), 131-138.
- Albal, E., Sahin-Bayindir, G., Alanli, O., & Buzlu, S. (2021). The Effects of Psychodrama on the Emotional Awareness and Communication Skills of Psychiatric Nurses: A Randomized Controlled Trial. *The Arts in Psychotherapy*, 75(10).
- Butler, R. M., O'Day, E. B., Swee, M. B., Horenstein, A., & Heimberg, R. G. (2021). Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Predictors of treatment outcome in a quasi-naturalistic setting. *Behavior Therapy*, 52(2), 465-477.
- Buckner, J. D. (2009). Motivation enhancement therapy can increase utilization of cognitive-behavioral therapy: The case of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1195-1206.
- Burton, M., Schmertz, S. K., Price, M., Masuda, A., & Anderson, P. L. (2013). The relation between mindfulness and fear of negative evaluation over the course of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 69(3), 222-228.
- Brook, C. A., & Willoughby, T. (2015). The social ties that bind: Social anxiety and academic achievement across the university years. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(5), 1139-1152.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.
- Davidson, J. R., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., & Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of general psychiatry*, 61(10), 1005-1013.
- Dogan, T. (2018). The effects of the psychodrama in instilling empathy and self-awareness: A pilot study. *PsyCh journal*, 7(4), 227-238.
- Donovan, C. L., Cobham, V., Waters, A. M., & Occhipinti, S. (2015). Intensive group-based CBT for child social phobia: A pilot study. *Behavior Therapy*, 46(3), 350-364.
- Dialan, S., & Almigo, N. The prevalence of social anxiety disorder (SAD) among higher education students in Malaysia OPTIMA: *Journal of Guidance and Counseling*, 1(1), 73-87.
- Evans, R., Clark, D. M., & Leigh, E. (2021). Are young people with primary social anxiety disorder less likely to recover following generic CBT compared to young people with other primary anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(3), 352-369.
- Fogarty, C., Hevey, D., & McCarthy, O. (2019). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: Long-term benefits and aftercare. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(5), 501-513.
- Gökkaya, F., Elifnur, Z., Işık, İ., Önkür, B., Bozdemir, T., Kızıltan, R., ... & Deniz, C. (2020). Investigation of Effectiveness Studies Conducted by Using Cognitive Behavioral Group Therapy, Psychodrama and Art Therapy in Turkey. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 12(2), 258-273.
- Hamamci, Z. (2002). The Effect of Integrating Psychodrama and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Cognitive Distortions in Interpersonal Relationships. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 55(1), 3-14.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In *Social anxiety* (pp. 395-422). Academic Press.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621-630.
- Jakymyn, A. K., & Harris, L. M. (2012). Self-focused attention and social anxiety. *Australian Journal of Psychology*, 64(2), 61-67.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L. G., Bjaastad, J. F., ... & Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 53, 58-67.
- Kopala-Sibley, D. C., Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (2013). A lifespan perspective on dependency and self-criticism: Age-related differences from 18 to 59. *Journal of Adult Development*, 20(3), 126-141.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social psychology bulletin*, 9(3), 371-375.
- McDonagh, C., Lynch, H., & Hennessy, E. (2021). Do stigma and level of social anxiety predict adolescents' help-seeking intentions for social anxiety disorder? *Early Intervention in Psychiatry*, 1-5.
- Menezes, G. B. D., Coutinho, E. S. F., Fontenelle, L. F., Vigne, P., Figueira, I., Versiani, M. (2011). Second-generation antidepressants in social anxiety disorder: meta-analysis of controlled clinical trials. *Psychopharmacology*, 215(1), 1-11.

- Novy, C. (2003). Drama therapy with pre-adolescents: A narrative perspective. *Journal of the Arts in Psychotherapy*, 30 (4), 201-207.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(6), 521-531.
- Orkibi, H., Azoulay, B., Regev, D., & Snir, S. (2017). Adolescents' dramatic engagement predicts their in-session productive behaviors: A psychodrama change process study. *The Arts in Psychotherapy*, 55., 46-53.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington III, J. J., McARDle, E. T., Rosenbaum, J. F., & Heimberg, R. G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), 345-358.
- Rapee, R. M., Gaston, J. E., & Abbott, M. J. (2009). Testing the efficacy of theoretically derived improvements in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 317.
- Reghuram, R., & Mathias, J. (2014). A study on occurrence of social anxiety among nursing students and its correlation with professional adjustment in selected nursing institutions at Mangalore. *Nitte University Journal of Health Science*, 4(2), 64.
- Rudokaite, D., & Indriuniene, V. (2019). Effectiveness of psychodrama for mitigating school fears among senior secondary school students. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 18(2), 369-385.
- Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A., & Battaglia, M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 42, 105-112.
- Schry, A. R., & White, S. W. (2013). Understanding the relationship between social anxiety and alcohol use in college students: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2690-2706.
- Şimşek, G., Yalçinkaya, E. Y., Ardiç, E., & Yıldırım, E. A. (2020). The effect of psychodrama on the empathy and social anxiety level in adolescents. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 96-101.
- Suryaningrum, C. (2021). College student's social anxiety: a study of the young people mental health in digital age. *Jurnal Konseling dan Pendidikan*, 9(1), 1-10.
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 36(2), 419-430.
- Treadwell, T., ED.D., TEP, CGP & Deborah Dartnell, M.A. (2017). Cognitive Behavioral Psychodrama Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(sup1), S182-S193.
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., ... & Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour research and therapy*, 57, 1-12.
- Woody, S. R., Chambless, D. L., & Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(2), 117-129.
- Yamaguchi, A., & Kim, M.S. (2013). Effects of Self-Criticism and Its Relationship with Depression across Cultures. *International Journal of Psychological studies*, 5(1), 74-81.
- Yücens, B., & Üzer, A. (2018). The relationship between internet addiction, social anxiety, impulsivity, self-esteem, and depression in a sample of Turkish undergraduate medical students. *Psychiatry research*, 267, 313-318.

## نقش واسطه‌ای عاملیت شخصی در رابطه میان دلبستگی به والدین و هویت من در پیش‌بزرگسالی

### The mediating role of personal agency in the relationship between parental attachment and ego identity in emerging adulthood

Elaheh Hejazi, PhD<sup>✉</sup>

Nadia Rohani, MSc

Zahra Naghsh, PhD

الهه حجازی<sup>۱</sup>

نادیا روحانی<sup>۱</sup>

زهرا نقش<sup>۱</sup>

#### Abstract

Emerging adulthood as a distinct developmental stage emphasizes on the age range of 18 to 29 years. According to Arnett (2000), this developmental stage only occurs in industrialized countries, but accomplished researches have shown that emerging adulthood also exists in other cultures. According to importance of identity and personal agency and lack of sufficient knowledge of the aspects of this stage in Iran, the purpose of present study is to determine the mediating role of personal agency on the relationship between parental attachment and ego identity in emerging adulthood. In this study, the participants (N=540) were students from one of the universities of Tehran, between 18 to 29. They completed a survey consisted of: IDEA (The Inventory of the Dimensions of Emerging Adulthood), ECR-RS (The Experience in Close Relationships-Relational Structures), Personal Agency and EIPQ (Ego Identity Process Questionnaire). The results of Structural Equation Modeling (SEM) showed that attachment to parents has a direct and significant effect on personal agency and personal agency has a direct effect on ego identity, and also attachment to parents has indirect effect on ego identity. Consequently, the mediating role of personal agency in relationship between parental attachment and ego identity was confirmed. The model of father and mother has analyzed separately; the results showed that the father attachment had a greater effect on emerging adults' personal agency.

**Keywords:** Emerging Adulthood, Parental Attachment, Personal Agency, Ego Identity.

#### چکیده

پیش‌بزرگسالی به عنوان یک دوره تحولی بر بازه سنی ۱۸ تا ۲۹ سالگی تاکید دارد. از نظر آرنِت (۲۰۰۰) این دوره تحولی ویژه کشورهای توسعه یافته است، در حالی که پژوهش‌های انجام شده بیان‌گر حضور این مرحله تحولی در سایر جوامع نیز می‌باشد. با توجه به اهمیت دو سازه‌ی هویت و عاملیت و عدم شناخت کافی ابعاد پیش‌بزرگسالی در ایران، هدف مطالعه حاضر تعیین نقش واسطه‌ای عاملیت در رابطه دلبستگی به والدین و هویت من در پیش‌بزرگسالان است. جامعه‌ی آماری این پژوهش تمامی دانشجویان شاغل به تحصیل یکی از دانشگاه‌های شهر تهران بودند که در بازه‌ی سنی ۱۸ تا ۲۹ سال قرار داشتند. نمونه‌ای با حجم ۵۴۰ نفر به صورت برخط به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند و یافته‌ها نشان دهنده‌ی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار دلبستگی به والدین با عاملیت شخصی و عاملیت شخصی با هویت من و هم‌چنین رابطه‌ی غیرمستقیم و معنی‌دار دلبستگی به والدین و هویت من بودند.

لذا نقش واسطه‌ای عاملیت شخصی در رابطه‌ی میان دلبستگی به والدین و هویت من مورد تأیید قرار گرفت. هم‌چنین در این پژوهش مدل دلبستگی به مادر و پدر مورد مقایسه قرار گرفت، یافته‌ها نشان دادند که دلبستگی به پدر بر عاملیت شخصی پیش‌بزرگسالان اثر بیشتری دارد.

**واژه‌های کلیدی:** پیش‌بزرگسالی، دلبستگی به والدین، عاملیت شخصی، هویت من.

## ● مقدمه

آرنت (۲۰۰۰) برای اولین بار یک دوره تحولی جدید را در بین نوجوانی و بزرگسالی معرفی می‌کند، که حدوداً از اواخر دهه دوم زندگی آغاز و تا اواخر دهه سوم زندگی ادامه پیدا می‌کند، او بطور خاص بر بازه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال متمرکز شده است و دوره‌ای جدید به نام «پیش بزرگسالی (Emerging Adulthood)» را تعریف می‌کند (لین، ۲۰۲۰). این دوره که به واسطه‌ی تغییرات در سن ازدواج، والدگری، افزایش زمان تحصیل و به طور کلی مقتضیات جهانی شدن شکل گرفته است بیانگر طولانی شدن انتقال به بزرگسالی و دارای ویژگی‌های خاص خود نیز می‌باشد (آرنت، ۲۰۰۰؛ آرنت، ۲۰۰۷؛ آرنت، ۲۰۱۵). آرنت (۲۰۰۴)، ۵ ویژگی را برای این دوره تعریف می‌کند که عبارتند از: اکتشاف هویت (Identity exploration)، بی‌ثباتی (Instability)، تمرکز بر خود (Self-focused)، احساس بینابینی (Feeling in between) و در نظرگرفتن احتمالها (Possibilities). او «اکتشاف هویت» را اولین و مهم‌ترین ویژگی این دوره‌ی تحولی می‌داند. هم چنین برخی پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند فرآیند اکتشاف هویت بیشتر از آن که مرتبط با دوره نوجوانی باشد، در دوره پیش‌بزرگسالی رخ می‌دهد (شوارتز و همکاران، ۲۰۱۵).

اریکسون (۱۹۶۸) اولین کسی بود که هویت‌یابی را به‌عنوان پیشرفت مهم شخصیت نوجوانان و گامی مهم به سوی تبدیل شدن به فردی اجتماعی و دارای بهزیستی روانی تعیین کرد (راجرز، ۲۰۱۸). مارسیا (۱۹۶۶) کار اریکسون روی هویت شخصی را دنبال کرد و با گسترش نظریه او، حرکت از سردرگمی هویت به تحکیم هویت اریکسون را در یک سنخ‌شناسی مبتنی بر "پایگاه (Status)" به سمت ابعاد اکتشاف و تعهد (Exploration and commitment) متمرکز کرد. اکتشاف به عنوان جستجوی اهداف، ارزش‌ها و باورهای شخصی محسوب می‌شود که افراد ممکن است برای خودشان انتخاب کنند یا از آن دوری کنند. تعهد، ماندن در یک ایده، باور یا ارزش خاص و سپس دنبال کردن دوره‌ای از عمل یا اندیشه بر اساس آن تعهد است (ریا، ۲۰۱۳). مارسیا (۲۰۰۲) با کنار هم نهادن سطوح بالا و پایین اکتشاف و تعهد، چهار پایگاه سردرگم (Diffusion)، زودرس (Foreclosure)، دیررس (Moratorium) و موفق (Achievement) هویت را شناسایی کرد. هویت سردرگم، حالت بی‌تفاوتی حاصل از فقدان کاوش و احساس تعهد است؛ هویت زودرس، احساس تعهد بدون کاوش را نشان می‌دهد؛ هویت دیررس، نتیجه‌ی اکتشاف با جستجوی فعال، در غیاب نسبی تعهد است و پایگاه هویت موفق، با احساس تعهد نسبت به ارزش‌ها، عقاید و هدف‌ها بعد از یک دوره کاوش حاصل می‌شود (برک، ۱۳۹۰؛ ریا، ۲۰۱۳). تحقیقات زیادی به بررسی زمینه‌های تسهیل یا تضعیف شکل‌گیری هویت پرداخته‌اند و تحقیقات متعددی بین پایگاه هویت، تجربیات فرزندپروری و رابطه والدین-نوجوان روابط معناداری را نشان داده‌اند (به‌عنوان مثال آدامز و جونز، ۱۹۸۳؛ به نقل از کمپبل، آدامز و دوسون، ۱۹۸۴).

نوجوانی دوره‌ی انتقال از وابستگی کودکی به استقلال و مسئولیت‌پذیری بزرگسالی است. در این دوره، نوجوانان با دو مسئله‌ی اساسی جدایی-تفرد روان‌شناختی و حل بحران‌های هویتی درگیر هستند (مدلین، ۱۹۹۱؛ به نقل از واحدی و فتحی، ۱۳۸۹). یکی از عوامل مهم که ممکن است بر نحوه‌ی مدیریت تکالیف تحولی این دوره اثرگذار باشد، تجارب اولیه فرد با والدین و نوع رابطه عاطفی وی با آنها و همسالان است. نظریه دلبستگی از چارچوب‌های مهم ارزیابی مولفه‌های روابط والد-فرزند است (اینزورث، ۱۹۸۹، بالبی ۱۹۶۸؛ به نقل از واحدی و فتحی، ۱۳۸۹). تعامل با مراقب اولیه موجب تحول انتظاراتی درباره در دسترس بودن مراقب می‌شود که پایه‌ای برای مدل‌های کاری درونی از خود و دیگران محسوب می‌شود (موریس، مسترز و ون دن برگ، ۲۰۰۳؛ به نقل از پاکدامن و همکاران، ۱۳۹۰a). مدل کاری مثبت موجب می‌شود که کودک با اطمینان از برآورده شدن نیازش، راهبردهای ایمنی را برای جستجوی مراقبان خود در زمان نیاز یا تنیدگی بکار برد. در مقابل کودکان دارای مدل کاری نایمن انتظار ندارند که در موارد نیاز، مراقب در دسترس بوده و از راهبردهای نایمن برای مقابله با تنیدگی خویش استفاده می‌کنند (موریس و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از پاکدامن و همکاران، ۱۳۹۰b). یکی از اصول مسلم دلبستگی، پایداری آن در طول زمان است. هرچند مدل‌های کارکرد درونی در طول زمان می‌توانند تغییر کنند، اما نوع دلبستگی در مراحل اولیه رشد تعیین‌کننده چگونگی اداره روابط بعدی می‌شوند (حجتی و همکاران، ۱۴۰۰). علی‌رغم اینکه نظریه‌ی دلبستگی از جمله



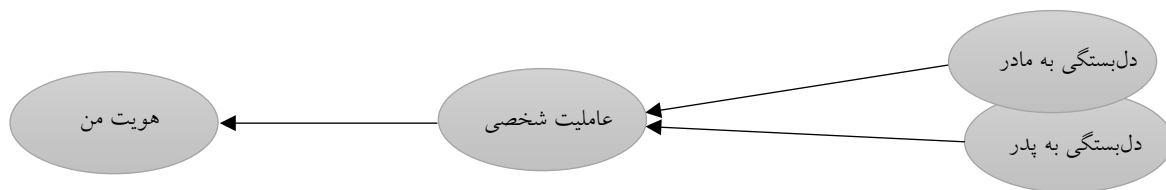
نظریه‌هایی است که در ابتدا بر رابطه‌ی مادر-کودک متمرکز بوده است، در ادامه پژوهش‌ها نشان دادند که هر چند روابط دلبستگی مادر-کودک و پدر-کودک در یک دوره‌ی تحولی ساخته می‌شوند، اما این دو رابطه مستقل از هم هستند و ایمنی دلبستگی به دو والد اغلب متفاوت است که نشان می‌دهد هر یک از این روابط در تعامل‌های خاصی شکل می‌گیرد (گراسمن و دیگران، ۲۰۰۲).

برای درک صحیح از یافته‌های پژوهشی در قلمرو مفهوم دلبستگی، در نظر گرفتن تمایز مفاهیم دلبستگی و وابستگی ضروری است. وابستگی در قطب متضاد استقلال روانشناختی قرار دارد (فانتی، ۲۰۰۵). نوجوانان طی کسب مهارت‌های ارتباطی این توانایی را می‌یابند تا رفتارهای دلبستگی خویش را در موقع لزوم تغییر داده و اتکای کم‌تری بر والدین به عنوان چهره‌های دلبستگی داشته باشند؛ به نظر می‌رسد رابطه مبتنی بر دلبستگی ایمن، انتقال از وابستگی به استقلال را تسهیل می‌کند (آلن و همکاران، ۲۰۰۲). از سوی دیگر اثر تغییر توازن میان دلبستگی و رفتار کاوش‌گرایانه در نوجوانان، افزایش ظرفیت نوجوان برای ارزیابی دوباره ماهیت روابط دلبستگی با والدین است (کسیدی و شاور، ۲۰۰۸؛ به نقل از پاکدامن و همکاران، ۱۳۹۰a). فرض نظریه دلبستگی در مورد مدل‌های کاری درونی که در کودکی شکل می‌گیرد، چنین است که بسیار ثابت و پایدار بوده و در روابط دوران نوجوانی و جوانی تاثیرگذار است (مارچاند، ۲۰۰۴). هازن و شیور (۱۹۹۰) دلبستگی را نظامی می‌دانند که خود را در روابط عاشقانه بزرگسالی نیز بروز می‌دهد؛ هم‌چنین کار از لحاظ عملکردی مشابه آن چیزی است که بالبی اکتشاف (Exploration) نامیده است. طبق دیدگاه‌های نظری مانند نظریه دلبستگی بالبی کیفیت والدینی بالا در ادراک مثبت از خود و دیگران سهم است و پایگاه امنی برای اکتشاف افراد فراهم می‌کند (بیرز و گوزنز، ۲۰۰۸؛ به نقل از محمدی و فولادچنگ، ۱۳۹۷). بندورا (۲۰۰۱) عاملیت را طراحی آگاهانه و اجرای عمدی کارها برای تاثیرگذاری بر رویدادهای زندگی دانسته است. تجربه‌ی کنترل شخص بر اعمال خودش و از طریق آن بر جریان رویدادها در دنیای بیرون، که ویژگی اصلی تجربه‌ی انسان را شکل می‌دهد، احساس عاملیت (Sense of Agency) نامیده می‌شود و بررسی نظام‌مند ساز و کارهای مغزی تولیدکننده‌ی آن به تازگی آغاز شده است (هاگارد، ۲۰۱۷). از نظر هیتلین و الدر (۲۰۰۶) چهار نوع حمایت اجتماعی شامل «حمایت بزرگسالان»، «حمایت معلمان»، «حمایت همگنان» و «توجه خانواده»، پیش‌آیندهای قوی برای عاملیت هستند. از نظر اریکسون (۱۹۶۸) شکل‌گیری حس منسجم هویت از احساس عاملیت، خود-راهبری (Self-direction) یا اعمال آزادانه‌ی انتخاب، بهره می‌برد (نقل از شوارتز و دیگران، ۲۰۰۵). افرادی که مسائل زندگی را به شیوه‌ی فعال نشانه می‌روند، حس منسجمی از هویت را شکل می‌دهند؛ در عوض افرادی که بیشتر روی آورد منفعل را اتخاذ می‌کنند، ممکن است در تشکیل هویت منسجم مشکل پیدا کنند (بک، ۱۹۹۲؛ به نقل از شوارتز و دیگران، ۲۰۰۵). یافته‌های شوارتز (۲۰۰۶) نشان داد بین عاملیت و شکل‌گیری هویت رابطه وجود دارد (به نقل از کوته و دیگران، ۲۰۱۶). پژوهش آرنت (۲۰۰۳) نیز نشان داد که افراد در مرحله پیش‌بزرگسالی از ظرفیت‌های عاملیت به درجات متفاوت استفاده می‌کنند، که به طور مستقیم به انسجام هویت منجر می‌شود.

پژوهش‌های اندکی در ایران به بررسی دوره‌ی تحولی "پیش‌بزرگسالی" پرداخته‌اند؛ از جمله پژوهش‌هایی که در ایران درباره‌ی این دوره از زندگی انجام گرفته است و در آن وضعیت هویت و رابطه‌ی آن با عاملیت شخصی در نظر گرفته شده است، پژوهش فتحی و همکاران (۱۳۹۷) است که از مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش، رابطه‌ی عاملیت با همه ابعاد پیش‌بزرگسالی می‌توان نام برد. عاملیت انسانی، سازه‌ای کاملاً پویاست که در ارتباط‌های اجتماعی شکل گرفته، توسعه می‌یابد و منجر به پیامدهای مثبت می‌شود (لرنر و بوش-روسناگل، ۱۹۸۱؛ به نقل از مهدوی‌مزده و همکاران، ۱۳۹۷). در رویکرد خود-تعیین‌گری والدین به عنوان اولین عوامل اجتماعی کردن فرزندان، نقش مهمی در ارضای نیازهای روان‌شناختی آنان دارند. والدینی که حامی خودمختاری فرزندان‌شان هستند و به آن‌ها اجازه می‌دهند در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خود شرکت کنند و مسائل خود را به طور مستقل حل کنند، در فرزندان‌شان ادراک حمایت از خودمختاری به وجود می‌آورند (گرولینک و همکاران، ۱۹۹۷).

با توجه به روابط شرح داده شده در بالا، مدل مفهومی این پژوهش به صورت شکل (۱) در نظر گرفته شده است. یکی از اهداف این پژوهش، مطالعه رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی و فرآیند هویت بود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مدل‌های کاری درونی بر چگونگی تحول هویت اثر گذارند (کرپلمن و پیتمن، ۲۰۱۸). اما با توجه به پیچیدگی‌های این دو سازه گمان نمی‌رود

که رابطه‌ی میان این دو متغیر یک رابطه‌ی ساده باشد. به عبارتی دلبستگی به والدین اگرچه در کودکی شکل می‌گیرد اما می‌تواند به طرق مختلف بر شکل‌گیری هویت در پیش‌بزرگسالان اثر بگذارد (شیندرز و لین، ۲۰۱۸). هم‌چنین پژوهش شوارتز و همکاران (۲۰۰۵) با عنوان «هویت و عاملیت در پیش‌بزرگسالی: دو مسیر تحولی در فرآیند فردی‌سازی (Individualization)»، موید ارتباط قوی سه بعد شکل‌گیری هویت (سبک، پایگاه و فرآیند) با عاملیت در فرآیند فردی‌سازی است. لذا با نظر به این یافته‌ها می‌توان به این فرض رسید که عاملیت شخصی می‌تواند در رابطه‌ی بین دلبستگی به والدین و هویت من، نقش واسطه‌ای ایفا کند. از دیگر اهداف این پژوهش مقایسه‌ی نقش دلبستگی به پدر و مادر در رابطه‌ی عاملیت شخصی و هویت من است. که با توجه به یافته‌های پژوهش‌های انجام گرفته می‌توان انتظار داشت مسیرهای متفاوتی برای دلبستگی به پدر و مادر در این روابط وجود داشته باشد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

پژوهش پیش رو با هدف کلی تعیین رابطه‌ی دلبستگی به والدین و عاملیت شخصی با هویت من در پیش‌بزرگسالی انجام گرفته است. با توجه به ارتباط این سازه‌ها با یکدیگر در چارچوب نظری، این پژوهش قصد دارد در چارچوب یک مدل علی، نشان دهد که چگونه هویت من توسط سبک‌های دلبستگی از طریق واسطه‌گری عاملیت شخصی پیش‌بینی می‌گردد. از آنجایی که بررسی رابطه‌ی میان خود سازه‌ها هدف این پژوهش است و نه ابعاد آن‌ها، از مدل معادلات ساختاری استفاده به عمل آمد. سوال اصلی این پژوهش نیز به این قرار است که آیا دلبستگی به مادر و پدر سهم متفاوتی در تبیین عاملیت فرزندشان دارند یا خیر؟

## • روش

جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دختر و پسر در بازه‌ی سنی ۱۸ تا ۲۹ سال دانشگاه‌های شهر تهران در پاییز سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. نمونه‌گیری از نوع هدف‌مند و با هدف انتخاب جوانان در محدوده سنی مرحله تحولی پیش-بزرگسالی انجام گرفت. با توجه به شیوع ویروس کووید-۱۹ و تعطیلی سراسری دانشگاه‌های کشور، پرسشنامه‌ای متشکل از ۴ ابزار به صورت برخط در گروه‌های مجازی دانشگاه‌های شهر تهران قرار داده شد. در توضیحات پرسشنامه خواسته شده بود که افراد دانشجو در بازه‌ی سنی ۱۸-۲۹ سال به پرسشنامه پاسخ دهند. در طول مدت یک‌ماه، ۵۵۶ نفر داوطلبانه به پرسشنامه پاسخ دادند، از آن‌جا که در ابتدای پرسشنامه سال تولد افراد پرسیده شده بود، ۱۶ نفر به دلیل قرار نداشتن در بازه‌ی سنی مورد نظر از داده‌ها کنار گذاشته شدند و در نهایت داده‌های مربوط به ۵۴۰ نفر (۳۵۴ زن و ۱۸۶ مرد) مورد مطالعه و تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۲ سال و ۸ ماه بود. شاخص‌های آماری در این پژوهش، شامل انحراف استاندارد ۲/۹۹، کجی ۰/۴۴- و کشیدگی ۰/۷۳-، بوده است؛ که نشان دهنده‌ی توزیع نرمال نمونه‌ی مورد بررسی است. هم‌چنین در این پژوهش برای راستی آزمایی داده‌های به دست آمده، از تحلیل عامل تائیدی با استفاده از نرم افزار Amos برای تمامی ابزارها استفاده شد؛ که شاخص‌های برازش مناسب مدل تحلیل عاملی و هم‌چنین بار عاملی گویه‌ها در سطح معناداری ۰/۰۱، نشان داد که مولفه‌های مورد نظر به خوبی توسط گویه‌ها سنجش شده‌اند.

## ابزارهای پژوهش

سیاهه ابعاد پیش‌بزرگسالی (**Inventory of the Dimensions of Emerging Adulthood**): این ابزار دارای ۶ خرده مقیاس اکتشاف هویت (۷ ماده)، در نظر گرفتن احتمالات/خوش‌بینی (۵ ماده)، بی‌ثباتی/منفی بودن (۷ ماده)، تمرکز روی خود

(۶ ماده)، احساس بینابینی (۳ ماده) و تمرکز روی دیگران (۳ ماده) را با مجموعاً ۳۱ ماده‌ی بسته پاسخ در مقیاس لیبرت از (۱) کاملاً مخالفم تا (۴) کاملاً موافقم می‌سنجد. ریفرن و دیگران (۲۰۰۷) چنین نظر دارند که این سیاهه دارای ساختار عاملی معقول، اعتبار بالا و برخی هم‌بستگی‌های معنادار با سازه‌های موجود در آثار مکتوب است. خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه هم‌سانی درونی قوی با آلفای ۰/۷ تا ۰/۸۵ را نشان دادند (به نقل از فتحی و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز روایی سازه‌ی ابزار را تأیید کرده است. برای سنجش اعتبار این ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب کلی مقیاس، ۰/۷۶ و ضریب آلفای خرده مقیاس‌های اکتشاف هویت، در نظر گرفتن احتمالات/خوش‌بینی، بی‌ثباتی/منفی بودن، تمرکز روی خود، احساس بینابینی و تمرکز روی دیگران به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۲، ۰/۷۳، ۰/۶۳، ۰/۵۵ و ۰/۶۲ به دست آمد. ساختار عاملی سیاهه موجود از طریق تحلیل مولفه‌های اصلی به روش تحلیل عامل تأییدی، مورد آزمون قرار گرفت.

### تجارب روابط نزدیک - ساختار رابطه (Structures Experiences in Close Relationships-Relationship)

فریلی و همکاران (۲۰۱۱)، اولین نسخه از سنجش روایی و اعتبار نسخه‌ی جدید (ECR) را با عنوان پرسشنامه‌ی تجارب روابط نزدیک در ساختار رابطه (ECR-RS) منتشر کردند (به نقل از روشا و همکاران، ۲۰۱۷). این پرسشنامه از ۳۶ ماده که ۹ ماده آن در هر حوزه رابطه است (پدر، مادر، شریک عاشقانه و بهترین دوست)، تشکیل شده است که در هر حوزه‌ی رابطه، ۶ ماده اول برای سنجش بعد اجتنابی و ۳ ماده آخر برای سنجش بعد اضطرابی است. هر حوزه‌ی رابطه در طیف ۷ امتیازی از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. ۴ ماده اول برای هر حوزه‌ی رابطه به صورت منفی نمره گذاری می‌شود. با توجه به نمره‌ای که فرد در محدوده‌ی ۱ تا ۷ در دلبستگی اضطرابی و اجتنابی کسب می‌کند می‌توان وی را در زیر گروه ایمن و زیر گروه نایمن قرار داد. این پرسشنامه توسط پوراوری و همکاران (۱۳۹۳) در ایران ترجمه شد و اعتبار، روایی و ساختار عاملی آن در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که مدل دو عاملی با استفاده از دو عامل اجتناب و اضطراب در هر حوزه، در جامعه‌ی ایرانی برازش دارد. ضریب آلفای کرونباخ، بالاتر از ۰/۷ و در حد رضایت‌بخشی بود. علاوه بر این، ضریب بازآزمایی این پرسشنامه پس از دو هفته فاصله‌ی زمانی بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۰ بود. قابل ذکر است که در این پرسشنامه، ارزیابی هر حوزه‌ی رابطه به صورت مستقل صورت می‌گیرد و دو عامل دلبستگی اضطرابی و دلبستگی اجتنابی را در بر دارد (روشا و همکاران، ۲۰۱۷).

در پژوهش حاضر با توجه به هدف پژوهش و سنجش دلبستگی به والدین، تنها ماده‌های مربوط به حوزه رابطه با پدر و مادر آورده شد که مجموعاً شامل ۱۸ ماده بود. هم‌چنین پاسخ‌ها در طیف ۴ امتیازی از ۱ (کاملاً مخالفم)، ۲ (مخالفم)، ۳ (موافقم) و ۴ (کاملاً موافقم) نمره گذاری شدند. هر فرد نمره‌ای بین (۲۴-۶) در بعد اجتنابی و (۱۲-۳) در بعد اضطرابی در هر حوزه‌ی رابطه کسب می‌کند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی مقدار بیشتری دلبستگی نایمن در هر حوزه‌ی رابطه است. هم‌چنین با توجه به نمره‌ای که فرد در محدوده‌ی ۱ تا ۴ در دلبستگی اضطرابی و اجتنابی کسب می‌کند، می‌توان وی را در زیر گروه ایمن و یا زیرگروه نایمن قرار داد. اگر میانگین هر دو نمره‌ی دلبستگی اضطرابی و اجتنابی در هر حوزه کم‌تر از ۲/۵ باشد، فرد در گروه ایمن قرار می‌گیرد و در غیر این صورت در گروه دلبستگی نایمن قرار می‌گیرد. برای سنجش اعتبار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب کلی مقیاس، ۰/۸۷ و ضریب آلفای کرونباخ به طور کلی در رابطه با مادر ۰/۸۴ و در رابطه با پدر ۰/۸۳ به دست آمد.

### ابزار سنجش عاملیت شخصی: از آن‌جا که عاملیت سازه‌ای نسبتاً جدید است، و ابزار کمی برای سنجش آن به‌طور خاص

در دنیا وجود دارد. در پژوهش حاضر پرسشنامه‌ای که مهدوی‌مزرده و همکاران (۱۳۹۷) برای سنجش عاملیت تهیه نموده‌اند به کار رفته است. این مقیاس برای سنجش عاملیت، سه مولفه‌ی هدف‌مندی، آینده‌اندیشی و خودکارآمدی (مجموعاً ۲۱ گویه) را مورد آزمون قرار می‌دهد. برای سنجش هدف‌مندی از ابزار هیتلن و الدر (۲۰۰۶) شامل ۷ گویه استفاده شد. ماده‌های مولفه‌ی آینده‌اندیشی از پژوهش یون (۲۰۱۱) برگرفته شده است (۴ ماده)؛ از ابزار خودکارآمدی عمومی (GSE) به‌عنوان یکی از مولفه‌های عاملیت استفاده شد (۱۰ ماده). روایی و اعتبار هدف‌مندی اثبات شده است (هیتلن و الدر، ۲۰۰۷). آلفای کرونباخ

برای آینده‌اندیشی، ۰/۷۲ گزارش شده است (یون ۲۰۱۱). روایی و اعتبار ابزار خودکارآمدی در ۲۳ کشور مختلف به اثبات رسیده و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶-۰/۹ بوده است (به نقل از مهدوی‌مزرده و همکاران، ۱۳۹۷).

در پژوهش حاضر پاسخ‌ها به صورت طیف ۴ درجه‌ای از ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۴ (کاملاً درست است) مرتب شده بودند. به منظور بررسی روایی ابزار سنجش عاملیت، از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. تحلیل‌های مربوط به کفایت نمونه‌برداری (KMO و آزمون بارتلت)، نشان دهنده‌ی قابلیت اجرای تحلیل عاملی و قابل اطمینان بودن ساختار عاملی به دست آمده است. هم‌چنین برای تعیین تعداد و محتوای عامل‌های ابزار، درصد واریانس تبیین‌شده و نمودار سنگ‌ریزه‌ای مورد توجه قرار گرفت. پس از استفاده از روش‌های چرخش واریماکس و حذف ماده‌ی مبهم، ساختار ۳ عاملی پرسشنامه به دست آمد؛ ۳ عامل به‌طور تراکمی ۵۱/۹۳ درصد از واریانس را تبیین می‌کنند. ماده شماره ۳ به دلیل نداشتن بار عاملی (بالای ۰/۳) از تحلیل کنار گذاشته شد. سپس ساختار عاملی کشف شده، از طریق مولفه‌های اصلی به روش تحلیل عاملی تأییدی مورد آزمون شد و مورد تأیید قرار گرفت. برای سنجش اعتبار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب کلی مقیاس، پس از حذف ماده‌ی شماره ۳، ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی، ۰/۹۰، هدف‌مندی، ۰/۷۷ و برای آینده‌اندیشی، ۰/۷۱ به دست آمد.

### پرسشنامه فرآیند هویت من (Ego Identity Process Questionnaire): پرسشنامه‌ی فرآیند هویت من، در سال

۱۹۹۵ توسط بالستری و همکارانش تهیه شد؛ این پرسشنامه افراد را در پایگاه‌های هویت مانند ماریسیا طبقه‌بندی می‌کند. مولفه‌های پرسشنامه به صورت ۲۰ عبارت مثبت و ۱۲ عبارت منفی نوشته شده است که مطابق با دستورالعمل تست و با استفاده از مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. برای مشخص شدن پایگاه‌های هویتی بر اساس نمره فرد در هر دو بعد تصمیم‌گیری می‌شود. در پژوهش حاضر پاسخ‌ها به صورت طیف ۴ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) مرتب شده بودند. به منظور بررسی روایی ابزار سنجش فرآیند هویت من، از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. از آن‌جا که در این پژوهش قصد داشتیم، دو بعد تعهد و اکتشاف را در فرآیند هویت من مورد بررسی قرار دهیم، تحلیل عاملی اکتشافی با ۲ بعد برای تعیین روایی ابزار صورت گرفت. تحلیل‌های مربوط به کفایت نمونه‌برداری (KMO و آزمون بارتلت)، نشان دهنده‌ی قابلیت اجرای تحلیل عاملی و قابل اطمینان بودن ساختار عاملی به دست آمده است. هم‌چنین برای تعیین تعداد و محتوای عامل‌های ابزار، درصد واریانس تبیین‌شده و نمودار سنگ‌ریزه‌ای مورد توجه قرار گرفت. پس از استفاده از روش چرخش واریماکس و حذف ماده‌ی مبهم، ساختار ۲ عاملی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی، ماده‌های شماره (۱، ۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۷ و ۳۰) به دلیل نداشتن بار عاملی و یا داشتن همبستگی تقریباً برابر با هر دو بعد تعهد و اکتشاف کنار گذاشته شدند و مجموعاً ۸ ماده از تحلیل‌ها حذف شدند. از این میان درواقع ۸ ماده (۹، ۱۰، ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۲۸)، بعد اکتشاف را سنجش می‌کنند و ۱۶ ماده (۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۹، ۳۱، ۳۲) بعد تعهد را می‌سنجند. این ۲ عامل به‌طور تراکمی ۲۵/۸۴ درصد از واریانس را تبیین می‌کنند. ساختار عاملی کشف شده، از طریق مولفه‌های اصلی به روش تحلیل عاملی تأییدی نیز مورد تأیید قرار گرفت. برای سنجش اعتبار آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. پس از حذف ۸ ماده در تحلیل عاملی اکتشافی، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۷۸ به دست آمد.

### فرآیند اجرا

پس از آماده سازی ابزارها، نسخه‌ی الکترونیکی تمامی پرسشنامه‌ها از طریق سامانه‌ی پرس‌لاین تهیه شد. و پس از شناسایی گروه‌های دانشجویی در فضای مجازی، لینک پرسشنامه در داخل گروه‌ها قرار داده شود. در بالای هر لینک توضیح مختصری درباره‌ی پژوهش و هم‌چنین تأکید بر داوطلبانه بودن پاسخ‌دهی و محرمانه بودن پاسخ‌ها ارائه شد. پس از گذشت یک ماه و جمع‌آوری ۵۶۰ پرسشنامه، داده‌ها برای غربال‌گری گروه سنی و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت. پاسخ‌دهندگان می‌توانستند از طریق آدرس الکترونیکی، با پژوهش‌گر ارتباط گرفته و پرسش‌های خود را مطرح کنند.

## • یافته‌ها

جدول (۱) نشان‌دهنده‌ی شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش است. هم‌چنین میزان کجی و کشیدگی متغیرها در بازه‌ی (+۲ و -۲) قرار دارد که حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مولفه	کم‌ترین	بیش‌ترین	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
اکتشاف هویت	۱/۴۳	۴/۰۰	۳/۲۲	۰/۴۵	-۰/۲۱	۰/۰۶
احتمالات	۱/۶۰	۴/۰۰	۳/۱۱	۰/۴۲	-۰/۱۷	۰/۳۲
بی‌ثباتی	۱/۲۹	۴/۰۰	۲/۷۲	۰/۵۰	۰/۰۷	-۰/۰۹
بینابینی	۱	۴/۰۰	۲/۹۸	۰/۵۴	-۰/۱۳	۰/۱۱
تمرکز روی خود	۱/۶۷	۴/۰۰	۳/۲۶	۰/۴۰	-۰/۳۹	۰/۲۸
تمرکز روی دیگران	۱	۴/۰۰	۲/۸۲	۰/۵۹	-۰/۰۵	-۰/۲۲
دل بستگی اضطرابی پدر	۱	۴/۰۰	1/72	۰/۷۱	۰/۷۳	-۰/۱۴
دل بستگی اجتنابی پدر	۱	۴/۰۰	2/68	۰/۷۰	-۰/۰۲	-۰/۳۷
دل بستگی اضطرابی مادر	۱	۴/۰۰	1/62	۰/۶۲	۰/۸۵	۰/۱۹
دل بستگی اجتنابی مادر	۱	۴/۰۰	2/46	۰/۷۲	-0/04	-۰/40
خودکارآمدی	۱/۱۰	۴/۰۰	۲/۸۵	۰/۵۵	-۰/14	-0/09
هدف‌مندی	۱/۳۳	۴/۰۰	۳/۰۷	۰/۴۹	-۰/27	۰/05
آینده‌اندیشی	۱/۲۵	۴/۰۰	۳/۲۰	۰/۵۵	-۰/41	۰/15
اکتشاف	۱/۰۰	۴/۰۰	۲/۷۹	۰/۴۳	-۰/۱۱	۱/۰۵
تعهد	۱/۰۶	۴/۰۰	۲/۳۳	۰/۴۳	۰/۲۲	۰/۲۶

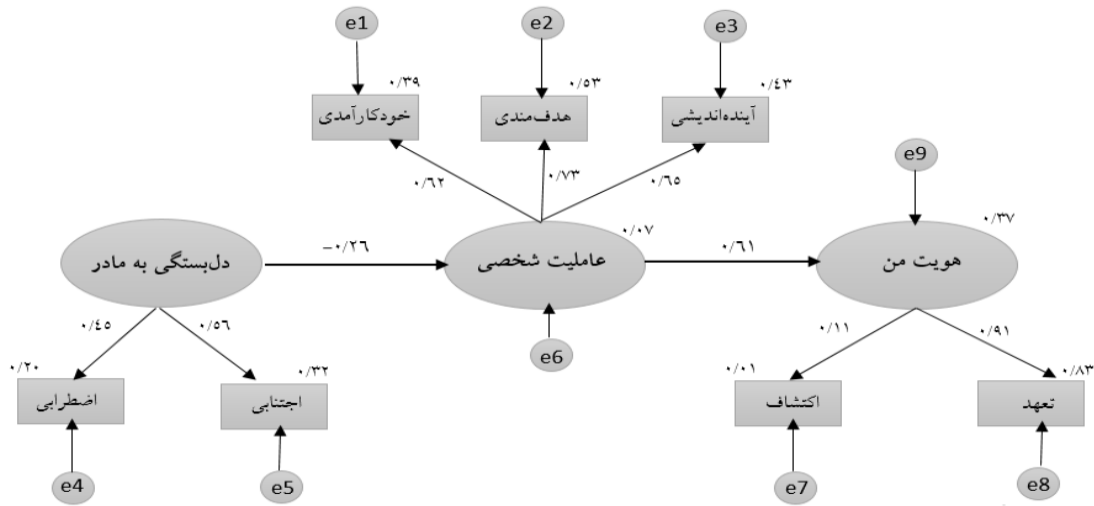
در ادامه تحلیل‌های مرتبط با آمار استنباطی آورده شده است. و پیش از انجام تحلیل آزمون‌های مربوطه، مفروضه‌های عدم هم‌خطی از طریق شاخص‌های VIF و تولرانس در رگرسیون خطی و بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از طریق کجی و کشیدگی بررسی شده است. به منظور پاسخ‌دهی به اهداف اصلی پژوهش، ۲ مدل مربوط به دل بستگی به مادر و دل بستگی به پدر، با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری آزمون شدند. در جدول (۲) همبستگی میان تمامی مولفه‌های مورد ارزیابی در پژوهش آورده شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی مولفه‌های پژوهش

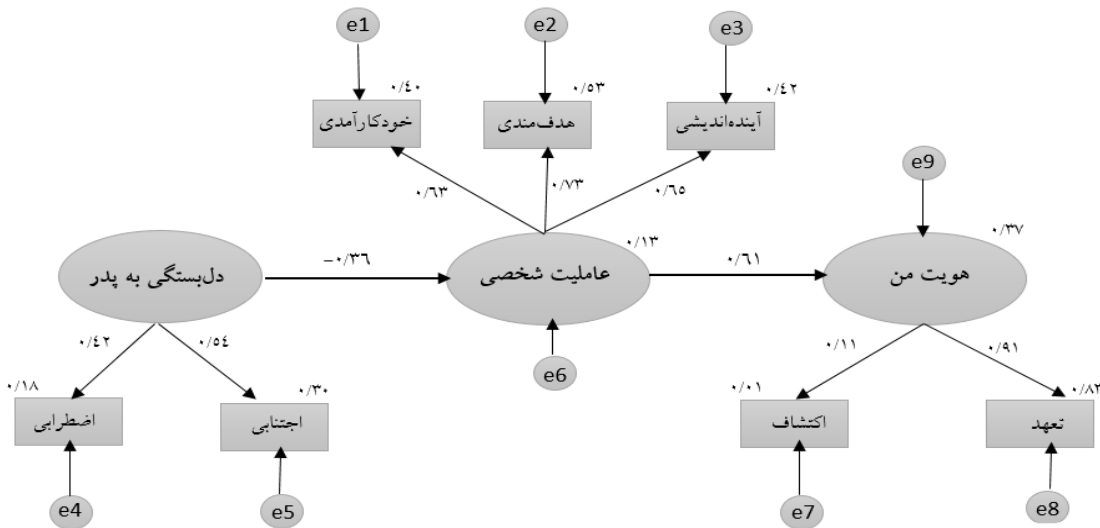
نام مولفه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱. اکتشاف هویت															
۲. احتمالات	۰/۴۱**														
۳. بی‌ثباتی	۰/۰۶	۰/۱۰*													
۴. بینابینی	۰/۲۹**	۰/۱۹**	۰/۲۸**												
۵. تمرکز روی خود	۰/۴۶**	۰/۴۷**	۰/۱۹**	۰/۱۱*											
۶. تمرکز روی دیگران	۰/۱۴**	۰/۰۳	۰/۳۱**	۰/۰۴	۰/۳۲**										
۷. دل بستگی اضطرابی پدر	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۴									
۸. دل بستگی اجتنابی پدر	۰/۰۶	۰/۱۱*	۰/۰۹*	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۲۳**								
۹. دل بستگی اضطرابی مادر	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۵۷**	۰/۱۹**							
۱۰. دل بستگی اجتنابی مادر	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۹*	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۱۸**	۰/۳۸**						
۱۱. خودکارآمدی	۰/۱۴**	۰/۱۴**	۰/۲۹**	۰/۰۸	۰/۲۱**	۰/۱۸**	۰/۱۷**	۰/۲۰**	۰/۰۹*	۰/۱۰*					
۱۲. هدف‌مندی	۰/۱۵**	۰/۱۱*	۰/۱۷**	۰/۰۳	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۱۲**	۰/۱۰*	۰/۰۸	۰/۴۶**				
۱۳. آینده‌اندیشی	۰/۲۷**	۰/۱۵**	۰/۰۹*	۰/۰۱	۰/۲۴**	۰/۲۱**	۰/۰۶	۰/۰۹*	۰/۰۳	۰/۱۱*	۰/۳۸**	۰/۴۸**			
۱۴. اکتشاف	۰/۲۰**	۰/۱۱**	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۱۸**	۰/۱۹**	۰/۰۴	۰/۰۹*	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۳۸**	۰/۳۸**	۰/۳۸**		
۱۵. تعهد	۰/۱۰*	۰/۱۳**	۰/۱۹**	۰/۱۰*	۰/۳۲**	۰/۰۰	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۰۸	۰/۱۶**	۰/۱۱*	۰/۱۷**	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸

(p\*\* ≤ ۰/۰۱, p\* ≤ ۰/۰۵)

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای عاملیت شخصی در رابطه میان دل‌بستگی به مادر و پدر و هویت من با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزار ایموس، مدل مورد آزمون قرار گرفت. نتایج تحلیل مدل دل‌بستگی به مادر در شکل (۱) و دل‌بستگی به پدر در شکل (۲) نمایش داده شده است. همچنین ضرایب اثرات مستقیم و غیر مستقیم هر دو مدل در جدول (۳) گزارش شده است.



شکل ۱. مدل آزمون شده‌ی دل‌بستگی به مادر



شکل ۲. مدل آزمون شده‌ی دل‌بستگی به پدر

جدول ۴. برآورد اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل دل‌بستگی به مادر و پدر

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
اثر دل‌بستگی به مادر بر:				
عاملیت شخصی	-۰/۲۶**	--	-۰/۲۶**	
هویت من	--	-۰/۱۷**	-۰/۱۷**	۳۷٪
اثر عاملیت شخصی بر:				
هویت من	۰/۶۱**	--	۰/۶۱**	
اثر دل‌بستگی به پدر بر:				
عاملیت شخصی	-۰/۳۶**	--	-۰/۳۶**	
هویت من	--	-۰/۲۲**	-۰/۲۲**	۳۷٪
اثر عاملیت شخصی بر:				
هویت من	۰/۶۱**	--	۰/۶۱**	

( $p^{**} \leq 0.01$ ,  $p^* \leq 0.05$ )

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل دل‌بستگی به مادر و پدر

مشخصه	برآورد مدل مادر	برآورد مدل پدر
نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )	۲/۷۰	۴/۱۵
جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۵	۰/۰۷
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۸	۰/۹۷
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	۰/۹۶	۰/۹۴
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۵	۰/۹۲
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۳	۰/۹۰

جدول (۵) شاخص‌های برازش هر دو مدل را نشان می‌دهد، مقادیر ( $GFI, AGFI, CFI, NFI \geq 0.9$ )، ( $0.8 < RMSEA$ ) و ( $5 \leq \chi^2/df$ )، برای شاخص‌های برازندگی در معادلات ساختاری، نشان‌دهنده‌ی برازش مطلوب مدل هستند (به نقل از هوپر و همکاران، ۲۰۰۸). با در نظر گرفتن مقادیر مطلوب شاخص‌های برازش، خواهیم دید که شاخص‌های به دست آمده از پژوهش حاضر از برازش مناسب مدل‌ها خبر می‌دهد.

همان‌طور که از مقادیر به دست آمده از مدل‌های معادلات ساختاری دل‌بستگی به مادر و پدر دیده می‌شود، مقدار واریانس تبیین شده برای هویت من از هر دو مدل، یکسان و برابر با ۳۷ درصد می‌باشد. از طرف دیگر اثر مستقیم دل‌بستگی نایمن بر عاملیت شخصی، در دو مدل پدر و مادر تفاوت‌هایی دیده می‌شود؛ به طوری که اثر مستقیم و استاندارد دل‌بستگی نایمن به مادر و پدر بر عاملیت شخصی، به ترتیب برابر با ۰/۲۶- و ۰/۳۶- هستند. که نشان می‌دهد بالا بودن نمرات دل‌بستگی به پدر در دو بعد اضطرابی و اجتنابی، تاثیر منفی بیشتری بر عاملیت شخصی دارد. میزان اثر مستقیم استاندارد عاملیت شخصی بر هویت من، در هر دو مدل برابر با ۰/۶۱ می‌باشد. هم‌چنین اثر غیرمستقیم استاندارد دل‌بستگی نایمن به مادر بر هویت من، ۰/۱۷- و میزان این اثر برای دل‌بستگی نایمن به پدر بر هویت من، ۰/۲۲- است؛ که این یافته‌ها نشان می‌دهد، چنان‌چه نمره‌ی دل‌بستگی نایمن فرد به والدین در دو بعد اضطرابی و اجتنابی بالا رود، به واسطه‌ی عاملیت بر ابعاد هویت فرد اثر منفی می‌گذارند.

## • بحث

چنان‌چه در جدول (۱) دیده شد، نمونه‌ی دانشجویان ایرانی در ویژگی‌های پیش‌بزرگسالی که توسط آرنت (۲۰۰۴) معرفی شده‌اند، نمراتی بیش از میانگین کسب کردند. این نمرات در نشان‌گرهای، اکتشاف هویت، احتمالات، بی‌ثباتی، بینابینی، تمرکز روی خود و تمرکز روی دیگران به ترتیب ۳/۲۲، ۳/۱۱، ۲/۷۲، ۲/۹۸، ۳/۲۶ و ۲/۸۲ می‌باشد. این یافته‌ها با ادبیات پژوهش، مبنی بر اینکه دانشجویان در این محدوده‌ی سنی، در مورد توصیف وضعیت بزرگسالی خود، با ابهام روبه‌رو هستند (آرنت، ۱۹۹۷)، هم‌خوانی دارد. با توجه به نتایج این پژوهش که سازگار با نتایج پژوهش‌های مشابه در کشورهای مختلف جهان (مانند سایتر، ۲۰۰۹، در هند؛ چمبرلین، ۲۰۱۳، در استرالیا؛ چک و آتک، ۲۰۱۵، در ترکیه) و هم‌چنین پژوهش‌های انجام گرفته در ایران (فتحی و همکاران، ۱۳۹۷ و نقی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰) است، پیش‌بزرگسالی به عنوان یک دوره‌ی تحولی جدید در جامعه‌ی ایرانی مورد تایید قرار گرفت. با نظر به نتایج فوق و برجسته بودن مسائل مربوط به هویت در این مرحله و هم‌چنین کم بودن حمایت‌های اجتماعی و بالا بودن تمرکز روی خود در این مرحله، عاملیت شخصی نقش قابل توجهی در تکالیف مربوط به هویت دارد. وجود رابطه‌ی مثبت عاملیت با ویژگی‌های اکتشاف هویت، آزمایش‌گری و تمرکز روی خود جدول (۲)، با مفهوم عاملیت و تعاریف آن (بندورا، ۲۰۰۱) سازگار است. هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر از اثر منفی و معنادار دل‌بستگی نایمن به پدر و مادر بر عاملیت شخصی خبر می‌دهد. با توجه به اینکه در پژوهش‌های مربوط به دل‌بستگی، عموماً تاکید اصلی بر رابطه‌ی مادر و کودک است و بررسی‌های کمی روی نقش پدران در این فرآیند صورت می‌گیرد، در این پژوهش به بررسی جداگانه‌ی مدل‌های دل‌بستگی به پدر و مادر پرداخته شد، تا بتوانیم مقایسه‌ای میان مسیرهای این دو مدل انجام دهیم. از نظر گراسمن و همکاران (۲۰۰۲)، هرچند که روابط دل‌بستگی مادر-کودک و پدر-کودک در یک دوره‌ی تحولی ساخته می‌شوند، ولی این دو رابطه مستقل از هم ساخته شده و ایمنی دل‌بستگی با دو والد اغلب متفاوت است، که نشان می‌دهد هرکدام از این رابطه‌ها توسط

تعامل‌های خاصی شکل می‌گیرد. این یافته‌ها هم‌سو با نظر لوی و همکاران (۱۹۹۸) است که معتقد بودند ظرفیت تفرد به وسیله‌ی بازنمایی‌های والدین به عنوان حمایت‌کننده و پرورش‌دهنده تسهیل می‌شود و برخلاف دلبستگی نایمن به والدین، سبک دلبستگی ایمن، جدایی-تفرد فرزندان را ترغیب می‌کند (به نقل از لاپسلی و ادگرتون، ۲۰۰۲). بنابراین در این دیدگاه، دلبستگی فرآیندی پویا است که رشد به واسطه‌ی حمایت هیجانی مورد نیاز برای خودمختاری را تسهیل می‌کند (به نقل از حیدری و همکاران، ۱۳۹۷) دلبستگی به والدین مستقیماً می‌تواند بر تصمیم‌سازی و خودکارآمدی جوانان اثر بگذارد (ال-حسن و قلابینی، ۲۰۲۰). هم‌چنین مطالعات پیشین (آلن و همکاران، ۲۰۰۲ و کسیدی و شاور، ۲۰۰۸) مویید این نکته است که رابطه‌ی مبتنی بر دلبستگی ایمن، انتقال از دلبستگی به استقلال و خودمختاری را تسهیل می‌کند. در مقابل دلبستگی نایمن می‌تواند مانعی در برابر استقلال، خودمختاری و عاملیت جوانان باشد.

بر مبنای یافته‌های این پژوهش، عاملیت شخصی بر هویت من اثر مستقیم دارد. نتایج نشان داد که اثر مستقیم عاملیت شخصی بر هویت من، مثبت و معنادار است. این نتایج با یافته‌های پژوهش طالبیان و دیگران (۱۳۸۲)، مبنی بر وجود رابطه‌ی بین برخی از ویژگی‌های شخصیتی و پایگاه‌های هویت و پژوهش فتحی و همکاران (۱۳۹۷) که بیان‌گر رابطه‌ی مثبت و معنادار بین عاملیت و چهار ویژگی هویتی پیش‌بزرگسالی است، سازگار می‌باشد. هم‌چنین این نتایج با یافته‌های شوارتز و دیگران (۲۰۰۵) و شوارتز (۲۰۰۶)، به نقل از کوته و دیگران (۲۰۱۶) و رینولدز و اریکسون (۲۰۱۷) مبنی بر وجود رابطه‌ی میان عاملیت و شکل‌گیری هویت، هم‌خوانی دارد. بر مبنای پیشینه‌ی نظری این پژوهش (شوارتز و دیگران، ۲۰۰۵؛ الدر و دیگران، ۲۰۰۳، به نقل از مک میلان، ۲۰۰۷) کاهش حمایت‌های خارجی در دوره‌ی پیش‌بزرگسالی، اکتشاف هویت را به یک پروژه‌ی شخص تبدیل می‌کند، لذا افراد با عاملیت بالا در این فرآیند موفق‌تر عمل خواهند کرد (آرنت، ۲۰۱۸).

## • نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان داد که عاملیت شخصی در رابطه‌ی میان دلبستگی به والدین و هویت من نقش واسطه‌ای دارد. تاکنون پژوهشی که دقیقاً به این موضوع پرداخته باشد، صورت نگرفته است. اما پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۹۶) و پژوهش کوردیرو و همکاران (۲۰۱۸) با نتایج این پژوهش سازگار است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که با وجود تمام مطالعاتی که از اثرگذاری خانواده بر شکل‌گیری هویت خبر می‌دهند (هم‌چون برزونسکی، ۲۰۰۴؛ برزونسکی و همکاران، ۲۰۰۷؛ بیرس و گوسنر، ۲۰۰۸) و پژوهش‌های انجام‌گرفته در ایران (حجازی و نگهبان سلامی، ۱۳۸۸؛ ثنایی ذاکر و مرادی، ۱۳۹۵)، نظر به پیچیدگی‌های سازه‌ی دلبستگی و هویت، رابطه‌ی بین دلبستگی به والدین و هویت من، یک رابطه‌ی ساده به نظر نمی‌آید. علی‌رغم اینکه پژوهش‌های اندکی به بررسی متغیرهای واسطه در این بین پرداخته‌اند، اما شواهدی (هم‌چون سوننس و همکاران، ۲۰۰۵؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۶) نشان داده‌اند که هویت، ممکن است تحت تاثیر ویژگی‌های شخصیت قرار گیرد، فرضی که در پژوهش حاضر نیز مورد تأیید قرار گرفت. داشتن عاملیت شخصی از بارزترین ویژگی‌های شخصیتی است، که به خصوص در دوره‌ی پیش‌بزرگسالی، اکتشاف هویت را تسهیل می‌کند (شوارتز و همکاران، ۲۰۰۵؛ فتحی و همکاران، ۱۳۹۷). نکته‌ی مهم در یافته‌های این پژوهش آن است که پیش‌بزرگسالان با وجود داشتن دلبستگی نایمن به والدین‌شان، با واسطه‌ی عاملیت می‌توانند به هویت مستحکم دست یابند.

این پژوهش در دوران قرنطینه ناشی از بیماری کووید-۱۹ انجام شده است که موجب اجرای پرسشنامه‌ها به صورت برخط شده است. از سوی دیگر نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش، دانشجویان شهر تهران بودند لذا در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. هم‌چنین انجام مشابه این پژوهش بر روی پیش‌بزرگسالان غیر دانشجویان و مقایسه نتایج آنان با دانشجویان پیشنهاد می‌گردد؛ این کار می‌تواند ابعاد پنهان این مرحله را تا حدی آشکار سازد. ورود نشان‌گرهای پیش‌بزرگسالی در مدل مفهومی و بررسی رابطه‌ی آن‌ها با دیگر متغیرها می‌تواند در شناسایی بیش‌تر این مرحله‌ی تحولی موثر باشد. مقایسه و بررسی ویژگی‌های پیش‌بزرگسالی در هر دو جنس، از دیگر موارد ناشناخته‌ی این دوره تحولی، به خصوص در فرهنگ ما است. از آن‌جا که عاملیت سازه‌ای جدید و هم‌چنین مبهم و پیچیده است و با نظر به این‌که این سازه می‌تواند با توجه به بافت فرهنگی



و ارزشی هر جامعه، فردگرا بودن یا جمع‌گرا بودن آن، ابعاد و اشکال متفاوتی داشته باشد، لازم است که درباره‌ی تفاوت‌های احتمالی این سازه در خرده فرهنگ‌های گوناگون، بررسی و پژوهش انجام شود.

## • منابع

- اتحادی، الهام؛ پاکدامن، شهلا؛ صالح صدق پور، بهرام. ۱۳۹۲. بررسی ویژگی‌های روانسنجی و هنجاریابی پرسشنامه فرایند هویت من. علوم رفتاری. ۰-۲۷. 1.
- برک، لورا (۱۳۹۲). روانشناسی رشد. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: ارسباران.
- بشارت، محمدعلی؛ شفیعی، رزا؛ رحیمی‌نژاد، عباس. ۱۳۹۶. رابطه بین کنش‌وری ادراک‌شده خانواده و سبک‌های هویت: نقش واسطه‌ای استحکام من. خانواده‌پژوهی. ۷-۲۴.
- پاکدامن، شهلا؛ سادات سیدموسوی، پریسا؛ قنبری، سعید؛ سعید: ۱۳۹۰a. کیفیت دل‌بستگی و مشکلات رفتاری-هیجانی در نوجوانان: بررسی نقش پدران. روانشناسی کاربردی 100-85.
- پاکدامن، شهلا؛ سادات سیدموسوی، پریسا؛ قنبری، سعید؛ ملحی، سعید. ۱۳۹۰b. کیفیت دل‌بستگی به والدین و نشانه‌های درونی سازی شده و برون‌سازی شده در نوجوانان: بررسی مقایسه‌ای پدران و مادران. پژوهش‌های نوین روانشناختی 23-21.
- ثنایی‌ذاکر، باقر؛ مرادی، علی (۱۳۹۵). رابطه بین سبک‌های فرزندپروری والدین با سبک‌های هویت و تعهد فرزندان. کنفرانس ملی دانش و فناوری روانشناسی، علوم تربیتی و جامع روانشناسی ایران.
- حجازی، الهه؛ نگهبان سلامی، محمود، ۱۳۸۸. رابطه سبک‌های دل‌بستگی به والدین و همسالان با سبک‌های هویت در نوجوانان. روانشناسی و علوم تربیتی ۱. ۱۰۷.
- حجتی، قصیده؛ نقش، زهرا؛ خدایاری فر، محمد. ۱۴۰۰. رابطه بین سبک دل‌بستگی و هویت اخلاقی: نقش واسطه‌ای همدلی. روانشناسی. شماره ۹۸ دوره ۲۵. ۲۱۵-۲۳۵.
- حیدری، آتنا؛ قربانی، نیما؛ پورحسین، رضا. تعیین رابطه سبک‌های دل‌بستگی با میزان رضایت از زندگی: نقش واسطه‌ای رضایتمندی از نیازهای بنیادی روانی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۱۳۹۷؛ ۱۷ (۷۰): ۶۵۰-۶۴۳.
- طالبیان، شریف؛ حسینی، گودرزی؛ نیک فرجام، معصومه. ۱۳۸۲. بررسی رابطه پایگاه هویت و ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد. مطالعات تربیتی و روانشناسی. 397. 1.
- محمدی، حمیده؛ فولادچنگ، محبوبه. ۱۳۹۷. نقش واسطه‌ای سبک‌های پردازش هویت در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. روانشناسی. شماره ۸۷ دوره ۲۲. ۳۲۵-۳۰۸.
- مهدوی‌مزه، مامک؛ حجازی، الهه؛ نقش، زهرا. ۱۳۹۷. رابطه ادراک از سبک‌های والدینی با تاب‌آوری: نقش واسطه‌ای عاملیت انسانی. روانشناسی. ۳۲۶-۳۴۳.
- فتحی، محمدرضا؛ کیامنش، علی رضا؛ جم‌هری فرهاد. ۱۳۹۷. نقش عاملیت انسانی، جنس و سن در ویژگی‌های هویتی: بزرگسالی در حال ظهور آرنت. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی. ۳۳-۴۴.
- پورآوری، مینو؛ قنبری، سعید؛ زاده محمدی، علی؛ پناغی، لیلی. ۱۳۹۳. اعتبار، پایایی و ساختار عاملی پرسش‌نامه تجارب روابط نزدیک - ساختار رابطه. اندیشه و رفتار روان‌شناسی بالینی. ۳۱-۴۷.
- نقی زاده، محمدعلی؛ لاری، نرجس؛ حجازی، الهه؛ صالحی، کیوان؛ (۱۴۰۰). بررسی کیفی ویژگی‌های دوره تحولی ظهور بزرگسالی در دانشجویان ایرانی: فرهنگ و جنسیت، فصلنامه روانشناسی، ۲۵(۱)، ۳-۳۱.
- واحدی، شهرام؛ فتحی، آیت اله. ۱۳۸۹. رابطه‌ی دل‌بستگی به والدین و همسالان با جدایی روان‌شناختی دانشجویان دختر و پسر جدیدالورود. پژوهش‌های نوین روانشناختی ۱۷. ۱۵۱.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., O'Connor, T. G., & Bell, K. L. (2002). Prediction of peer-rated aduithostility from autonomy struggles in adolescent-family interactions. *Development and Psychopathology*, 14: 123-137.
- Arnett, J. J. (1997). Young people's conceptions of the transition to adulthood. *Youth & society*, 29(1), 3-23.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arnett, J. J. (2003). Conceptions of the transition to adulthood among emerging adults in American ethnic groups. *New Directions in Child and Adolescent Development*, 100.63-75.
- Arnett, J.J. (2004). *Emerging Adulthood: the winding road from the late teens through the twenties*. New York, NY: Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2011). Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. In L. A. Jensen (Ed.), *Bridging cultural and developmental psychology: New syntheses in theory, research, and policy* (pp. 255-275). New York,

NY: Oxford University Press.

- Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. 2-nd edition. New York: Oxford Press University.
- Arnett, J. J. (2018). Conceptual foundations of emerging adulthood. In *Emerging adulthood and higher education* (pp. 11-24). Routledge.
- Arnett, J. J., & Tanner, J.L. (2009). Toward a cultural-developmental stage theory of the life course. In K. McCartney & R. Weinberg (Eds.), *Development and experience: A festschrift in honor of Sandra Wood Scarr* (pp. 17–38). New York, NY: Taylor & Francis.
- Balistreri, E., Busch-Rossnagel, N. A., & Geisinger, K. F. (1995). Development and preliminary validation of the Ego Identity Process Questionnaire. *Journal of adolescence*, 18(2), 179-192.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*. 52, 1-26.
- Berzonsky, M. D. (2004). Identity processing style, self-construction, and personal epistemic assumptions: A social-cognitive perspective. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 303-315.
- Berzonsky, M. D., Branje, S. J. T., & Meeus, W. (2007). Identity-processing style, psychosocial resources, and adolescents' perceptions of parent-adolescent relations. *Journal of Early Adolescence*, 3, 324-345.
- Beyers, W., & Goossens, L. (2008). Dynamics of perceived parenting and identity formation in late adolescence. *Journal of Adolescence*, 31, 165-184.
- Campbell, E., Adams, G. R., & Dobson, W. R. (1984). Familial correlates of identity formation in late adolescence: A study of the predictive utility of connectedness and individuality in family relations. *Journal of youth and adolescence*, 13(6), 509-525.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 419-435). New York: Guilford Press.
- Chamberlain, D. L. (2013). *Emerging Adulthood and Reflexive Modernity: Defining on Adult Identity in Early 21st Century Australia*. (Doctoral dissertation), Griffith University.
- Çok, F., & Atak, H. (2015). Emerging adulthood in Turkey: Does it (yet) exist?. *Online Journal of Counseling & Education*, 4(3), 46-75.
- Cordeiro, P. M. G., Paixão, M. P., Lens, W., Lacante, M., & Luyckx, K. (2018). Parenting Styles, Identity Development, and Adjustment in Career Transitions: The Mediating Role of Psychological Needs. *Journal of Career Development*, 45(1), 83–97. <https://doi.org/10.1177/0894845316672742>.
- Cote, J. E., & LeCote, J. E., Mizokami, S., Roberts, S. E., & Nakama, R. (2016). An examination of the cross-cultural validity of the Identity Capital Model: American and Japanese students. compared. *Journal of Adolescence*, 46, 76-85vine, C. G. (2002). *Identity Formation. Agency and Cultural*.
- El-Hassan, K., & Ghalayini, N. (2020). Parental attachment bonds, dysfunctional career thoughts and career exploration as predictors of career decision-making self-efficacy of Grade 11 students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 48(5), 597-610.
- Fanti, K. A. (2005). The parent-adolescent relationship and college adjustment over the freshman year.
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The experiences in close relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological assessment*, 23(3), 615.
- 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.
- Grossmann, K. E., Remmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H., & Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers sensitive and challenging play as a pivotal variable in 16-year longitudinal study: *Social Development*, 11: 307 331.
- Haggard, P. (2017). Sense of agency in the human brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 18, 196-207.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and social Psychology*, 59(2), 270.
- Hitlin, S., & Elder, G. H. Jr. (2006). Agency: An empirical model of an abstract concept. *Advances in life course research*, (11), 33-67.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Kerpelman, J. L., & Pittman, J. F. (2018). Erikson and the relational context of identity: Strengthening connections with attachment theory. *Identity*, 18(4), 306-314.
- Lane, J. A. (2020). Attachment, Ego Resilience, Emerging Adulthood, Social Resources, and Well-Being among Traditional-Aged College Students. *Professional Counselor*, 10(2), 157-169..
- Lapsley, D.K., & Edgerton, J. (2002). Separation Individualization, Adult Attachment Style, and College Adjustment, *Journal of Counseling and Development*, 80, 484-495.
- Macmillan, R. (2007). Constructing adulthood: Agency and subjectivity in the transition to adulthood. *Advanced in life course research*, (11), 3-29.
- Marchand, J. F. (2004). Husbands' and wives' marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. *Attachment & Human Development*, 6(1), 99-112.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of personality and social psychology*, 3(5), 551.
- Marcia, J. E. (2002). Identity and psychosocial development in adulthood. *Identity: An international journal of theory and research*, 2(1), 7-28.
- Reifman, A., Arnett, J. J., & Colwell, M. J. (2007). Emerging adulthood: Theory, assessment and application. *Journal of Youth Development*, 2(1), 37-48.
- Reynolds, C., & Erikson, E. (2017). Agency, identity, and the emergence of ritual experience.

- Socius,3,2378023117710881. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2378023117710881>.
- Rhea, R. (2013). An exploration of the relationship of identity formation, agency, and religiosity with respect to the acceptance and use of pornography in Christian undergraduate emerging adults. Biola University.
- Rocha, G. M. A. D., Peixoto, E. M., Nakano, T. D. C., Motta, I. F. D., & Wiethaeuper, D. (2017). The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS): validity evidence and reliability. *Psico-USF*, 22(1), 121-132. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000100121&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000100121&script=sci_arttext).
- Rogers, L. O. (2018). Who am I, who are we? Erikson and a transactional approach to identity research. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 18(4), 284–294. <https://doi.org/10.1080/15283488.2018.1523728> .
- Schnyders, C. M., & Lane, J. A. (2018). Gender, parent and peer relationships, and identification with emerging adulthood among college students. *Journal of College Counseling*, 21(3), 239–251. <https://doi.org/10.1002/jocc.12106> .
- Schwartz, S. J., Côté, J. E., & Arnett, J. J. (2005). Identity and agency in emerging adulthood: Two developmental routes in the individualization process. *Youth & Society*, 37(2), 201-229.
- Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Luyckx, K., Meca, A., & Richie, R. (2015). Identity development in emerging adulthood. In J. J. Arnett (Ed.), *Oxford handbook of emerging adulthood*. New York, NY: Oxford University Press.
- Seiter, L. N. (2009). Emerging adulthood in India. (Doctoral dissertation), Brigham Young University-Provo. <http://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2977&context=etd> [2016/25/02].
- Soenens, B., Duriez, B., & Goossens, L. (2005). Social-psychological profiles of identity styles: Attitudinal and social cognitive correlates in late adolescence. *Journal of Adolescence*, 28, 107-125.
- 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 stste university.

## مدل علی تحلیلی رفتگی ورزشکاران نخبه بر اساس کمال‌گرایی ورزشکاران در دوران همه‌گیری کووید-۱۹: نقش واسطه‌ای سبک مربیگری The causal model of elite athletes' burnout based on athletes' perfectionism during the Covid-19: the mediating role of coaching style

Sahar Zarei, PhD

Mahmoud Mohebi, PhD

Hassan Gharayagh Zandi, PhD✉

سحر زارعی<sup>۱</sup>

محمود محبی<sup>۱</sup>

حسن غرایاق زندی<sup>۱</sup>

### Abstract

Burnout encompassed a host of medical, psychological, emotional and performance-related issues that can always be affected by individual and coach factors in elite athletes; therefore, the aim of this study was to investigate the relationship between perfectionism and burnout, mediated by perceived coaching style in the context of the Covid-19 epidemic. In this cross-sectional study, 258 elite athletes (M= 22.05 years, SD= 3.08; 148 male) participated and completed scales of multidimensional perfectionism, athlete burnout and coaching style. Data were analyzed using descriptive statistics by structural equation modeling. The results indicate that direct paths perfectionism to burnout, perfectionism to coaching style, coaching style to burnout, and indirect pathways to perfectionism to burnout were mediating by coaching style, significant. The results indicate that during the COVID 19, athletes who are less able to organize performance standards and expectations of themselves and others, and who are more committed to meeting external demands, are at higher risk of burnout. One could develop coach-education programmes that challenge beliefs regarding the effectiveness of controlling coaching behaviors to reduce perfectionist tendencies and expectations in athletes. In doing so, one might curtail the risk of burnout in athlete during the COVID 19.

**Keywords:** COVID-19, Personality, Burnout, Elite athletes, Coaching style.

### چکیده

تحلیل رفتگی با مجموعه‌ای از مسائل پزشکی، روان‌شناختی، هیجانی و مرتبط با عملکرد در ورزشکاران نخبه همراه است که می‌تواند متأثر از عوامل فردی و مربیگری باشد؛ بنابراین، هدف از این مطالعه بررسی رابطه کمال‌گرایی و تحلیل رفتگی با واسطه‌گری سبک مربیگری در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ بود. در این پژوهش مقطعی، ۲۵۸ ورزشکار نخبه (میانگین سنی = ۲۲/۰۵؛ انحراف استاندارد = ۳/۰۸؛ ۱۴۸ مرد) مقیاس‌های کمال‌گرایی چندبعدی، تحلیل رفتگی ورزشی و سبک مربیگری را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج نشان داد مسیرهای مستقیم کمال‌گرایی به تحلیل رفتگی، کمال‌گرایی به سبک مربیگری کنترلی، سبک مربیگری کنترلی به تحلیل رفتگی و مسیر غیرمستقیم کمال‌گرایی و ابعاد آن به تحلیل رفتگی با واسطه‌گری سبک مربیگری کنترلی معنادار بودند. نتایج حاکی از آن است هرچه ورزشکاران توانایی کمتری در سازمان‌دهی معیارها و انتظارات عملکردی از خود و دیگران داشته باشند و خود را بیشتر مقید به تحقق خواسته‌های بیرونی بدانند با خطر تحلیل رفتگی بالاتری مواجه هستند، درعین‌حال، می‌توان امیدوار بود با ارائه آموزش‌های مبتنی بر کاهش سبک کنترلی مربیان، تمایلات کمال‌گرایانه در ورزشکاران تعدیل‌شده و به کاهش تحلیل رفتگی آن‌ها در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ منجر می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** کووید-۱۹، شخصیت، تحلیل رفتگی، ورزشکاران نخبه، سبک مربیگری.

## ● مقدمه

مسئله تحلیل‌رفتگی ورزشی (Athlete Burnout) از اوایل ۱۹۸۰ در ورزش مطرح شد و تاکنون مورد توجه مربیان، مدیران و سازمان‌های ورزشی بوده است (بیکاهو و کاستا، ۲۰۱۸). تحلیل‌رفتگی حالتی از واماندگی روانی- جسمانی است که پیشرفت- های ورزشی را کاهش داده و باعث ضعف در عملکرد ورزشی می‌شود (احمدی و همکاران، ۲۰۱۴). مفهوم‌سازی تحلیل‌رفتگی در زمینه ورزش نشان داده است که این پدیده در ورزشکاران از سه بعد کاهش احساس موفقیت/پیشرفت (Reduced Sense of Accomplishment)، خستگی عاطفی- جسمانی (Physical-Emotional Exhaustion) و کاهش ارزش ورزش (Sport Devaluation) شکل می‌گیرد. بعد کاهش موفقیت تمایل به ارزیابی منفی توانایی‌ها و پیشرفت‌های ورزشی و احساس مؤثر نبودن، بعد خستگی عاطفی و جسمانی به کاهش محسوس منابع عاطفی و جسمانی در حین اجرای تمرینات/رقابت‌ها اشاره دارد و در نهایت بعد کاهش ارزش ورزش نشان‌دهنده نگرش بدبینانه نسبت به مشارکت ورزشی است (ریدیک و اسمیت، ۲۰۰۱). در دیدگاه اسمیت (۱۹۸۶) تحلیل‌رفتگی پیامد تجربه استرس طولانی‌مدت است، به طوری که این سندروم چندبعدی در ورزشکاران نخبه زمینه عدم انگیزه، افت عملکرد، کناره‌گیری از ورزش، کاهش انسجام تیمی و سلامت روانی را موجب می‌شود (بیکاهو و کاستا، ۲۰۱۸؛ گوستافسون و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین بررسی عوامل مؤثر بر بروز تحلیل‌رفتگی در ورزشکاران نخبه اهمیت دارد. بر اساس مدل تحلیل‌رفتگی اسمیت (۱۹۸۶) ویژگی‌های شخصیتی دخیل در ارزیابی شناختی موقعیت‌ها، پیش‌آیند مهمی برای تحلیل‌رفتگی هستند. در این راستا، به نظر می‌رسد کمال‌گرایی (Perfectionism) یکی از ویژگی‌های شخصیتی اثرگذار بر تحلیل‌رفتگی ورزشکاران است که انتظارات، تفسیرها و ارزیابی فرد از وقایع را در برمی‌گیرد (برنز، ۱۹۸۰).

کمال‌گرایی به منزله تعیین استانداردهای شخصی افراطی و ارزیابی‌های بیش از حد انتقادی (فراست و همکاران، ۱۹۹۰)، در سه جهت‌گیری درون‌فردی، بین‌فردی و اجتماعی تحت عنوان بعد خودمحور (Self-Oriented)، دیگرمحور (Other-Oriented) و جامعه‌محور (Socially Prescribed) نمود پیدا می‌کند؛ به طوری که بعد خودمحور نمایانگر کوشش فرد برای دستیابی به خویشتن کامل همراه با معیارهای غیرواقع‌بینانه است، بعد دیگرمحور بیانگر اتخاذ استانداردهای افراطی همراه با یک ارزیابی سخت و شدید از دیگران است که در آن رفتار دیگران باید بی‌نقص باشد و در نهایت بعد جامعه‌محور نشان‌دهنده الزام فرد به برآورده ساختن انتظارات و معیارهای افراطی دیگران است (هویت و فلت، ۱۹۹۱ به نقل از استوبر، ۲۰۱۸). مطالعات پیرامون کمال‌گرایی و تحلیل‌رفتگی در ورزشکاران حاکی از ارتباط کمال‌گرایی جامعه‌محور و تحلیل‌رفتگی است (برای مثال اپلتون و هیل، ۲۰۱۲)؛ این در حالی است که در بیشتر مطالعات کمال‌گرایی دیگرمحور به طور معمول حذف شده است؛ محققان این‌طور فرض کردند که این بعد ممکن است از اهمیت کمتری در بروز تحلیل‌رفتگی برخوردار باشد (برای مثال اسمیت و همکاران، ۲۰۱۸). افزون بر این مشخص شده است که رابطه بین کمال‌گرایی خودمحور و تحلیل‌رفتگی پیچیده است. در حالی که شواهد مقطعی نشان می‌دهند که کمال‌گرایی خودمحور به طور منفی تحلیل‌رفتگی را پیش‌بینی می‌کند (هیل و همکاران، ۲۰۰۸)؛ شواهد طولی نشان می‌دهند که ممکن است با تحلیل‌رفتگی ارتباطی نداشته باشد (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۸).

مطابق با رویکرد تعاملی در روان‌شناسی ورزشی، تعامل شخصیت و محیط اصلی‌ترین عامل تعیین‌کننده بروندهای انگیزشی و عملکردی در ورزشکاران است (واینبرگ و گولد، ۲۰۱۵). از این‌رو علاوه بر کمال‌گرایی، سبک مربیگری (Interpersonal Style Coaching) نیز ممکن است از عوامل مؤثر بر تحلیل‌رفتگی ورزشکاران باشد. در حقیقت مربی مهم‌ترین عامل اجتماعی اثرگذار در شکل‌دهی ارزش‌ها، معیارهای فکری، باورها و نگرش‌های ورزشکاران است (نیکول و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین می‌توان شکل‌گیری نگرش‌ها و نشانه‌های شناختی و هیجانی مرتبط با تحلیل‌رفتگی را در سبک رفتاری مربی جویا شد. به عبارت دیگر مربی نه تنها مسیرهای عملکرد مطلوب، بلکه عملکرد ضعیف را در ورزشکاران رقابتی شکل می‌دهد (روچی و همکاران، ۲۰۲۰). روان‌شناسان ورزشی بر این باورند که در بررسی مشکلات هیجانی و پایبندی به ورزش در ورزشکاران، توجه به پویایی‌های تعاملی مربی- ورزشکار اهمیت زیادی دارد (کیم و همکاران، ۲۰۲۱). رفتار حمایت‌گرانه مربی و روابط مطلوب مربی- ورزشکار نقش مهمی در افزایش رضایت‌مندی و عملکرد ورزشی دارد، این در حالی است که جو بازدارنده، می‌تواند با

محدودیت ارتباطی مربی - ورزشکار و بروندهای منفی عملکردی در ورزشکار همراه باشد (زندى و زارعى، ۲۰۲۱؛ زندى و همكاران، ۲۰۲۱؛ سارى و بايزيت، ۲۰۱۷؛ پولاديو و همكاران، ۲۰۲۰). همچنين پژوهش‌ها حاكي از آن است كه جو انگيزشى مربى بر تجربيات هيچانى، احساس شايستگى و مقابله با استرس در ورزشكاران اثرگذار است (زندى و زارعى، ۲۰۲۱؛ نيكول و همكاران، ۲۰۱۹؛ گونزالس-گارسيا و همكاران، ۲۰۱۹). در همين راستا موربى و همكاران (۲۰۲۰) در پژوهشى به نقش سبك كترلى مربى (Controlling Coaching Style) در ناكامى از نيازهاى روانشناختى و انگيزش خودمختار اشاره نمودند؛ نشان داده شده است كه اين دو عامل با بروز تحليل رفتگى در ورزشكاران مرتبط هستند (گوستافسون و همكاران، ۲۰۱۷). به همين ترتيب آلسى و همكاران (۲۰۲۰) به اثر جو كترلى مربى بر نگرش منفى به تمرين تأكيد كرده‌اند. همچنين چانگ و همكاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود پيشنهاده كردند كه سبك حمايتى مربى با کاهش اجتناب تجربى ميزان تحليل رفتگى را در ورزشكاران کاهش مى‌دهد.

در مورد كمال‌گرابى، شواهدى وجود دارد كه نشان مى‌دهد عوامل موقعيتى مانند سبك مربى‌گرى مى‌تواند اثرات آن را تعديل كند (براي مثال جووت و همكاران، ۲۰۲۱). بر اساس نتايج مطالعات پيشين، كترل افراطى مربى، ورزشكار را براي تعيين و پيگيري استانداردهاى عملكردى سطح بالا تحت فشار قرار مى‌دهد (باركزائز و همكاران، ۲۰۱۶؛ هارالدسن و همكاران، ۲۰۱۹)، افزون بر اين افراد كمال‌گرا حساسيت‌هاى بين فردى بالايى دارند و بازخوردهاى منفى را بيشتر پردازش مى‌كنند (ماندل و همكاران، ۲۰۱۸). همچنين افراد كمال‌گرا حمايت اجتماعى كمتر و جو اقتدارگراى بيشترى را ادراك مى‌كنند (واتسون و همكاران، ۲۰۲۱؛ جنيلكا و همكاران، ۲۰۱۹). افزون بر اين مطالعات نشان داده‌اند كه كمال‌گرابى و سبك مربى‌گرى كترلى تابع استرس‌هاى ادراك شده هستند (اولسون و همكاران، ۲۰۲۱ الف؛ ماتوسيك و همكاران، ۲۰۱۶). بنا بر اين درك رابطه اين دو عامل در شرايط استرس‌زا مهم به نظر مى‌رسد. مطابق با مدل گرايش به استرس (هويت و فلت، ۱۹۹۳)، كمال‌گرابى منبع آسيب‌پذيرى است و در شرايط استرس‌زا فعال مى‌شود (اولسون و همكاران، ۲۰۲۱ ب). علاوه بر اين مشخص شده است با شيوع بيمارى كرونا (Corona)، ورزشكاران نخبه با طيفى وسيع از موقعيت‌هاى استرس‌زا روبرو هستند كه بايد به عنوان بخشى از تجربه همه‌گيرى مورد توجه قرار گيرد (براي مثال ريردان و همكاران، ۲۰۲۱)، به‌طور خاص هنگامى كه موقعيتى غيرقابل كترل است، افراد كمال‌گرا تمايل دارند تا اهداف و استانداردهاى عملكردى خود را به گونه‌اى افراطى پيگيري كنند تا كترل امور را در دست گيرند (فلت و هويت، ۲۰۲۰). در چنين شرايطى كه پيگيري استانداردها توسط ورزشكار شدت يافته است، جهت‌گيرى كترلى مربى، ورزشكار را با چالش بيش‌ترى روبرو مى‌كند. اين در حالى است كه مطالعات پيشين بر اعمال جو كترلى از سوي مربى در موقعيت‌هاى تهديدزا تأكيد كرده‌اند (ماتوسيك و همكاران، ۲۰۱۶)؛ بنا بر اين ورزشكاران كمال‌گرا در شرايطى كه سبك كترلى مربى بالا باشد در مواجهه با استرس آسيب‌پذيرند. از سوي ديگر طبق مدل تحليل رفتگى ورزشى (اسميت، ۱۹۸۶)، تحليل رفتگى در موقعيت‌هاى با تقاضاى بالا يا متعارض، حمايت اجتماعى ضعيف و خودمختارى اندك آغاز مى‌شود.

در مجموع، اين يافته‌ها از اين ايده حمايت مى‌كند كه برخوردارى از ويژگى كمال‌گرابى و همگام شدن آن با سبك كترلى مربى در شرايط استرس‌زاي بيمارى كرونا خطر بروز تحليل رفتگى در ورزشكاران را افزايش مى‌دهد. لذا پژوهش حاضر در پي پاسخگويى به اين سؤال است كه نحوه ارتباط ابعاد كمال‌گرابى و تحليل رفتگى ورزشكاران در بافتار همه‌گيرى كوييد-۱۹ چگونه است و آيا سبك كترلى مربى در رابطه اين دو نقش واسطه‌اى ايفا مى‌كند؟

## • روش

اين پژوهش از نوع همبستگى بود كه در آن روابط بين متغيرهاى پژوهش به روش مدل‌سازى معادلات ساختارى بررسى شد. با توجه به اين كه حداقل حجم نمونه براي روش مدل‌سازى معادلات ساختارى ۲۰۰ نفر است (كلابن، ۲۰۱۰؛ هو، ۲۰۰۸؛ به نقل از عطايى و همكاران، ۲۰۱۲). به‌منظور برازش بهتر مدل، از ميان ورزشكارانى كه براي مسابقات كشورى و برون‌مرزى در سال ۲۰۲۱ در حال آماده‌سازى و رقابت بودند، نمونه‌اى به حجم ۲۶۱ نفر به روش در دسترس انتخاب شد. روش اجرا بدین صورت بود كه اهداف پژوهش با مراجعه حضورى و مكاتبات غيرحضورى (به دليل محدوديت‌هاى ناشى

از همه‌گیری کووید-۱۹) توسط پژوهشگران در اختیار فدراسیون‌های ورزشی واقع در شهر تهران قرار گرفت، سپس برنامه‌های رقابتی تیم‌ها برای مسابقات کشوری و برون‌مرزی در سال ۲۰۲۱ کسب شد و از طریق فدراسیون‌های ورزشی اطلاعات مربیان تیم‌ها در اختیار پژوهشگران قرار گرفت. پژوهشگران نیز اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر را با مربیان به اشتراک گذاشتند، سپس لینک پرسشنامه آنلاین از طریق مربیان در اختیار اعضای تیمشان قرار گرفت. ورزشکاران هر تیم در شروع تکمیل نظرسنجی، از اهداف و جزئیات پژوهش مطلع شدند و این اطمینان به آن‌ها داده شده بود که از اطلاعات آن‌ها فقط در راستای اهداف این پژوهش استفاده خواهد شد و با حفظ رازداری نتایج این مطالعه در گزینش و عضویت آن‌ها در تیم‌ها نقش ندارد. ورزشکاران در صورت رضایت و موافقت، به تکمیل پرسشنامه آنلاین (کمال‌گرایی، رفتار کنترلی مربی، تحلیل رفتگی) پرداختند. راهنمای تکمیل هر پرسشنامه در ابتدای آن‌ها قرار داشت و از ورزشکاران خواسته شده بود که به سؤالات با توجه وضعیت فعلی خود در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ پاسخ دهند. علاوه بر این برای راهنمایی بیشتر، اطلاعات و شماره تماس مجریان پژوهش نیز در شروع نظرسنجی آنلاین در اختیار ورزشکاران قرار گرفته بود. در پایان ورزشکاران به تکمیل پرسشنامه‌های کمال‌گرایی، رفتار کنترلی مربی، تحلیل رفتگی پرداختند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و AMOS استفاده و سطح معناداری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. پس از غربالگری اولیه داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی، آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد. به منظور بررسی رابطه کمال‌گرایی با تحلیل رفتگی با واسطه‌گری رفتار کنترلی مربی از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. به همین ترتیب مطابق با رهنمود پریچر و هیز (۲۰۰۸) برای بررسی اثرات غیرمستقیم متغیر کمال‌گرایی و ابعاد آن در مدل از آزمون بوت استروپ در برنامه ماکرو پراسس (Macro Process) روی نرم‌افزار اسپ‌اس‌پی‌اس اس -۲۱ استفاده شد.

#### ابزارها

**الف: مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران (Tehran Multidimensional Perfectionism Scale):** از مقیاس ۱۵

ماده‌ای کمال‌گرایی چندبعدی تهران (بشارت، ۲۰۱۱) استفاده شد که ابعاد کمال‌گرایی خودمحور (پنج ماده)، دیگرمحور (پنج ماده) و جامعه‌محور (پنج ماده) را در پیوستار پنج درجه‌ای لیکرت از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در فرهنگ ایرانی، ۰/۸۵ و بالاتر گزارش شده که نشانه همسانی درونی خوب آن است (زارعی و همکاران، ۲۰۲۱).

**ب: پرسشنامه تحلیل رفتگی (Athlete Burnout Questionnaire):** از پرسشنامه ۱۵ ماده‌ای تحلیل رفتگی ورزشی

(ریدیک و اسمیت، ۲۰۰۱) استفاده شد که خرده مقیاس‌های کاهش احساس موفقیت (پنج ماده)، خستگی هیجانی و جسمی (پنج ماده) و کاهش ارزش ورزش (پنج ماده) را در پیوستاری پنج درجه‌ای لیکرت از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌کند. روایی سازه این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی تأیید و دامنه ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن ۰/۷۷ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (احمدی و همکاران، ۲۰۱۴).

**ج: مقیاس رفتار کنترلی مربی (Controlling Coach Behavior Scale):** برای سنجش دیدگاه ورزشکاران از سبک

مربیگری کنترلی، از مقیاس ۱۵ ماده‌ای رفتار کنترلی مربی (بارتولومئو و همکاران، ۲۰۱۰) استفاده شد که چهار شیوه رفتار کنترلی مربیان شامل کنترل با استفاده از پاداش/تشویق (Controlling use of rewards)، ملاحظات مشروط منفی (Conditional Regard)، تهدید/ارعاب (Intimidation) و کنترل شخصی افراطی (Excessive Personal Control) را در پیوستار ۷ درجه‌ای لیکرت از یک (کاملاً مخالفم) تا هفت (کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌کند. روایی سازه این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی تأیید و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ گزارش شده است (ارباب و همکاران، ۲۰۲۰).

#### • یافته‌ها

غربالگری مقدماتی داده‌ها مطابق با رهنمود تاباچنیک و فیدل (۲۰۱۴) صورت گرفت. بر این اساس داده‌ها برای مقادیر از دست رفته و پرت تک متغیری بررسی شد و هیچ‌گونه مقدار از دست رفته یا پرت تک متغیری ( $Z < 3/29$ ) یافت نشد. همچنین،

نتایج غربالگری داده‌ها با استفاده از فاصله ماهالانوبیس (Distance Mahalanobis) نشان داد که سه مورد جزء داده‌های پرت چندمتغیری (Multivariate outlier) محسوب می‌شوند و لذا در تحلیل فرضیه‌ها این افراد کنار گذاشته شدند و در نهایت فاصله ماهالانوبیس در بازه صفر تا  $\pm 10/54$  قرار گرفت که کمتر از حد بحرانی است ( $X^2=13/$ ;  $P=0/001$ ) بنابراین فرض نرمال بودن چندمتغیری برقرار است. به همین ترتیب نتایج توزیع نمرات متغیرها نشان داد که شاخص‌های کجی و کشیدگی در بازه  $\pm 1$  قرار دارند؛ بنابراین تخطی از نرمال بودن تک متغیری قابل مشاهده نیست (جدول ۱). همچنین بررسی شکل توزیع باقی‌مانده‌ها بر اساس مقادیر به دست آمده ( $Z \leq 2/82$ ;  $Z=0/54$ ؛ کجی =  $0/31$ ؛ کشیدگی) نشانگر برقرار بودن فرض نرمال بودن توزیع و نبود داده پرت تک متغیری در باقی‌مانده‌ها است. در نهایت استقلال باقی‌مانده‌ها با استفاده از شاخص دوربین واتسون و همبستگی خطی با استفاده از ضریب تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (Inflation factor Variance)، مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد بر اساس مقادیر به دست آمده هر یک از شاخص‌ها (دوربین واتسون =  $2$ ؛ ضریب تحمل =  $0/78$ ؛ تورم واریانس =  $1/28$ ) فرض استقلال باقی‌مانده‌ها و نبود همبستگی خطی برقرار است؛ بنابراین، داده‌های  $258$  نفر برای تجزیه و تحلیل بیشتر حفظ شد. میانگین سنی و تجربه ورزشی  $258$  شرکت‌کننده (۱۴۸ مرد) به ترتیب  $22/05$  ( $3/08$ ) =  $3/08$  انحراف استاندارد) و  $13/03$  سال ( $5/45$  = انحراف استاندارد) بود. بعد از غربالگری مقدماتی داده‌ها، شاخص‌های توصیفی (حداقل و حداکثر نمره، میانگین و انحراف معیار، کجی و کشیدگی) و آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش برای کل نمونه بررسی و در جدول ۱ گزارش شدند. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میزان همسانی درونی متغیرهای پژوهش بر اساس ضریب آلفای کرونباخ قابل قبول است ( $0/70 \geq$  آلفای کرونباخ).

از آنجا که مبنای تجزیه و تحلیل مدل‌ها، ماتریکس همبستگی است قبل از تجزیه و تحلیل الگوی مفهومی پژوهش، برای بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۲). همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود متغیر کمال‌گرایی با تحلیل رفتگی ( $r=0/37$ ;  $P=0/001$ ) و ادراک رفتار کنترلی مربی ( $r=0/47$ ;  $P=0/001$ ) همبستگی مثبت معناداری دارد، به همین ترتیب، رفتار کنترلی مربی با تحلیل رفتگی ورزشکار ( $r=0/40$ ;  $P=0/001$ ) همبستگی مثبتی داشت.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (تعداد ۲۵۸)

متغیرها	آلفای کرونباخ	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
کمال‌گرایی	۰/۸۰	۲۳	۶۵	۴۳/۳۱	۹/۰۲	-۰/۱۰	-۰/۱۷
رفتار کنترلی	۰/۸۸	۴۳	۹۲	۶۳/۳۹	۱۰/۷۰	۰/۵۷	۰/۰۱
تحلیل رفتگی	۰/۸۶	۱۶	۵۲	۴۷/۳۱	۹/۰۱	۰/۹۴	۰/۲۹

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش (تعداد ۲۵۸)

متغیرها	۱	۲	۳
کمال‌گرایی	۱		
رفتار کنترلی	۰/۴۷**	۱	
تحلیل رفتگی	۰/۳۷**	۰/۴۰**	۱

\*\* در سطح ۰/۰۱ معنادار است

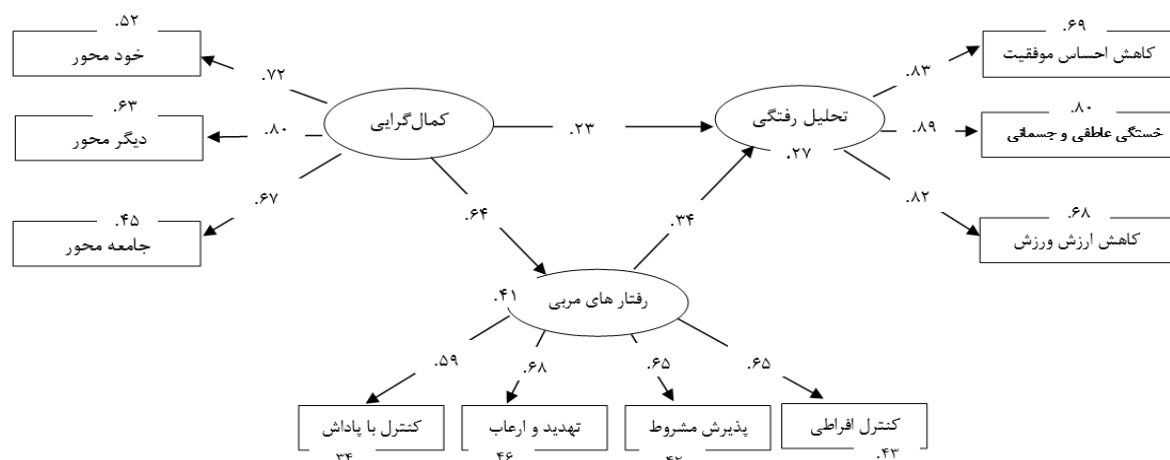
برای پیش‌بینی تحلیل رفتگی، الگوی مفهومی پیشنهاد شده (شکل ۱) از راه مدل‌یابی علی بررسی و از روش بیشترین احتمال برای برآورد (MLE) مدل استفاده شد. همچنین از شاخص‌های مجذور خی دوی نرمال شده ( $X^2/DF$ )، برازندگی تطبیقی (CFI)، برازندگی نرم شده (NFI)، ضریب تاکر-لویس (TLI)، شاخص‌های نیکویی برازندگی (GFI) و مجذور میانگین مربعات خطای میانگین برآورد (RMSEA) برای برازندگی الگوها استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

شاخص	$X^2/DF$	CFI	TLI	NFI	GFI	RMSEA
مقدار شاخص	۱/۴۸	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۰۴
حد قابل‌پذیرش	$3 \geq$	$0/90 \leq$	$0/90 \leq$	$0/90 \leq$	$0/90 \leq$	$0/08 \geq$



با توجه به نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود که شاخص مجذور میانگین مربعات خطای میانگین برآورد ۰/۰۴ است و شاخص‌های برازندگی تطبیقی، برازندگی نرم شده، ضریب تاکر- لوئیس و نیکویی برازندگی مقادیر نزدیک به یک دارند، این مقادیر انطباق خوب مدل را با داده‌های مشاهده شده نشان می‌دهند؛ بنابراین اصلاح مدل ضرورت ندارد. مدل برازنده شده را می‌توان در شکل ۱ مشاهده کرد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود کمال‌گرایی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق رفتار کنترلی مربی، ۲۷ درصد از واریانس تحلیل رفتگی ورزشی را تبیین می‌کند. همچنین همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود تمامی متغیرهای آشکار (مؤلفه‌ها) سهم معناداری در تشکیل متغیر پنهان (متغیر اصلی) دارند. در ادامه به بررسی مسیرهای مدل روابط علی شامل اثرات مستقیم و غیرمستقیم می‌پردازیم.

نتایج جدول ۴ نشان داد که ضریب استاندارد مسیرهای کمال‌گرایی به تحلیل رفتگی (۰/۲۳)، کمال‌گرایی به رفتار کنترلی مربی (۰/۳۴) و رفتار کنترلی مربی به تحلیل رفتگی (۰/۶۴) با توجه به مقدار نسبت بحرانی بالای ۱/۹۶ در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۴. برآورد ضرایب مسیرهای مستقیم در مدل پیشنهادی

مسیر	برآورد استاندارد	خطای استاندارد برآورد	نسبت بحرانی	سطح معناداری
کمال‌گرایی به تحلیل رفتگی	۰/۲۳	۰/۰۸	۲/۲۰	۰/۰۲۸**
کمال‌گرایی به رفتار کنترلی مربی	۰/۶۴	۰/۰۷	۶/۲۴	۰/۰۰۱***
رفتار کنترلی مربی به تحلیل رفتگی	۰/۳۴	۰/۱۳	۳/۱۳	۰/۰۰۲**

\*در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ \*\*در سطح ۰/۰۱ معنادار است؛ \*\*\*در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

در پایان نتایج جدول ۵ نشان داد که مسیر غیرمستقیم کمال‌گرایی و هریک از ابعاد آن به تحلیل رفتگی با واسطه‌گری سبک کنترلی مربی با توجه به سطح اطمینان ۹۵ درصد و در برنگرفتن عدد صفر در فاصله حد پایین تا حد بالای هریک از متغیرهای پیش‌بین معنادار است.

جدول ۵. نتایج آزمون بوت استروپ برای مسیرهای غیرمستقیم

متغیر پیش‌بین	متغیر واسطه‌گر	متغیر ملاک	نمونه‌گیری مجدد	برآورد استاندارد	حد پایین	حد بالا	سطح اطمینان
کمال‌گرایی کل	رفتار کنترلی مربی	تحلیل رفتگی	۵۰۰۰	۰/۱۲	۰/۰۶	۰/۱۹	٪۹۵
کمال‌گرایی خودمحور	رفتار کنترلی مربی	تحلیل رفتگی	۵۰۰۰	۰/۲۷	۰/۱۴	۰/۴۲	٪۹۵
کمال‌گرایی دیگرمحور	رفتار کنترلی مربی	تحلیل رفتگی	۵۰۰۰	۰/۳۴	۰/۱۸	۰/۵۲	٪۹۵
کمال‌گرایی جامعه‌محور	رفتار کنترلی مربی	تحلیل رفتگی	۵۰۰۰	۰/۲۵	۰/۱۲	۰/۴۱	٪۹۵

## ● بحث

از آنجاکه تاکنون هیچ پژوهشی ماهیت رابطه بین کمال‌گرایی و تحلیل‌رفتگی را در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ بررسی نکرده است، پژوهش حاضر به دنبال گسترش پژوهش‌ها در این زمینه است. همچنین در این مطالعه به بررسی مکانیسم‌های انگیزشی کمال‌گرایی پرداخته خواهد شد که می‌تواند توضیح دهد، چرا ورزشکاران کمال‌گرا ممکن است در شرایط کووید-۱۹ آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشند. نکته حائز اهمیت در بررسی ساختارهای شخصیتی و درک افرادی که با آن صفت تعریف می‌شوند، بررسی نحوه عملکرد و بیان ویژگی شخصیتی موردنظر در شرایط و موقعیت‌های منحصر به فرد است (فلت و هویت، ۲۰۲۰). بر این اساس با توجه به اهداف مطالعه حاضر، یافته‌های ما آسیب‌پذیری ورزشکاران کمال‌گرا را در طول بحران کرونا نشان می‌دهد. بر اساس مدل گرایش به استرس (هویت و فلت، ۱۹۹۳) ورزشکاران کمال‌گرا در شرایط کووید-۱۹ آسیب‌پذیرتر می‌شوند (برای مثال ریردان و همکاران، ۲۰۲۱) چراکه ورزشکاران کمال‌گرا همواره به دنبال دستیابی به استانداردهای عملکردی افراطی هستند و موقعیت‌هایی که مانع از رسیدن به این استانداردها می‌شود، آن‌ها را با نگرانی از افت عملکرد و چالش‌های عملکردی روبرو خواهد کرد (لیزمور و همکاران، ۲۰۱۷). از سوی دیگر ویژگی کمال‌گرایی نه تنها عوامل استرس‌زا و کاستی‌ها را منجرکننده‌تر و آزاردهنده‌تر می‌کند بلکه احتمال وقوع آن‌ها را نیز بیشتر می‌کند (هویت و همکاران، ۲۰۱۷، ص ۱). این با فرضیه فعلی کار ما متناسب است. چراکه، شرایط فعلی برای ورزشکاران زیادی استرس‌آور است.

به‌طورکلی، ورزشکاران کمال‌گرا بیشتر از سایر افراد استرس دارند (گاریگر، ۲۰۱۷). بعضی از این استرس‌ها ناشی از خودشان است (فلت و هویت، ۲۰۲۰). در واقع استرس زمانی ایجاد می‌شود که ورزشکار برای خود استانداردهای عملکردی بالایی تعیین می‌کند و از آن‌ها دست نمی‌کشد اما بازخوردها به او می‌گویند که باید استانداردها را تعدیل کند (گاریگر، ۲۰۱۷). در همین راستا پژوهشگران اشاره می‌کنند که خودارزیابی بیش‌ازحد انتقادی کمال‌گرایان را در پاسخ به موقعیت‌های روزمره که به نظر دیگران استرس‌آور نیست، دچار اضطراب می‌کند این‌گونه به نظر می‌رسد که ورزشکاران کمال‌گرا درجه حساسیت اضطرابی بالایی دارند (فریر و همکاران، ۲۰۲۰؛ جنسن و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین دور از انتظار نیست که ورزشکاران کمال‌گرا در شرایط همه‌گیری، اضطراب بیشتری را تجربه کنند که می‌تواند آغازی برای تحلیل‌رفتگی ورزشکار باشد (چو و همکاران، ۲۰۱۹).

استرس همچنین می‌تواند ناشی از کمال‌گرایی دیگر محور باشد که با بالا بردن انتظارات از سایر افراد در حد استانداردهای غیرممکن منجر به ایجاد تعارض می‌شود. ورزشکار درحالی‌که سعی در کنار آمدن با تغییرات زندگی ورزشی خود را دارد در یک عدم اطمینان بزرگ است و غیرقابل کنترل بودن را ادراک می‌کند (نکیسا و همکاران، ۲۰۲۱) و ممکن است برای افزایش کنترل و تسلط خود روی چنین شرایطی (در پاسخ به نیاز خود برای بازیابی کنترل بر زندگی) از مربی انتظار داشته باشد که در امور مربیگری خود بی‌نقص عمل کند (برای مثال به‌صورت افراطی سرعت برنامه‌ریزی تمرینات را افزایش دهد)، از فدراسیون‌ها انتظار حمایتی بی‌نقص را داشته باشد (واکسیناسیون‌های به‌هنگام، برگزاری اردوها و شرایط تمرینی کاملاً بهداشتی، تغذیه متناسب با شرایط همه‌گیری و ...) همچنین ممکن است برای هم تیمی‌ها و خانواده نیز استانداردهای ایده‌آلی را تنظیم کند. این در حالی است که به گفته هویت و فلت (۲۰۱۷) عالی بودن هیچ‌کسی برای افراد کمال‌گرا رضایت‌بخش نیست؛ بنابراین از آنجاکه تعاملات بین‌فردی (برای مثال روابط مربی - ورزشکار) منبع مهمی از تحلیل‌رفتگی ورزشکار است (ایزوارد، ۲۰۱۶)؛ برخلاف ادعاهای قبلی (برای مثال اولسون، ۲۰۲۱) کمال‌گرایی دیگر محور ممکن است در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹ منجر به تحلیل‌رفتگی ورزشکاران شود.

از سوی دیگر تمایل به انزوا در کمال‌گرایان جامعه‌محور (بارنت و جانسون، ۲۰۱۶)، چه از نظر فاصله روان‌شناختی و چه از نظر جسمانی، ممکن است زمینه را برای بسیاری از پریشانی‌ها و مشکلات عملکردی ورزشکاران ایجاد کرده و کمال‌گرایان را آسیب‌پذیرتر کند. در همین راستا دوناچی (۲۰۱۸) بیان می‌کند که کمال‌گرایی جامعه‌محور با هیجان منفی پیش از رقابت در ورزشکاران همبسته است. برای کمال‌گرایانی که قبلاً احساس قطع ارتباط کرده‌اند، کنار آمدن با تنهایی و انزوای ناشی از کووید-۱۹ بسیار دشوار است (ریردان، ۲۰۲۱)؛ زیرا اکنون بیشتر از همیشه در انزوا هستند و ممکن است انزوای اجتماعی را که اکنون

برای همه تجویز شده است، به عنوان یک شکست شخصی ادراک کنند. از سوی دیگر انزوای اجتماعی ممکن است فرصت بیشتری برای نشخوار فکری در مورد کامل نبودن خودشان و دیگران برای ورزشکاران کمال‌گرا فراهم کند. در همین راستا مطالعات نشان می‌دهند در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ ورزشکاران با شدت بیشتری نشخوار را تجربه می‌کنند (کاستا، ۲۰۲۰) در حالی که نشخوار با تحلیل رفتگی همراه بوده است (فلت و همکاران، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر مطالعات پیشین نشان داده‌اند جو انگیزشی که مربی ایجاد می‌کند، می‌تواند بر جهت‌گیری‌های شناختی، هیجانی و رفتاری ورزشکار اثرگذار باشد (زند و زارعی، ۲۰۲۰؛ زندی و همکاران، ۲۰۲۱). این پژوهش‌ها هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر است که نشان می‌دهد رفتار کنترلی مربیان واسطه کمال‌گرایی و تحلیل رفتگی ورزشکاران است. هنگامی که مربیان در شرایط استرس‌زا قرار می‌گیرند خود را کمتر اثربخش ادراک می‌کنند (تلول و همکاران، ۲۰۱۷) بنابراین ممکن است برای افزایش اثربخشی خود از راهبردهای کنترلی بیشتری استفاده کنند (ماتوسیک و همکاران، ۲۰۱۶) حال در چنین شرایطی که ورزشکاران از سوی خود و محیط بیرونی فشار بیشتری را ادراک می‌کنند ممکن است از دیگران حمایت مورد انتظار خود را ادراک نکنند و در معرض افت انگیزه ورزشی قرار گیرند. در واقع این‌گونه به نظر می‌رسد که در شرایط فعلی نه تنها ورزشکاران در تغییرات ناخواسته زندگی ورزشی خود درگیر شده‌اند بلکه راهبردهای رفتاری مربیان نیز دستخوش این دگرگونی جهانی شده است. در راستای این ایده، مطالعات اشاره می‌کنند که همه‌گیری کووید-۱۹ سازمان‌ها، رهبران، مدیران و مربیان را با چالش‌های بی‌سابقه‌ای روبرو کرده است؛ از محدودیت زمانی تعیین‌شده توسط مسئولان گرفته تا پیروی از دستورالعمل‌های بهداشتی، نحوه اجرای جلسات تمرینی و تحقق یافتن انتظارات سازمانی برای مثال کسب مدال (کیلی و همکاران، ۲۰۲۰؛ تورنیش، ۲۰۲۰). در چنین شرایطی ممکن است مربیان امنیت شغلی خود را در خطر ببینند و رفتار کنترلی بیشتری اعمال می‌کنند (ماتوسیک، ۲۰۱۶؛ ریو، ۲۰۰۹). بنابراین هم‌راستا با مطالعات ذکر شده، هنگام تجربه فشار خارجی، افرادی که در موقعیت اقتدار یا رهبری هستند (برای مثال یک مربی) برای ایجاد انگیزه در دیگران تمایل به به‌کارگیری استراتژی‌های کنترلی دارند.

## • نتیجه‌گیری

این مطالعه برای درک نقش کمال‌گرایی ورزشکاران و عملکرد کنترلی مربیان در تحلیل رفتگی ورزشکاران طی دوران همه‌گیری کووید-۱۹ انجام شد. نتایج نشان داد که کمال‌گرایی با تحلیل رفتگی ورزشکاران ارتباط مثبتی دارد. همچنین سبک مربیگری کنترلی (مانند کنترل از طریق پاداش، ارباب و تهدید، پذیرش مشروط و کنترل شخصی بیش‌ازحد) واسطه این رابطه است. ما همچنین معنای کمال‌گرا بودن را در زمان همه‌گیری بررسی کردیم، بر اساس نتایج این مطالعه شرایط چالش‌برانگیز و تهدیدآمیز مانند کووید-۱۹ که در حال حاضر تجربه می‌شود، تأثیر زیادی بر ورزشکاران کمال‌گرا دارد. به نظر می‌رسد که همه‌گیری کووید-۱۹ اثر منفی کمال‌گرایی و رفتارهای کنترلی مربیان بر تحلیل رفتگی را تسهیل می‌کند. از دیدگاه عملی، نتایج این مطالعه این واقعیت را برجسته می‌کند که شرایط فعلی وضعیت چالش‌برانگیزی برای ورزشکاران کمال‌گرا است و روانشناسان باید در دوران همه‌گیری توجه ویژه‌ای به این ورزشکاران داشته باشند و در عین حال با ارائه آموزش‌های مبتنی بر تقویت عملکرد مثبت در مربیان، آسیب‌های ناشی از معیارها و انتظارات کمال‌گرایانه تعدیل‌شده و به کاهش تحلیل رفتگی ورزشکاران منجر می‌شود.

محدودیت‌هایی وجود دارد که باید برای پژوهش‌های آینده در نظر گرفته شود. در این مطالعه از یک طرح مقطعی استفاده شده است و تمام متغیرها به شیوه خود گزارش‌دهی اندازه‌گیری شدند که برای روشن شدن رابطه علی بین متغیرها کافی نیست؛ بنابراین، طرح تجربی یا طولی می‌تواند برای شناسایی رابطه بین کمال‌گرایی ورزشکاران، رفتارهای کنترلی مربیان و تحلیل رفتگی ورزشکاران مفید باشد. با این حال این ابزارها مشخصه‌های روان‌سنجی مطلوبی داشتند و در مطالعات مختلف نیز استفاده شده‌اند. این مطالعه روی ورزشکاران ایرانی انجام شده است، بنابراین ممکن است در جوامع دیگر و فرهنگ‌های مختلف تعمیم داده نشود. پژوهش‌های آینده برای تکرار نتایج ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این، مطالعه حاضر ادراک ورزشکاران از عملکرد مربیان را گزارش کرده است، بنابراین ما نمی‌دانیم گزارش‌های مربوط به سبک کنترلی مربیان ممکن است تا چه اندازه با ادراک

ورزشکاران مطابقت داشته باشد (روچی و پلتیر، ۲۰۱۸). پژوهش‌های آتی باید اندازه‌گیری‌های عینی رفتارهای مربیان را برای بررسی دقیق سهم رفتارهای کتتری مربیان در تحلیل رفتگی ورزشکاران، مدنظر قرار دهند.

## • منابع

- Ahmadi, N., Abdoli, B., & Ariaifar, M. (2014). Psychometric properties of Persian version of the athlete burnout questionnaire (ABQ) in athletes. *Journal of Sport Psychology Studies*, 9(3), 93-102.
- Appleton, P. R., & Hill, A. P. (2012). Perfectionism and athlete burnout in junior elite athletes: The mediating role of motivation regulations. *Journal of clinical sport psychology*, 6(2), 129-145.
- Arbab, B., Vaez, M. S. M. K., Nasri, S., & Nasiri, E. Validity and reliability of the Persian version of Controlling Coach Behavior Scale (CCBS). *Sport Psychology*, 4(2), 93-110.
- Ataie, M., Asadzadeh, H., & Seadatee Shamir, A. (2021). The Effect of Self-Regulation on Academic Resiliency with Mediation of Autonomous Motivation. *Journal of Psychology*, 2(98), 170.
- Barcza-Renner, K., Eklund, R. C., Morin, A. J., & Habeeb, C. M. (2016). Controlling coaching behaviors and athlete burnout: Investigating the mediating roles of perfectionism and motivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 38(1), 30-44.
- Barnett, M. D., & Johnson, D. M. (2016). The perfectionism social disconnection model: The mediating role of communication styles. *Personality and individual differences*, 94, 200-205.
- Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2010). The controlling interpersonal style in a coaching context: Development and initial validation of a psychometric scale. *Journal of sport and exercise psychology*, 32(2), 193-216.
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Tehran Multidimensional Perfectionism Scale. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 79-83.
- Bicalho, C. C. F., & Da Costa, V. T. (2018). Burnout in elite athletes: a systematic review. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 18(1), 89-102.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology today*, 14(6), 34-52.
- Chang, W. H., Chi, L., Wu, C. H., & Chen, L. H. (2018). When Does Perceived Coach Autonomy Support Help Reduce Athlete Burnout? The Role of Athletes' Experiential Avoidance. *International Journal of Sport Psychology*, Forthcoming.
- Costa, S., Santi, G., di Fronso, S., Montesano, C., Di Gruttola, F., Ciofi, E. G. . . Bertollo, M. (2020). Athletes and adversities: athletic identity and emotional regulation in time of COVID-19. *Sport sciences for health*, 16(4), 609-618.
- Davis, C. (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 421-426.
- Donachie, T. C., Hill, A. P., & Hall, H. K. (2018). The relationship between multidimensional perfectionism and pre-competition emotions of youth footballers. *Psychology of sport and exercise*, 37, 33-42.
- Evans, A. L., Turner, M. J., Pickering, R., & Powditch, R. (2018). The effects of rational and irrational coach team talks on the cognitive appraisal and achievement goal orientation of varsity football athletes. *International Journal of Sports Science & Coaching*, 13(3), 431-438.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2020). The perfectionism pandemic meets COVID-19: understanding the stress, distress, and problems in living for perfectionists during the Global Health crisis. *J Concurr Disord*, 2, 80-105.
- Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., Zaki-Azat, J., Rose, A. L., & Swiderski, K. (2020). The Mistake Rumination Scale: Development, validation, and utility of a measure of cognitive perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(1), 84-98.
- Freire, G. L. M., da Cruz Sousa, V., Alves, J. F. N., de Moraes, J. F. V. N., de Oliveira, D. V., & do Nascimento Junior, J. R. A. (2020). Are the traits of perfectionism associated with pre-competitive anxiety in young athletes? Perfectionism and pre competitive anxiety in young athletes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 20(2), 37-46.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-468.
- Gnilka, P. B., Broda, M. D., & Group, S. f. S. W. (2019). Multidimensional perfectionism, depression, and anxiety: Tests of a social support mediation model. *Personality and individual differences*, 139, 295-300.
- González-García, H., Martinent, G., & Trinidad Morales, A. (2019). Perceived coach leadership profiles and relationship with burnout, coping, and emotions. *Frontiers in psychology*, 10, 1785.
- Granz, H. L., Schnell, A., Mayer, J., & Thiel, A. (2019). Risk profiles for athlete burnout in adolescent elite athletes: A classification analysis. *Psychology of sport and exercise*, 41, 130-141.
- Gustafsson, H., Hassmén, P., Kenttä, G., & Johansson, M. (2008). A qualitative analysis of burnout in elite Swedish athletes. *Psychology of sport and exercise*, 9(6), 800-816.
- Gustafsson, H., DeFreese, J. D., & Madigan, D. J. (2017). Athlete burnout: Review and recommendations. *Current opinion in psychology*, 16, 109-113.
- Haraldsen, H. M., Halvari, H., Solstad, B. E., Abrahamsen, F. E., & Nordin-Bates, S. M. (2019). The role of perfectionism and controlling conditions in Norwegian elite junior performers' motivational processes. *Frontiers in psychology*, 10, 1366.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 58.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 464.
- Hewitt, P., Flett, G., and Mikail, S. (2017). *Perfectionism: A Relational Approach to Conceptualization, Assessment, and Treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- Hill, A. P., Hall, H. K., Appleton, P. R., & Kozub, S. A. (2008). Perfectionism and burnout in junior elite soccer players: The mediating influence of unconditional self-acceptance. *Psychology of sport and exercise*, 9(5), 630-644.
- Isoard-Gauthier, S., Trouilloud, D., Gustafsson, H., & Guillet-Descas, E. (2016). Associations between the perceived quality of the coach-athlete relationship and athlete burnout: An examination of the mediating role of achievement goals. *Psychology of sport and exercise*, 22, 210-217.
- Jensen, S. N., Ivarsson, A., Fallby, J., Dankers, S., & Elbe, A.-M. (2018). Depression in Danish and Swedish elite football players and its relation to perfectionism and anxiety. *Psychology of sport and exercise*, 36, 147-155.

- Jowett, G. E., Hill, A. P., Curran, T., Hall, H. K., & Clements, L. (2021). Perfectionism, burnout, and engagement in dance: The moderating role of autonomy support. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 10(1), 133–148.
- Katagami, E., & Tsuchiya, H. (2017). Effects of social support on athletes' psychological well-being: the correlations among received support, perceived support, and personality. *Psychology*, 7, 1741–1752.
- Kelly, A. L., Erickson, K., & Turnnidge, J. (2020). Youth sport in the time of COVID-19: considerations for researchers and practitioners. *Managing Sport and Leisure*, 16(2), 1–11.
- Kim, S., Park, S., Love, A., & Pang, T. C. (2021). Coaching style, sport enjoyment, and intent to continue participation among artistic swimmers. *International Journal of Sports Science & Coaching*, 16(3), 477-489.
- Lizmore, M. R., Dunn, J. G., & Dunn, J. C. (2017). Perfectionistic strivings, perfectionistic concerns, and reactions to poor personal performances among intercollegiate athletes. *Psychology of sport and exercise*, 33, 75-84.
- Mandel, T., Dunkley, D. M., & Starrs, C. J. (2018). Self-critical perfectionism, daily interpersonal sensitivity, and stress generation: A four-year longitudinal study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(4), 701-713.
- Matosic, D., Ntoumanis, N., & Quested, E. (2016). Antecedents of need supportive and controlling interpersonal styles from a self-determination theory perspective: A review and implications for sport psychology research. *Sport and exercise psychology research*, 145-180.
- Morbée, S., Vansteenkiste, M., Aelterman, N., & Haerens, L. (2020). Why do sport coaches adopt a controlling coaching style? The role of an evaluative context and psychological need frustration. *The Sport Psychologist*, 34(2), 89-98.
- Nakisa, N., & Ghasemzadeh Rahbardar, M. (2021). Effect of the COVID-19 Detraining on Athletes' Psychological Health. *Asian Journal of Sports Medicine*, 12(2).
- Nichol, A. J., Hall, E. T., Vickery, W., & Hayes, P. R. (2019). Examining the relationships between coaching practice and athlete "outcomes": A systematic review and critical realist critique. *International Sport Coaching Journal*, 6(1), 13-29.
- Olsson, L. F., Madigan, D. J., Hill, A. P., & Grugan, M. C. (2021b). Do athlete and coach performance perfectionism predict athlete burnout? *European Journal of Sport Science*, 1-12.
- Olsson, L. F., Grugan, M. C., Martin, J. N., & Madigan, D. J. (2021a). Perfectionism and Burnout in Athletes: The Mediating Role of Perceived Stress. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1(aop), 1-20.
- Preacher, K.J., & Hayes, A.F. (2008). Contemporary approaches to assessing mediation in communication research. In A. F. Hayes, M. D. Slater, & L. B. Snyder (Eds.), *The Sage sourcebook of advanced data analysis methods for communication research* (pp. 13-54). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pulido, J. J., García-Calvo, T., Leo, F. M., Figueiredo, A. J., Sarmento, H., & Sánchez-Oliva, D. (2020). Perceived coach interpersonal style and basic psychological needs as antecedents of athlete-perceived coaching competency and satisfaction with the coach: A multi-level analysis. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 9(1), 16–28.
- Raedeke, T. D., & Smith, A. L. (2001). Development and preliminary validation of an athlete burnout measure. *Journal of sport and exercise psychology*, 23(4), 281-306.
- Reardon, C. L., Bindra, A., Blauwet, C., Budgett, R., Campriani, N., Currie, A. . . . Purcell, R. (2021). Mental health management of elite athletes during COVID-19: a narrative review and recommendations. *British journal of sports medicine*, 55(11), 608-615.
- Reeve, J. (2009). Why teachers adopt a controlling motivating style toward students and how they can become more autonomy supportive. *Educational psychologist*, 44(3), 159-175.
- Rocchi, M. A., Guertin, C., Pelletier, L. G., & Sweet, S. N. (2020). Performance trajectories for competitive swimmers: The role of coach interpersonal behaviors and athlete motivation. *Motivation Science*, 6(3), 285–296.
- Sarı, İ., & Bayazıt, B. (2017). The relationship between perceived coaching behaviours, motivation and self-efficacy in wrestlers. *Journal of human kinetics*, 57, 239.
- Smith, E. P., Hill, A. P., & Hall, H. K. (2018). Perfectionism, burnout, and depression in youth soccer players: A longitudinal study. *Journal of clinical sport psychology*, 12(2), 179-200.
- Smith, R. E. (1986). Toward a cognitive-affective model of athletic burnout. *Journal of sport and exercise psychology*, 8(1), 36-50.
- Stoeber, J. (2018). Comparing two short forms of the Hewitt–Flett multidimensional perfectionism scale. *Assessment*, 25(5), 578-588.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics*, 6th Edn. Essex, UK: Pearson Education Limited.
- Terry-Short, L., Owens, R. G., Slade, P., & Dewey, M. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and individual differences*, 18(5), 663-668.
- Thelwell, R. C., Wagstaff, C. R., Chapman, M. T., & Kenttä, G. (2017). Examining coaches' perceptions of how their stress influences the coach–athlete relationship. *Journal of sports sciences*, 35(19), 1928-1939.
- Tourish, D. (2020). Introduction to the special issue: Why the coronavirus crisis is also a crisis of leadership leadership, 16(3), 261-272.
- Watson, D. R., Hill, A. P., & Madigan, D. J. (2021). Perfectionism and Attitudes toward Sport Psychology Support and Mental Health Support in Athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1(aop), 1-16.
- Weinberg, R. S., and Gould, D. (2015). *Foundations of sport and exercise psychology*, 6th Edn. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Zandi, H. G., Zarei, S., Besharat, M. A., & Zadeh, A. B. (2021). Iranian Coaches Forgiveness and Relationship Quality to Their Athletes. *International Sport Coaching Journal*, 1(aop), 1-8.
- Zandi, A. G., & Zarei, S. (2020). The Relationship between Coaches Verbal Aggressiveness and Competitive Anxiety among Adolescent: A Mental Toughness Mediation Analysis. *Journal of motor and behavioral sciences*, 3(2), 149-157.
- Zarei, S., Zandi, H. G., Besharat, M. A., Abadi, D. H. S., & Zadeh, F. B. (2021). Modeling the Quality of the Coach-Athlete Relationship Based on Coaches Perfectionism: the Mediating Role of Forgiveness and Controlling Behavior. *Sport Psychology Studies*, 9(34), 305-30

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.)  
A. Fathi-Ashtiani PhD (Baqiyatallah Univ.)  
M. K. Khodapanahi, PhD (Shahid Beheshti Univ.)  
M. A. Mazaheri, PhD (Shahid Beheshti Univ.)  
M. Mehrabzade, PhD (Shahid Chamran Univ.)  
A. R. Moradi Ph.D. (Kharazmi Univ)  
N. Nazarboland Ph.D. (Shahid Beheshti Univ.)  
H. T. Neshatdoust, PhD (Esfahan Univ.)  
R. Pourhosein, PhD (Tehran Univ.)  
K. Rasoulzadeh-Tabatabaie, 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

In the Name of Allah

Contents

- The psychometric properties of the quality of life questionnaire related to the health of Iranian adolescents with congenital heart disease  
Hassan Erami, Hamidreza Hassanabadi, Robabe Nouri, Alireza Moradi, Koroush Vahidshahi .....490
- The Structural Correlation Modeling of Stress and Eating Disorder by mediating Meaning in Life and Experiential Avoidance  
Hadi Kheirabadi, Mahmoud Jajarmi, Abolfazl Bakhshipoor .....509
- The effect of motivational beliefs and procrastination on self-regulation with the mediating role of help-seeking on high school students  
Nayere Alaei, Zahra Naghsh, Sogand Ghasemzad .....519
- Investigating the Mediating Role of Organization-Based Self-Esteem in the Effect of Conscientiousness and Agreeableness on Task Performance & Organizational Citizenship Behavior in Employees of the National Iranian Drilling Company  
Mohammad Bagher Kajbaf, Sima Parizadeh, Sahar Savadkouhi Khoigani, Saba Gheysari .....529
- Identifying role of school in constructing the student's moral identity  
Hamideh Pourteimouri, Mansoureh Hajhosseini, Mohammad khodayarifardn .....540
- The Role of Alexithymia to Predict High-Risk Behaviors based on Mediating Role of Perceived Social Support  
Marziyeh Farzadnia .....550
- Factors Affecting Resilience of Nursing staff Involved in Clinical Care of Covid-19 Patients  
Hamid Arvand, Behnam Abdi, Nasrin Askarzad, Hamideh Erteghaei .....560
- Comparison of the Effectiveness of Psychodrama and Group Cognitive Behavioral Therapy on Fear of Negative Evaluation, Focused Attention and Self-Criticism in Students with Social Anxiety  
Mehdi Bakaeian, Mostafa Bolghanabadi, Seyyed Mohsen Asgharinekah, Zahra Bagherzadehgolmakani .....571
- The mediating role of personal agency in the relationship between parental attachment and ego identity in emerging adulthood  
Elaheh Hejazi, Nadia Rohani, Zahra Naghsh .....582
- The causal model of elite athletes' burnout based on athletes' personality during the Covid-19: the mediating role of coaching style  
Sahar Zarei, Mahmoud Mohebi, Hassan Gharayagh Zandi .....595