

فهرست

- ارزیابی الگوی رابطه بین ذهن آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی با میانجی گری باورهای لذت‌بری و قدردانی
ذبیح اله کاوه فارسانی، محسن نظری‌فر، فاطمه محمودی نجف‌آبادی، ۱۹.....
- مسیرهای تحولی هوش شناختی در کودکان پیش‌دبستانی ایرانی
محسن دادجو، شهریار غریب زاده، مهتا واجدی مجرد، الهه سبحانی، ۱۰.....
- انسجام خانوادگی و والدآزاری: نقش واسطه‌ای خشونت خانگی، تعارض زناشویی، عزت‌نفس و تاب‌آوری
ذبیح اله عباس‌پور، راضیه نظریان سامانی، خدیجه شیرالی‌نیا، ۱۹.....
- اثربخشی ۳۳ درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری
فرزین باقری شیخانگشسه، مریم سعیدی، وحید صوابی نیری، زهرا نخستین آصف، زینب بوربور، ۲۸.....
- رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تعلل‌ورزی تحصیلی با نقش میانجی ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی
صادق حکمتیان فرد، سید موسی گلستانه، ۳۸.....
- تبیین الگوی پیش‌بینی تعارضات زناشویی دانشجویان براساس نیازهای اساسی
عبدالله شفیق آبادی، کبری قاسمی مقدم، اصغر شریفی، ۵۱.....
- پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت بر اساس ترومای پیچیده و روابط موضوعی با میانجی‌گری توان‌مندی ایگو در دانشجو معلمان
جمشید جراره، امید سیفوری، ۵۹.....
- مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان نابارور دارای سطوح بالا و پایین انگ ناباروری
مهديه شفیعی تبار، ۷۰.....
- طراحی پروتکل مشاوره توان‌بخشی مبتنی بر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر اساس تجارب افراد دارای آلبنیسم: یک مطالعه ترکیبی
طاهر علیزاده، بهمن بهمنی، محمد سعید خانجانی، منوچهر ازخوش، شیما شکبیا، محسن واحدی، ۷۹.....
- نقش واسطه‌ای خودانتقادی در رابطه بین خودشیفتگی و افکار خودکشی در نوجوانان
محمد باسره، شهرام مامی، ۸۷.....
- اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی (مهارت‌های مقابله با خلق منفی و مدیریت استرس) بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی در دانش‌آموزان دختر تیزهوش
زهرا محمدنیا، مهدی شاه نظری، بیتا نصراللهی، ۹۶.....
- مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کاستی توجه- بیش‌فعالی در دوره کووید ۱۹: نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری
سعید آریاپوران، مریم نیساری، ۱۰۶.....

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

ارزیابی الگوی رابطه بین ذهن آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی با میانجی‌گری باورهای لذت‌بری و قدردانی

Evaluating the Model of Relationship Between Mindfulness and Marital Relationship Quality with Mediator Role of Savoring Beliefs and Gratitude

Zabihollah Kaveh-Farsani PhD

Mohsen Nazarifar PhD

Fatemeh Mahmoodi-Najafabadi, BSc✉

ذبیح‌اله کاوه فارسانی^۱

محسن نظری‌فر^۲

فاطمه محمودی نجف‌آبادی^۳

Abstract

The purpose of the present study was evaluating the model of relationship between mindfulness and marital quality with mediator role of savoring beliefs and gratitude. The research method was descriptive-correlational. The study population consisted of the all married men and women who living in Esfahan in 2021, among whom 258 were selected using convenience sampling method and completed perceived marital quality, gratitude questionnaire, mindful attention awareness scale and the savoring beliefs inventory. Structural equation modeling (SEM) was used through SPSS (version 24) and AMOS (version 24) software to analyze the data. The results showed a positive and significant relationship marital relationship quality, mindfulness, savoring beliefs and gratitude ($p < 0.001$). The indirect effect of savoring beliefs and gratitude through mindfulness on marital relationship quality and also the indirect effect of mindfulness on gratitude through savoring beliefs were confirmed ($p < 0.05$). Therefore, it is suggested that counselors and psychologists in the field of family use the results of this study to improve the marital relationship quality and individual life of families and by using measures to improve and use mindfulness skills, experiences of savoring beliefs and gratitude for Increase the marital relationship quality in their educational and clinical work.

Keywords: Marital Relationship Quality, Mindfulness, Savoring Beliefs, Gratitude

چکیده

هدف از پژوهش حاضر ارزیابی الگوی رابطه بین ذهن آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی با میانجی‌گری باورهای لذت‌بری و قدردانی بود. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردان متأهل ساکن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود که در ۵ سال اول زندگی زناشویی‌شان قرار داشتند که از بین آنها ۲۵۸ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های کیفیت رابطه زناشویی؛ قدردانی مک‌کالو و همکاران (۲۰۰۲)؛ مقیاس ذهن آگاهی براون و رایان (۲۰۰۳) و سیاهه باورهای لذت‌بری برایانت (۲۰۰۳)، پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج رابطه مثبت و معنادار بین ذهن آگاهی، قدردانی و باورهای لذت‌بری با کیفیت رابطه زناشویی را نشان دادند ($p < 0.001$). همچنین اثر غیرمستقیم باورهای لذت‌بری از طریق باورهای لذت‌بری و قدردانی بر کیفیت رابطه زناشویی و همچنین اثر غیرمستقیم ذهن آگاهی بر قدردانی از طریق باورهای لذت‌بری مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0.05$). بنابراین پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان در حوزه خانواده از نتایج این پژوهش برای ارتقا کیفیت زندگی زناشویی و فردی خانواده‌ها استفاده کنند. همچنین با استفاده از مهارت‌های ذهن آگاهی، تجارب باورهای لذت‌بری و قدردانی جهت افزایش کیفیت رابطه زناشویی در کارهای آموزشی و بالینی خویش تدابیری به کار گیرند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت رابطه زناشویی، ذهن آگاهی، باورهای لذت‌بری، قدردانی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۸/۱۱ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹

۱. گروه مشاوره، دانشکده ادبیات، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک ایران. (نویسنده مسئول).

۳. گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک ایران.

● مقدمه

روابط صمیمانه و محبت‌آمیز جنبه مهمی از زندگی بزرگسالی در نظر گرفته می‌شود (دل‌تور و واگنر، ۲۰۲۱) و کیفیت این روابط بر سلامت فردی و خانوادگی همسران تأثیر می‌گذارد (روبلز و همکاران، ۲۰۱۴). در حال حاضر، نحوه تجربه روابط زناشویی دستخوش دگرگونی‌هایی شده است به‌گونه‌ای که نحوه درک و مطالعه این روابط برای متخصصان را نیز تغییر داده است. امروزه اهمیت بیشتری به آزادی، رضایت فردی و کیفیت رابطه داده می‌شود (دل‌تور و واگنر، ۲۰۲۱). کیفیت رابطه زناشویی (marital relationship quality) شاخصی است که سالم بودن یا نبودن روابط زناشویی را نشان می‌دهد و با سلامت روانی و جسمانی افراد رابطه دارد (پارکر-پاپ، ۲۰۱۰). این موضوعی است که توجه زیادی از سوی پژوهشگران ازدواج را جلب کرده است (نورحیاتی و همکاران، ۲۰۱۹). چندین مطالعه نشان داده‌اند که کیفیت رابطه زناشویی عامل تعیین‌کننده بهزیستی (فرچ و ویلیامز، ۲۰۰۷)، سلامت جسمی و روانی (بوکولا، ۲۰۰۵) و فشار خون، استرس و افسردگی (کیم، ۲۰۱۲) است.

یکی از زمینه‌های تحقیقاتی مرتبط با کیفیت رابطه زناشویی در افراد، ذهن‌آگاهی (mindfulness) است که توجه زیادی را به خود جلب نموده است (گسل و همکاران، ۲۰۲۰)؛ به دلیل اینکه رضایت و کیفیت رابطه زناشویی به‌عنوان ارزیابی ذهنی از رابطه صمیمانه تعریف می‌شود (دینکل و بالک، ۲۰۰۵). ذهن‌آگاهی در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گرا تأثیرات فراوانی داشته است به‌گونه‌ای که به افزایش وضوح ذهنی و سلامت روانی، افزایش رضایت زناشویی و امید به زندگی انجامیده است (اربابی و همکاران، ۱۴۰۱). ذهن‌آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا از تجارب درونی و بیرونی است که در فرد رخ می‌دهند (کیمز و همکاران، ۲۰۱۷). ذهن‌آگاهی به توجه بدون قضاوت به لحظه حال از جمله افکار، عواطف و احساسات بدنی اشاره دارد (کشمیری، فتحی آشتیانی و جلالی، ۱۳۹۸). این فرآیندها بهزیستی، معنای زندگی و سلامت روانی را ارتقا می‌دهند (براون و رایان، ۲۰۰۳؛ کافی و هارتمن، ۲۰۰۸). افراد ذهن‌آگاه وقایع درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده‌ای از تفکرها، هیجانات و تجربه‌های خوشایند و ناخوشایند دارند (گاردنر و مور، ۲۰۱۷). رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی، علاوه بر توجه به فرآیندهای شناختی، به‌طور ویژه در مورد احساسات و هیجانات تمرکز دارد که خود یکی از مهمترین عوامل اثرگذار در بهبود کیفیت و رضایت رابطه زناشویی محسوب می‌شود (واتر و اسکرودر-ابی، ۲۰۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودآیند و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت روانی (کلوسمن و همکاران، ۲۰۲۰) و نیز به بهبود عملکرد بین فردی در خانواده‌ها، افزایش شادی و رضایتمندی از رابطه زناشویی کمک می‌کند (ماهر و کوردوا، ۲۰۱۹).

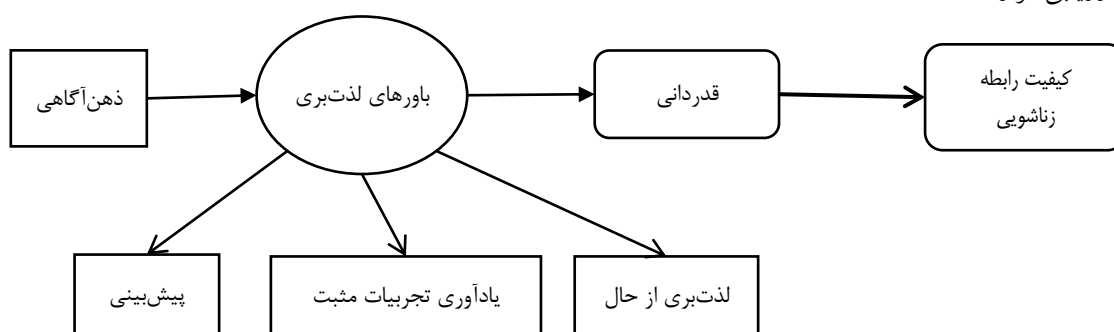
مطابق مطالعات اخیر تنظیم هیجان به‌عنوان مکانیزمی بین ذهن‌آگاهی و سلامت روانی در روابط فردی و زوجی عمل می‌کند (دسروسیر و همکاران، ۲۰۱۳؛ مک دونالد و باکستر، ۲۰۱۷؛ چانگ و انجی، ۲۰۱۹). علی‌رغم توجه زیادی که به روابط بین ذهن‌آگاهی، کاهش هیجانات منفی و سازگاری روان‌شناختی در روابط شده است، تلاش‌های نسبتاً اندکی برای تنظیم و افزایش هیجانات مثبت مانند لذت بردن از تجارب مثبت در رابطه زوجی انجام شده است (تاگد و فردریکسون، ۲۰۰۷).

لذت بردن (savoring beliefs) توانایی متمرکز کردن توجه فرد بر تجربیات مثبت و اصلاح افکار و رفتارهای خود به‌گونه‌ای است که احساسات مثبت را تشدید و تقویت می‌کند (برایانت و همکاران، ۲۰۱۱). احساسات مثبت ممکن است با یادآوری وقایع گذشته، لذت بردن از لحظه حال یا پیش‌بینی لذت‌های آینده افزایش یابد. افراد می‌توانند با افزایش افکار و رفتارهایی که احساسات مثبت را تقویت می‌کنند، مانند به یادسپاری و شمارش داشته‌ها، یا با کاهش افکار و رفتارهایی که احساسات مثبت را کاهش می‌دهند، مانند تمرکز بر نکات منفی یا خیالبافی غیرواقعی‌بینانه، لذت بیشتری تجربه کنند. پاسخ‌های افسرده‌ساز، مانند حواس‌پرتی و تمرکز بر مشکلات، با علائم افسردگی بیشتر، عاطفه مثبت کمتر و رضایت کمتر از زندگی همراه بوده است (ریس و همکاران، ۲۰۱۲). در مقابل توانایی لذت‌بری بیشتر، با تاب‌آوری بیشتر، علائم افسردگی کمتر و شادی بالاتر و بهزیستی و رفاه بیشتر در افراد مرتبط است (اسمیت و هانی، ۲۰۱۹). اخیراً، چانگ و انجی (۲۰۲۰) در طی پژوهشی نشان دادند که ذهن‌آگاهی در بزرگسالی، لذت بردن از تجربیات مثبت را از طریق ارزیابی مجدد شناختی پیش‌بینی می‌کند، در نتیجه پشتیبانی فزاینده‌ای برای تأثیرات ذهن‌آگاهی بر باورهای لذت‌بری از تجربیات مثبت ارائه می‌دهند. علاوه بر این، با توجه به اینکه لذت‌بری به‌عنوان یک تکنیک مداخله روان‌شناختی مثبت مؤثر ظاهر می‌شود،

استراتژی‌های خاصی را برای افزایش توانایی افراد برای درک و لذت بردن از لحظات به‌خصوص در روابط زوجی، می‌آموزد. لذت بردن به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده معنادار برای سلامت ذهنی، یادآوری خاطرات و بهزیستی ذهنی در زوجها ظاهر می‌شود (سینگ و تریپاتی، ۲۰۱۸).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با کیفیت روابط زناشویی، قدردانی (gratitude) است که ارتباط نزدیکی با ذهن‌آگاهی دارد (وکای و همکاران، ۲۰۱۹). به‌طور خاص، توجه و آگاهی ناشی از ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و احساسات مثبت از جمله قدردانی را افزایش می‌دهد (سویکرت و همکاران، ۲۰۱۹). افراد ذهن‌آگاه به احتمال بیشتری متوجه تجربیات مثبت زندگی می‌شوند و برای آنها سپاسگزار هستند (امونز و استرن، ۲۰۱۳). علاوه بر این، توانایی آنها برای مشاهده غیرقضاوتی و غیرواکنشی به تجربیات گذرا، به‌واسطه توجه عمدی و گسترده، به رسمیت شناختن تجربیات مثبت زندگی و قدردانی را تقویت می‌کند (سویکرت و همکاران، ۲۰۱۹). در یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده، از یک برنامه هشت هفته‌ای ذهن‌آگاهی آنلاین، تمرین‌های ذهن‌آگاهی قدردانی را افزایش داد (ایوتزان و همکاران، ۲۰۱۶). علاوه بر ذهن‌آگاهی، لذت بردن از تجارب مثبت با احساس قدردانی نیز مرتبط است. در یک مطالعه تجربی که شامل افراد مسن بود لذت‌بردن از درس‌های زندگی رضایت از زندگی را از طریق قدردانی به‌عنوان یک میانجی پیش‌بینی کرد. یعنی لذت بردن، احساس مثبت قدردانی را تسهیل می‌کند، که رضایت از زندگی را بیشتر می‌کند (برایانت و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین مطالعه ایرینگ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که بخشش و قدردانی میانجی بسیاری از ارتباط‌های بین ذهن‌آگاهی زوجها و رضایت جنسی و رضایت رابطه‌ای آنها است. به این ترتیب، مطالعات اخیر روابط بین ذهن‌آگاهی، لذت بردن و قدردانی را با کیفیت رابطه زناشویی برجسته کرده است.

افزایش روز افزون آمار طلاق، آن را به یکی از مسائل اجتماعی جدی تبدیل کرده است (سیفی قوزلو و همکاران، ۱۴۰۱) همچنین وجود تعارضات زناشویی در روابط زوجین و به‌خصوص در سال‌های اولیه ازدواج، لزوم توجه به سازه‌های فردی و بین فردی به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز رابطه را در قالب الگوهای گوناگون گوشزد می‌کند. نتایج حاصل از بررسی این‌گونه از الگوهای ارتباطی می‌تواند به تولید بسته‌هایی برای ارتقای کیفیت روابط زناشویی و نیز بسته‌های درمانی آن منجر گردد. با عنایت به آنچه مرور پژوهشی نشان داد پژوهش حاضر قصد دارد رابطه بین ذهن‌آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی با میانجی‌گری باورهای لذت‌بری و قدردانی را در قالب یک الگو مورد ارزیابی قرار دهد.



الگوی مفهومی پژوهش

• روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی با استفاده از معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردان متأهل ساکن در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند که از بین آنها ۲۵۸ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در مورد حجم بهینه در پژوهش‌هایی که از روش معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، توافق کلی وجود ندارد اما اکثر پژوهشگران حداقل نمونه‌ای که برای این روش توصیه می‌کنند، ۲۰۰ نفر است (هوی، ۲۰۰۸) اما در پژوهش حاضر برای کاهش خطای اندازه‌گیری، حجم نمونه ۲۶۰ نفری از زنان و مردان متأهلی که در ۵ سال اول زندگی زناشویی‌شان بودند، در نظر گرفته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، داشتن تمایل، رضایت شخصی برای شرکت در پژوهش و تجربه حداقل یک و حداکثر ۵ سال زندگی مشترک؛ ملاک‌های خروج از پژوهش، تکمیل نکردن کامل پرسشنامه‌ها و نداشتن ملاک‌های ورودی بودند. با اینکه

پژوهشگران در محل حاضر بودند و به دقت تکمیل کردن پرسشنامه را بررسی می‌کردند، بعد از بررسی پرسشنامه، تعداد دو پرسشنامه به دلیل پاسخ ندادن به تعدادی زیادی از سوال‌های پژوهش حذف و در نهایت داده‌ها با ۲۵۸ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از ۲۵۸ نفر، ۷۵ نفر مرد و ۱۸۳ نفر زن بودند که در دامنه سنی ۳۷-۱۸ قرار داشتند. مدت ازدواج نمونه بین یک تا ۵ سال بود؛ تعداد فرزندان این گروه سنی از بدون فرزند تا داشتن دو فرزند متغیر بود. ۵۵ نفر از نمونه سطح تحصیلات خود را دیپلم؛ ۸۳ نفر فوق دیپلم؛ ۱۲۰ نفر هم از لیسانس به بالاتر گزارش دادند.

• ابزارها

الف. کیفیت رابطه زناشویی (perceived marital quality- PMQ): کیفیت رابطه زناشویی با یک سوال در طیف لیکرت ۱۰ درجه‌ای در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. امتیاز این ماده بین ۱ تا ۱۰ نمره‌گذاری شد. نمره یک کیفیت زناشویی پایین و ۱۰ کیفیت زناشویی بالا را نشان می‌دهد. شارپلی و کراس (۱۹۸۲) در ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی دریافتند که استفاده از یک ماده از کیفیت زناشویی بیش از ۶۰ درصد واریانس را تشکیل می‌داد. امروزه در بسیاری از پژوهش‌ها از ابزارهای یک سوالی برای جلوگیری از به وجود آمدن مشکلات همچون ترجمه و مسائل فرهنگی استفاده می‌کنند. بنابراین ما در این پژوهش از یک ماده برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی استفاده کردیم.

ب. پرسشنامه قدردانی (gratitude questionnaire- GQ): این پرسشنامه ۶ سوالی توسط مک کالو و همکاران (۲۰۰۲) در مورد یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از (کاملاً مخالفم = یک) تا (کاملاً موافقم = ۷) طراحی شد. آنان اعتبار این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش دادند (مک کالو و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران اعتبار این پرسشنامه توسط قمرانی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش دادند. روایی همگرایی این پرسشنامه به‌طور همزمان با مقیاس امید و خوش‌بینی به‌ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۴۶ گزارش شد. در این پژوهش اعتبار به‌روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۵ گزارش می‌شود.

ج. مقیاس ذهن‌آگاهی (mindful attention awareness scale- MAAS): این مقیاس ۱۵ ماده‌ای توسط براون و ریان (۲۰۰۳) در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (تقریباً همیشه = یک) تا (تقریباً هیچوقت = ۶) نمره‌گذاری می‌شود. براون و ریان (۲۰۰۳) اعتبار این مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ را در مورد گروه‌های مختلف دانشجویی از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش دادند. در ایران نیر قاسمی‌پور و قربانی (۱۳۸۹) اعتبار این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ به‌دست آورد. در این پژوهش اعتبار به‌روش آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ گزارش می‌شود.

د. سیاهه باورهای لذت‌بری (savoring beliefs inventory- SBI): این سیاهه توسط بریانت (۲۰۰۳) در ۲۴ ماده طراحی و شامل ۳ خرده‌مقیاس پیش‌بینی، لذت‌بری از حال و یادآوری مجدد تجربیات مثبت است. نمره بالاتر در (SBI) نشان‌دهنده توانایی فرد در خلق باورهای لذت‌بری است. بریانت (۲۰۰۳) اعتبار این سیاهه به‌روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس پیش‌بینی (۰/۷۹)؛ لذت‌بری از حال (۰/۷۸)؛ یادآوری مجدد تجربیات مثبت (۰/۸۱) و برای کل سیاهه (۰/۸۹) گزارش داد. در ایران این سیاهه توسط آقایی و همکاران (۲۰۱۷) مورد هنجاریابی قرار گرفت و اعتبار این سیاهه به‌روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ و همچنین برای کل سیاهه ۰/۹۴ گزارش کردند. در این پژوهش اعتبار به‌روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش می‌شود.

داده‌ها به‌صورت گروهی و به وسیله نویسندگان گردآوری شد. قبل از اجرا درباره هدف پژوهش به مشارکت‌کنندگان توضیحات لازم داده شد و تکمیل پرسشنامه‌ها با رضایت آنان صورت گرفت. در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات اخذ شده و داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، توضیحات لازم داده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزارهای SPSS23 و AMOS23 و روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

• یافته‌ها

جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی میان متغیرهای این پژوهش را نشان می‌دهند که بین همه متغیرهای این پژوهش در سطح آماری (۰/۰۱ و ۰/۰۵ < P) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و همبستگی میان متغیرهای پژوهش

متغیرها	آمار توصیفی		همبستگی				
	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵
۱. ذهن آگاهی	۶۴/۹۶	۱۱/۱۹	۱				
۲. کیفیت زناشویی	۸/۲۴	۲/۳۵	۰/۱۳*	۱			
۳. قدردانی	۳۵/۸۴	۵/۷۸	۰/۲۳**	۰/۲۰**	۱		
۴. باورهای لذت‌بری	۱۶/۰۰	۲/۴۴	۰/۳۶**	۰/۲۱**	۰/۵۳**	۱	
۵. پیش‌بینی	۵/۳۶	۰/۸۹	۰/۳۸**	۰/۲۴**	۰/۵۲**	۰/۹۴**	۱
۶. یادآوری تجربیات مثبت	۵/۳۸	۰/۸۳	۰/۳۰**	۰/۱۸**	۰/۴۸**	۰/۹۳**	۰/۸۱**
۷. لذت‌بری حال	۵/۲۵	۰/۸۳	۰/۳۲**	۰/۱۵*	۰/۴۷**	۰/۹۳**	۰/۷۷**

**p<۰/۰۱

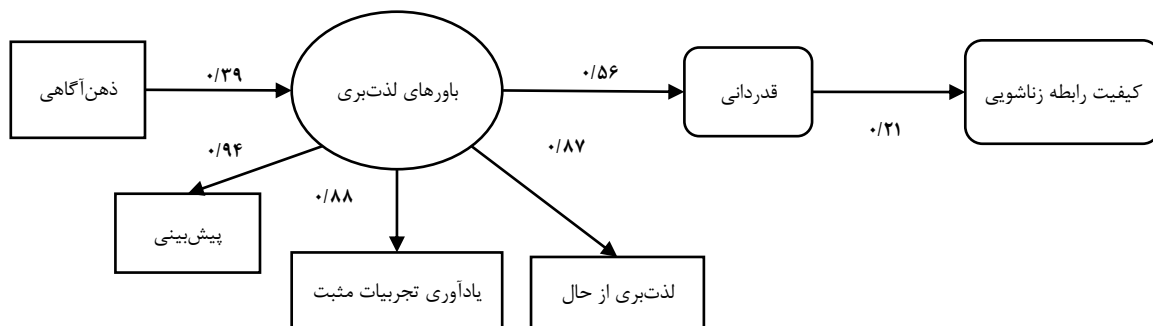
**p<۰/۰۵

جدول شماره ۲ شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی و اصلاح شده پژوهش را نشان می‌دهد. طبق مندرجات این جدول، برای تعیین کفایت برازندگی مدل پیشنهادی با داده‌ها ترکیبی از شاخص‌های برازندگی مانند مقدار مجذور کای (χ^2)، سنجه هنجار شده مجذور کای (نسبت مجذور کای بر درجات آزادی)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) استفاده شد. همانگونه که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، مجذور کای مدل با $df=9$ برابر با $1/46$ ($P \leq 0/001$) معنادار است. شاخص‌های برازندگی مدل از جمله، NFI، GFI و CFI به ترتیب $0/982$ ، $0/983$ و $0/994$ است که همگی بالاتر از مقدار قابل قبول $0/90$ و شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) $0/04$ است که بیانگر مناسب بودن مدل است. بنابراین می‌توان به‌طور کلی گفت که الگوی پژوهش حاضر از برازش بسیار خوبی برخوردار است.

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی الگوی پژوهش

شاخص‌های برازندگی	χ^2	Df	P	(χ^2/df)	NFI	GFI	CFI	RMSEA
برازندگی	۱۳/۱۴	۹	۰/۱۵	۱/۴۶	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۰۴
دامنه قابل قبول			$P>0/05$	۱ تا ۳	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۵	<۰/۰۸

همانطور که در شکل شماره ۱ مشاهده می‌شود، ضرایب مسیر مستقیم باورهای ذهن آگاهی به باورهای لذت‌بری ($\beta=0/39$)، باورهای لذت‌بری به قدردانی ($\beta=0/56$) و قدردانی به کیفیت رابطه زناشویی ($\beta=0/21$)، در سطح آماری ($P<0/001$) به صورت مثبت و معنادار هستند.



شکل ۱. الگوی ذهن آگاهی، باورهای لذت‌بری، قدردانی و کیفیت رابطه زناشویی

دیگر فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از، ذهن آگاهی از طریق باورهای لذت‌بری و قدردانی بر کیفیت رابطه زناشویی اثر غیرمستقیم دارد و ذهن آگاهی از طریق باورهای لذت‌بری بر قدردانی اثر غیرمستقیم دارد. برای آزمون این فرضیه‌ها، از پرسشنامه بوت‌استرپ (Bootstrap) استفاده شد. نتایج بوت‌استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را می‌توان در جدول ۳ مشاهده نمود. مطابق با نتایج این جدول، حد پایین و بالا فاصله اطمینان برای باورهای لذت‌بری به عنوان متغیر میانجی بین

ذهن آگاهی و قدردانی به ترتیب (۰/۰۶) و (۰/۱۳) ($P < ۰/۰۱$)، ذهن آگاهی، باورهای لذت‌بری، قدردانی با کیفیت رابطه زناشویی (۰/۰۲) و حد بالای آن (۰/۰۲۴) ($P < ۰/۰۵$) و باورهای لذت‌بری، قدردانی با کیفیت رابطه زناشویی حد پایین (۰/۰۱) و حد بالا (۰/۱۹) ($P < ۰/۰۳$) به دست آمد. سطح اطمینان برای این فاصله اطمینان ($P < ۰/۰۵$) و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استراپ ۵۰۰۰ است. بنابراین با توجه به سطح اطمینان ($P < ۰/۰۵$) که از لحاظ آماری معنادار است، باورهای لذت‌بری و قدردانی نقش میانجی میان ذهن آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی و همچنین باورهای لذت‌بری نقش میانجی میان ذهن آگاهی و قدردانی را دارد.

جدول ۳. نتایج بوت استراپ برای مسیرهای واسطه‌ای

تخمین استاندارد	حد بالا	حد پایین	تخمین استاندارد	مسیرها
۰/۱۹**	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۱۰	ذهن آگاهی ← باورهای لذت‌بری ← قدردانی
۰/۱۹*	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۰۲	ذهن آگاهی ← باورهای لذت‌بری ← قدردانی ← کیفیت رابطه زناشویی
۰/۱۰*	۰/۰۳	۰/۱۹	۰/۰۹	باورهای لذت‌بری ← قدردانی ← کیفیت رابطه زناشویی

*** $p < ۰/۰۰۱$ *** $p < ۰/۰۵$

• بحث

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی الگوی رابطه بین ذهن آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی با میانجی‌گری باورهای لذت‌بری و قدردانی انجام شد. نتیجه ارزیابی شاخص‌های برازندگی مدل نشان می‌دهد که مدل نهایی پژوهش به صورت قابل قبولی با داده‌های جمع‌آوری شده برازش دارد که بیانگر مناسب بودن الگو است. این مطالعه نشان داد که ذهن آگاهی با لذت بردن بیشتر از تجربیات مثبت، به عنوان مثال؛ توانایی تنظیم کردن هیجان‌های مثبت مرتبط است. همچنین لذت بردن، به نوبه خود، با قدردانی بیشتر همراه بود و در نهایت بر کیفیت بالاتر رابطه زناشویی افراد تأثیر دارد. این یافته‌ها به شواهد رو به رشد ارتباط بین ذهن آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی افراد اضافه می‌کند. یافته‌های فوق با نتایج پژوهش‌های براون و رایان (۲۰۰۳)، چانگ و انجی (۲۰۲۰) و چانگ، کی و انجی (۲۰۲۰) همراستا است. در تبیین نتایج الگوی ساختاری تأیید شده در پژوهش حاضر، مسیر اثرات مستقیم و غیرمستقیم الگو ارائه شده باید مورد بررسی قرار گیرد و در نتیجه مکانیسم‌های عمل باید بررسی شوند. نخست اینکه ذهن آگاهی و تمرینات مراقبه آگاهانه که به معنای در زمان حال بودن و در حال زیستن است، تأثیر معناداری بر تنظیم هیجان و ارتقا مهارت‌های هیجانی دارد (کومار و همکاران، ۲۰۰۸). با جهت‌دهی ذهنی به لحظه حال از طریق آگاهی گسترده، پذیرش بدون قضاوت و کنار گذاشتن ذهن خودکار، افراد ذهن آگاه توانایی بیشتری برای لذت‌بری از تجارب مثبت دارند که همین امر باعث تقویت احساس قدردانی در آنها نیز می‌شود. این یافته‌ها تحقیقات قبلی که ارتباط بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی را نشان می‌داد، تأیید می‌کند (مک دونالد و باکستر، ۲۰۱۷). نتایج تحقیقات گذشته با استفاده از نمونه‌هایی از جمعیت‌های مختلف، نشان می‌دهد که افراد به‌طور کلی در تمایل‌شان به ذهن آگاه بودن در زندگی روزمره متفاوت هستند و سطوح بالاتر ذهن آگاهی، پیش‌بینی‌کننده پریشانی کمتر و رفاه بیشتر در زندگی فردی و بین فردی است (کنگ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین نتیجه پژوهشی نشان داده است ذهن آگاهی به‌طور مثبت با احساسات مثبت و به‌طور معکوس با عاطفه منفی مرتبط است، متغیرهایی که واسطه ارتباط بین ذهن آگاهی و شاخص‌های رفاه و لذت در زندگی فردی و زوجی محسوب می‌شوند (سهدرا و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعات همچنین نشان می‌دهند که فرایند لذت‌بری، مانند احساس شادی از نگاه به آینده، استفاده بهینه از اوقات خوب و یادآوری لحظات شاد، می‌تواند احساس قدردانی را تقویت کند (برایان و همکاران، ۲۰۲۰). بدین معنی که قدردانی به‌عنوان یک متغیر نزدیک به ذهن آگاهی (روزنزوایگ، ۲۰۱۳)، نه تنها با ذهن آگاهی مرتبط بود، بلکه این رابطه از طریق مکانیسم زیربنایی لذت بردن از تجربیات مثبت حمایت می‌شود. مطالعات تکمیلی بیشتر نشان داد که ذهن آگاهی از طریق قدردانی، لذت بردن از تجربیات مثبت را تقویت می‌کند. به این معنا که افراد ذهن آگاه بیشتر به تجربیات مثبت زندگی پی می‌برند و از آنها سپاسگزار بوده و قدردانی می‌کنند (سویکرت و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع با احساس قدردانی بیشتر، افراد تجارب مثبت بیشتری برای لذت‌بری از زمان حال، یادآوری تجارب مثبت و پیش‌بینی لذت دارند.

مطابق با نظریه گسترش و ساخت فریدریکسون (۲۰۰۴) قدردانی به‌عنوان یک احساس مثبت می‌تواند ویژگی‌ها و هیجانات مثبت دیگری همچون امیدواری، گذشت و خوش‌بینی را تولید کند. هنگام قدردانی این تفکر در حال گسترش در ذهن ماست که دیگران در ایجاد حال خوب ما سهیم هستند و این موجب نگاه مثبت به داشتن یک دنیای امن و وجود افرادی یاری‌گر و خیرخواه در زندگی می‌شود. نتیجه پژوهشی نشان داده است قدردانی از طریق رشد احساسات مثبت، افزایش لذت از زندگی و رضایت‌مندی فرد می‌تواند به تقویت و تثبیت ارتباط زناشویی کمک کند (لمبرت و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع قدردانی توجه به نیازها و احساسات همسر را افزایش داده و باعث تقویت صمیمیت می‌گردد. افرادی با قدردانی بیشتر نسبت به نیازهای همسر پاسخگوتر و متعهدتر هستند (لارنسی و بولجر، ۲۰۰۵). این مهم در گسترش روابط پایدارتر و شادتر و در نتیجه روابط زناشویی با کیفیت‌تر نقش به‌سزایی دارد.

یافته دیگر پژوهش این بود که باورهای لذت‌بری و قدردانی نقش میانجی میان ذهن‌آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی دارند. به بیان دیگر ذهن‌آگاهی با میانجی‌گری باورهای لذت‌بری و قدردانی تأثیر معناداری بر کیفیت رابطه زناشویی افراد دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های جهانیان و سپهری‌شاملو (۱۳۹۶) و کیکن و همکاران (۲۰۱۷) نیز همسو است.

به نظر می‌رسد افراد آگاه به خود بهتر می‌توانند تکانه‌های پرخاشگرانه خود را کنترل کنند و رفتار تهاجمی کمتری مانند خصومت از خود نشان می‌دهند، در ارتباط با دیگری بیشتر از سبک‌های حل تعارض مبتنی بر مصالحه و همکاری و کمتر از سبک کناره‌گیری استفاده می‌کنند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که نه تنها تکانه‌های پرخاشگرانه ممکن است با تمرکز حواس بهتر کنترل شوند، بلکه یک انتخاب آگاهانه برای اقدام سازنده در موقعیت‌های درگیری نیز فعال می‌شود (کیکن و همکاران، ۲۰۲۰). یافته‌ها نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی و تمرکز حواس باعث می‌شود احتمال بیشتری وجود داشته باشد که با شریک زندگی در تماس باقی بمانیم، استدلال‌های او را در نظر بگیریم و به دنبال مصالحه باشیم که این امر تأثیر مثبتی بر رابطه دارد (گسل و همکاران، ۲۰۲۰).

ذهن‌آگاهی در هر لحظه با تمرکز آگاهانه بر نقاط قوت و ضعف خود و زندگی مشترک یک هماهنگی مفهومی - ادراکی برای ارزیابی و بازارزیابی زندگی مشترک در افراد فراهم می‌کند و این تأثیر زیادی در افزایش رضایت از زندگی و کیفیت روابط زناشویی دارد (بورپی و لانگر، ۲۰۰۵). این فرایند از طریق میانجی‌گری مکانیسم لذت‌بری از تجربیات مثبت، موجب احساس شادکامی، استفاده بهینه از اوقات، یادآوری لحظات شاد و شکل‌دهی یک رابطه رضایتبخش و مؤثر می‌شود. همچنین قدردانی به‌عنوان یک مکانیسم واسطه‌ای، در شناسایی منابع مثبت در رابطه و افزایش تبادلات مثبت عمل می‌کند. تبادلات مثبت کلیدی‌ترین عامل در لذت‌بری از زندگی و شکوفایی زندگی زوجی است (فریدریکسون، ۲۰۰۴) روابط لذتبخش با افشای احساسات، تنظیم ارتباط سالم، گوش دادن به هم و توجه به نیازهای همسر باعث ارتقای کیفیت روابط زناشویی می‌شود.

• نتیجه‌گیری

با توجه به آنچه گفته شد مطالعه حاضر ادبیات مربوط به نقش واسطه‌ای لذت‌بری و قدردانی را بین ذهن‌آگاهی و رضایت از رابطه زناشویی را برای متخصصانی که از نظریه ذهن‌آگاهی استفاده می‌کنند، ارائه می‌دهد. در حالی که تحقیقات تجربی برای تأیید علت و جهت‌گیری تأثیرات خاص این متغیرها مورد نیاز است، یافته‌های ما نشان داد که روانشناسان و مشاوران فرد و خانواده باید از زنجیره‌ای از مکانیسم‌های بالقوه بین ذهن‌آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی، از جمله لذت بردن از تجربیات مثبت و احساس قدردانی آگاه باشند و در فرایندهای درمان استفاده نمایند. این مطالعه همانند هر مطالعه دیگری، دارای محدودیت‌هایی نیز بود. اول اینکه، این مطالعه از معیارهای خودگزارشی استفاده کرد. تحقیقات آینده باید از روش‌ها و گزارش‌های متعدد برای کاهش سوگیری‌ها استفاده کند. دوم اینکه، ماهیت مقطعی، ما را از نتیجه‌گیری در مورد اثرات علی و توالی زمانی بین متغیرها باز می‌دارد. در همین راستا، طرح‌های تجربی برای تأیید اثرات علی و مطالعات طولی برای تمایز بیشتر جهت‌پذیری تأثیرات بین متغیرهای پژوهش مورد نیاز است. علاوه بر این، روش نمونه‌گیری ما در دسترس بود. برای رد سوگیری‌های انتخاب و نتیجه‌گیری در مورد تعمیم‌پذیری یافته‌ها، مطالعات مبتنی بر نمونه‌های تصادفی برای افزایش قابلیت تعمیم یافته‌ها انجام شود.

• تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع بین نویسندگان پژوهش حاضر وجود ندارد.

• تقدیر و تشکر

نویسندگان از کلیه زنان و مردان متأهل شرکت‌کننده که ما را در انجام پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌نمایند.

• منابع

- اربابی، فائزه؛ سراوانی، شهرزاد؛ زینلی پور، مژگان و هاشمی سنجابی، امیر (۱۴۰۱). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زوجین با تعارضات زناشویی. *مجله روانشناسی*، ۲۶(۲)، ۱۴۹-۱۴۰.
- جهانیان، مجید و سپهری شاملو، زهره (۱۳۹۶). تاثیر ذهن‌آگاهی بر رضایت زناشویی: با میانجیگری هوش هیجانی. *روان پرستاری*، ۵(۳)، ۱-۶.
- سیفی، سیدجواد؛ صدری، اسماعیل؛ رضایی، علی و شیخ‌الاسلامی، علی (۱۴۰۱). ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه مشکلات روانشناختی- زناشویی ازدواج در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام: یک مطالعه ترکیبی. *مجله روانشناسی*، ۲۶(۲)، ۲۳۱-۲۲۲.
- قاسمی پور، یدالله و قربانی، نیما (۱۳۸۹). بهوشیاری و نیازهای بنیادین روانشناختی در بیماران قلبی-عروقی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶(۲)، ۱۶۲-۱۵۴.
- قمرانی، امیر؛ کجباف، محمدباقر؛ عریضی، حمیدرضا و امیری، شعله (۱۳۸۸). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه قدردانی در دانش‌آموزان دبیرستانی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۳(۱)، ۷۷-۸۶.
- کشمیری، مرتضی؛ فتحی آشتیانی، علی و جلالی، پیوند (۱۳۹۸). نقش تعدیل‌کننده ذهن‌آگاهی در رابطه بین افسردگی، اضطراب و تنیدگی با بهزیستی روان شناختی. *مجله روانشناسی*، ۲۳(۲)، ۲۳۱-۲۱۷.
- Aghaie, E., Roshan, R., Mohamadkhani, P., Shaeeri, M., & Gholami-Fesharaki, M. (2017). Factor analysis and psychometric characteristics of the persian version of savoring belief inventory (SBI). *Avicenna Journal Neuro Psycho Physiology*, 4(1), 1-7.
- Bookwala, J. (2005). The role of marital quality in physical health during the mature years. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 85-104.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Bryant, F. (2003). Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savoring. *Journal of mental health*, 12(2), 175-196.
- Bryant, F. B., Chadwick, E. D., & Kluwe, K. (2011). Understanding the processes that regulate positive emotional experience: Unsolved problems and future directions for theory and research on savoring. *International Journal of Wellbeing*, 1, 107-126.
- Bryant, F. B., Osowski, K. A., & Smith, J. L. (2020). Gratitude as a mediator of the effects of savoring on positive adjustment to aging. *The International Journal of Aging and Human Development*, 92(3):275-300
- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1), 43-51.
- Cheung, R. Y., & Ng, M. C. (2019). Mindfulness and symptoms of depression and anxiety: The underlying roles of awareness, acceptance, impulse control, and emotion regulation. *Mindfulness*, 10(6), 1124-1135.
- Cheung, R. Y., & Ng, M. C. (2020). Dispositional mindful awareness and savoring positive experiences: A prospective test of cognitive reappraisal as a mediator. *Personality and Individual Differences*, 163, 110050.
- Cheung, R. Y., Ke, Z., & Ng, M. C. (2020). Dispositional mindfulness and mental health in Chinese emerging adults: A multilevel model with emotion dysregulation as a mediator. *PloS one*, 15(11), e0239575.
- Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary health practice review*, 13(2), 79-91.
- Delatorre, M. Z., & Wagner, A. (2021). The marital relationship from the perspective of couples. *Ciencias Psicológicas*, 15(1), e-2355.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*, 30(7), 654-661.
- Dinkel, A., & Balck, F. (2005). An evaluation of the german relationship assessment scale. *Swiss Journal of Psychology*, 64(4), 259-263.
- Emmons, R. A., & Stern, R. (2013). Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *Journal of Clinical Psychology*. 69(8), 846-855.
- Eyring, J. B., Leavitt, C. E., Allsop, D. B., & Clancy, T. J. (2021). Forgiveness and Gratitude: Links Between Couples' Mindfulness and Sexual and Relational Satisfaction in New Cisgender Heterosexual Marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(2), 147-161.
- Frech, A., & Williams, K. (2007). Depression and the psychological benefits of entering marriage. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(2), 149- 163.

- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1377.
- Gardner, F. L. & Moore, Z. E. (2017). Mindfulness based and acceptance-based interventions in sport and performance contexts. *Current Opinion in Psychology*, 16, 180-184
- Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: a process model of mindful positive emotion regulation. *psychological inquiry*, 26(4), 293–314.
- Gesell, N., Niklas, F., Schmiedeler, S., & Segerer, R. (2020). Mindfulness and romantic relationship outcomes: the mediating role of conflict resolution styles and closeness. *Mindfulness*, 11(10), 2314-2324.
- Hoe, S. L. (2008). Issues and procedures in adopting structural equation modeling technique. *Journal of Applied Quantitative Methods*, 3(1), 76- 83.
- Ivtzan, I., Young, T., Martman, J., Jeffrey, A., Lomas, T., Hart, R., & Eiroa-Orosa, F. J. (2016). Integrating mindfulness into positive psychology: A randomised controlled trial of an online positive mindfulness program. *Mindfulness* 7, 1396–1407.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056.
- Kiken, L. G., Lundberg, K. B., & Fredrickson, B. L. (2017). Being present and enjoying it: Dispositional mindfulness and savoring the moment are distinct, interactive predictors of positive emotions and psychological health. *Mindfulness*, 8(5), 1280-1290.
- Kim, E. (2012). Marital adjustment and depressive symptoms in Korean Americans. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 370–376.
- Kimmes, J. G., Durtschi, J. A., & Fincham, F. D. (2017). Perception in romantic relationships: a latent profile analysis of trait mindfulness in relation to attachment and attributions. *Mindfulness*, 8, 1328–1338.
- Klussman, K., Curtin, N., Langer, J., & Nichols, A. L. (2020). Examining the effect of mindfulness on well-being: self-connection as a mediator. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 14, e5.
- Kumar, S., Feldman, G., & Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive therapy and research*, 32(6), 734-744.
- Lambert, N. M., Clark, M. S., Durtschi, J., Fincham, F. D., & Graham, S. M. (2010). Benefits of expressing gratitude: Expressing gratitude to a partner changes one's view of the relationship. *Psychological Science*, 21(4), 574-580.
- Laurenceau, J. P., & Bolger, N. (2005). Using diary methods to study marital and family processes. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 86-97.
- MacDonald, H. Z., & Baxter, E. E. (2017). Mediators of the relationship between dispositional mindfulness and psychological well-being in female college students. *Mindfulness*, 8, 398–407.
- Maher, E. L., & Cordova, J. V. (2019). Evaluating equanimity: Mindfulness, intimate safety, and relationship satisfaction among meditators. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 8(2), 77 89.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal Personality Social Psychology*, 82(1), 112-27.
- Nurhayati, S. R., Faturochman, F., & Helmi, A. F. (2019). Marital quality: A conceptual review. *Buletin Psikologi*, 27(2), 109-124.
- Parker-Pope, T. (2010). *For better: The science of a good marriage*. High Bridge, A division of Recorded Books.
- Raes, F., Smets, J., Nelis, S., & Schoofs, H. (2012). Dampening of positive affect prospectively predicts depressive symptoms in non-clinical samples. *Cognition & Emotion*, 26(1), 75-82.
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(1), 140.
- Rosenzweig, D. (2013). The sisters of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 793-804.
- Sahdra, B., Ciarrochi, J., & Parker, P. (2016). Nonattachment and mindfulness: Related but distinct constructs. *Psychological Assessment*, 28(7), 819–829.
- Sharpley, C., & Cross, D. G. (1982). A psychometric evaluation of the Spanier Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 739-741.
- Singh, U., & Tripathi, A. (2018). Savoring Beliefs, Relationship Satisfaction and Subjective Wellbeing among married couples. *International Journal of Movement Education and Social Science*, 7(1), 315-323.
- Smith, J. L., & Hanni, A. A. (2019). Effects of a Savoring Intervention on Resilience and Well-Being of Older Adults. *Journal of applied gerontology: The official journal of the Southern Gerontological Society*, 38(1), 137–152.
- Swickert, R., Bailey, E., Hittner, J., Spector, A., Benson-Townsend, B., & Silver, N. C. (2019). The mediational roles of gratitude and perceived support in explaining the relationship between mindfulness and mood. *Journal of Happiness Studies*, 20(3), 815-828.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of happiness studies*, 8(3), 311-333.
- Vater, A., & Schröder–Abé, M. (2015). Explaining the link between personality and relationship satisfaction: Emotion regulation and interpersonal behaviour in conflict discussions. *European Journal of Personality*, 29(2), 201-215.
- Voci, A., Veneziani, C. A., & Fuochi, G. (2019). Relating mindfulness, heartfulness, and psychological well-being: the role of self-compassion and gratitude. *Mindfulness*, 10(2), 339-351.

مسیرهای تحولی هوش شناختی در کودکان پیش دبستانی ایرانی Developmental Trajectories of Cognitive Intelligence in Iranian Preschoolers children

Mohsen Dadjoo, PhD

Shahriar Gharibzadeh, PhD ✉

Mahta Vajedi Mojarad, MA

Elaheh Sobhani, MA

محسن دادجو^۱

شهریار غریب زاده^۲

مهتا واجدی مجرد^۳

الهه سبحانی^۴

Abstract

The present study has aimed to investigate the developmental trajectories of cognitive intelligence in Iranian preschoolers. The study sample was 433 healthy Iranian children (girl=47.8%) from Tehran, Bandar Abbas, Mashhad, Zarand, and Tabriz, who ranged from 48 to 78 months years old. The third Persian version of the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence was used to assess cognitive intelligence. A positive moderate ($.3 < r < .7$) significant Pearson correlation was observed among 22 cases out of 42 correlations. It indicates a high internal correlation of cognitive components. The results of ANOVA showed no significant difference among Verbal Intelligence, Performance Intelligence, and overall Intelligence, in boys and girls. Results of the Kruskal-Wallis test showed there were significant differences among developmental trajectories of Verbal Intelligence, Performance Intelligence, and overall Intelligence among the six-month age groups, which were followed up by the Games-Howell post-hoc test. Significant increase ($p < .01$) in cognitive intelligence at 48 to 78 months of age indicates that this age is one of the critical periods associated with the development of cognitive ability. Founded developmental trajectories in present study, can help administrators and professionals to cause better planning for early childhood.

Keywords: Cognitive intelligence, Developmental trajectory, Preschoolers, Early childhood, Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence

چکیده

هدف مطالعه حاضر، شناخت مسیرهای تحولی هوش شناختی در کودکان پیش دبستانی ایرانی بوده است. نمونه مورد مطالعه، ۴۳۳ کودک سالم ایرانی (دختر ۴۷/۸ درصد) از ۵ شهر شامل تهران، بندرعباس، مشهد، زرنند و تبریز و در گستره سنی ۴۸ تا ۷۸ ماهگی بود. جهت سنجش هوش شناختی، از نسخه سوم فارسی مقیاس هوش اولیه پیش دبستانی وکسلر استفاده شد. از ۴۲ مورد همبستگی موجود، ۲۲ مورد همبستگی پیرسون مثبت متوسط ($.3 < r < .7$) مشاهده شد که بیانگر همبستگی درونی بالای مؤلفه‌های شناختی است. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین هوش کلامی، هوش عملی و هوش کلی در پسران و دختران وجود ندارد. نتایج آزمون کروسکال-والیس نشان داد که تغییرات معناداری بین مسیر تحولی هوش کلامی، هوش عملی و هوش کلی در دسته‌های سنی ۶ ماهه وجود دارد که با آزمون تعقیبی گیمز-هاول این تغییرات به‌طور دقیق‌تر بررسی شد. افزایش معنادار ($p < .01$) هوش شناختی در ۴۸ تا ۷۸ ماهگی، نشان می‌دهد که این سن، یکی از دوره‌های حیاتی مرتبط با تحول توانایی شناختی است. مسیرهای تحولی هوش شناختی یافته شده در پژوهش حاضر، می‌تواند به برنامه‌ریزان و متخصصان کمک کند تا برنامه‌ریزی سودمندتری جهت اوایل کودکی داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: هوش شناختی، مسیر تحولی، پیش دبستانی، اوایل کودکی، مقیاس هوش پیش دبستانی وکسلر

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۸/۴ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۲۵

۱. پژوهشکده علوم شناختی و مغز، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. پژوهشکده علوم شناختی و مغز، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد، واحد رودهن، تهران، ایران.

● مقدمه

رشد عصب تحولی کودکان، از سطح شناختی- رفتاری تا زیربنای عصب فیزیولوژیکی مورد توجه روزافزون محققان قرار گرفته است. این امر بدان خاطر است که مهم‌ترین دوره زندگی، دوران کودکی است که تعیین کننده کیفیت زندگی، بهزیستی، یادگیری و سایر رفتارهای گستره زندگی هست. تجربه‌های اولیه در دوران کودکی، فرصتی بی‌نظیر برای سرمایه‌گذاری نیروهای این دوران، جهت پیشگیری و یا کاهش ناتوانی‌ها فراهم می‌کند. درک تمامی عوامل مؤثر بر تحول کودک، یکی از هدف‌های مهم نظام‌های آموزشی و سلامت در تمامی کشورها، بجز کشورهای خیلی فقیر است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). در این دوره، شاهد رشد قابل توجه همراه با حداکثر سرعت تحول مغز هستیم که در آن کودکان به میزان زیادی تحت تأثیر محیط و اطرافیان‌شان هستند (سریواستاوا، ۲۰۲۰). لزوم رشد همه جانبه کودکان از برنامه‌های جدی سازمان ملل متحد است که مربوط به حیطه‌های شناختی، اجتماعی، هیجانی و فیزیکی می‌شود (گزارش سالانه یونسف، ۲۰۱۵). بنابراین میزان و نحوه تعامل این حیطه‌ها می‌تواند نشان‌دهنده سلامت کودکان باشد (دادجو و غریب‌زاده، ۲۰۲۱).

تحول کودکی اولیه شامل مفاهیم متعددی از قبیل سلامت، تغذیه، تحصیل و محافظت اجتماعی است که مبتنی بر تحول جسمانی، شناختی، زبانی و هیجانی- اجتماعی کودکان کم سن است. می‌توان دوره پیش‌دبستانی را از سن ۳ تا ۶ سالگی دانست (ساندرز و موراژکا، ۲۰۱۸)، که دسته‌بندی‌های متفاوتی درباره توانایی‌های این دوره انجام شده است. یکی از پذیرفته‌شده‌ترین دیدگاه‌ها، تقسیم‌بندی آن به سه حوزه شناختی، هیجانی- اجتماعی و فیزیکی است (بلک و همکاران، ۲۰۱۷؛ دوناچی، ۲۰۱۴؛ کاتاکولا و همکاران، ۲۰۱۱؛ لوین و مانس، ۲۰۱۶؛ موره و همکاران، ۲۰۰۷؛ سیل، ۲۰۱۲). اهمیت این حوزه‌ها در بهزیستی و سلامت روان در مطالعات متعدد نشان داده شده است (کامرر و همکاران، ۲۰۱۸؛ دادجو و غریب‌زاده، ۲۰۲۲؛ ایزنبرگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ فلوک و همکاران، ۲۰۱۵؛ جونز و همکاران، ۲۰۱۵؛ پسوا، ۲۰۱۹؛ شونرت-ریچل و همکاران، ۲۰۱۵). در این میان، حوزه شناختی مورد توجه خاص روانشناسان شناختی قرار گرفته است که باعث رشد دانش موجود در این حوزه، از تعریف آن تا کاربردش شده است. از طرفی مفهوم شناخت، از دیرباز دستخوش بازنگری‌های فراوان بوده است و رویکردهای مختلف، سعی در مشخص کردن تعریف، دسته‌بندی، سنجش و اهمیت آن داشته‌اند.

طبق تعریف انجمن روانشناسی آمریکا، شناخت شامل تمامی اشکال دانستن و آگاهی مانند ادراک، پندار، به یاد سپردن، استدلال، قضاوت، تصور و حل مسئله است. شناخت به پردازش‌هایی مانند حافظه، توجه، زبان، حل مسئله و برنامه‌ریزی اشاره دارد. تعریف کاربردی دیگری توسط موسسه سلامت ملی در ابزار سنجش عملکرد عصب‌شناختی و روانشناختی ارائه شده است که قابل استفاده محققان و بالین‌گران بوده و پس از بررسی ۱۴۰۰ روش سنجش موجود، نهایی شده است (گرشون و همکاران، ۲۰۱۳). در این ابزار، شناخت به پردازش‌های ذهنی درگیر در اکتساب دانش و فهم، مانند تفکر، دانش، یادآوری، قضاوت و حل مسئله ارجاع دارد. بسیاری از پردازش‌های شناختی، مربوط به عملکردهای سطح بالا مانند زبان، تخیل، ادراک، برنامه‌ریزی و اجرای رفتارهای پیچیده هستند. این عملکردها مختص نخستیان بوده و غالباً پردازش‌های کنترل شده نامیده می‌شود. همچنین ژو (۲۰۱۷) حیطه شناختی را شامل توانایی‌های ذهنی مختلفی دانسته که در فعالیت‌های مربوط به تفکر شامل خواندن، نوشتن و محاسبات عددی ایجاد می‌شود.

سنجش توانایی‌های شناختی نیز از ابتدا تاکنون دستخوش تغییرات زیادی شده است. بیش از یک قرن پیش، برخی آزمون‌ها با هدف مدیریت فضای کلاس درس ایجاد شده و بعدها با کاربردهای نظامی گسترش یافته‌اند تا شناخت یا هوش را بسنجند. نظریه کتل-هورن- کارول در مورد سنجش توانایی‌های شناختی، مفهوم هوش عمومی (عامل g) را با ساختاری سلسله مراتبی ایجاد کرد که شامل ۷۰ عامل مشخص بود. برخی محققان شناخت را معادل هوش فرد در نظر گرفته و با آزمون‌های هوشی، قصد سنجش توانایی‌های شناختی را دارند. بر اساس ارزیابی‌های کلینیکی کارکردهای شناختی، دیوید وکسلر مقیاس هوشی با چند خرده مقیاس را ساخت. او پیشنهاد کرد که توانایی‌های شناختی فرد بر اساس تعداد زیادی آزمودنی برآورد شود و یک نمره کلی جهت کارکرد شناختی (g) و نمراتی جداگانه برای توانایی‌های کلامی و عملکردی به‌دست آید. مطالعات روان‌سنجی زیادی کاربرد آن را در سنجش هوش عمومی و شایستگی‌های شناختی در کودکان ۳۰ تا ۸۷ ماهه نشان داده است (بولارد و همکاران، ۲۰۱۳؛ کامرر و همکاران، ۲۰۱۸). آزمون هوش وکسلر، به‌عنوان سنجشی معتبر و پایا، سازه‌های شناختی شامل توانایی‌های کلامی، فضایی، دانش ریاضی و استدلال، حافظه کاری و

سرعت پردازش را، از طریق خرده آزمون‌های سنجیده و اطلاعات مفیدی برای درمانگران و متخصصان فراهم می‌سازد (وولاریچ و همکاران، ۲۰۰۸).

مطالعات توانایی‌های شناختی، برای جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در صورتی که مداخلات لازم صورت بگیرد، می‌توان این توانایی‌ها را بهبود بخشید (پیریت، ۱۹۹۸). مطالعات طولی متعدد، در مورد اهمیت توانایی‌های شناختی در بین زمینه‌های مهم زندگی نشان می‌دهند که در میان پدیده‌های دیگر، وضعیت پیشرفت اجتماعی - اقتصادی، خلاقیت، جرم و بزه، انتخاب همسر، رفتار مخاطره‌ای مرتبط با سلامت، کیفیت و طول عمر، انتخاب تحصیلی - شغلی و به‌صورت کلی تحول مثبت روان‌شناختی، همگی با تفاوت‌های شناختی سنجیده شده در اوایل کودکی ارتباط علی دارند (لوپینسکی، ۲۰۰۴). کامرر و همکاران (۲۰۱۸) به بررسی نقش توانایی‌های شناختی در خواندن، ریاضی، نوشتن و بسیاری مهارت‌های تحصیلی دیگر در کودکان پرداخته و نتیجه گرفته‌اند که اثرات هوش عمومی بر تمام مهارت‌های پیشرفتی، گرچه غیر مستقیم ولی با اهمیت بوده است. مشابه با این، لوپینسکی (۲۰۰۴) بیان کرده که مطالعات طولی متعددی اهمیت توانایی‌های شناختی را در زمینه‌های مختلف زندگی مانند موقعیت پیشرفت اجتماعی - اقتصادی، خلاقیت، جرم و جنایت، انتخاب همسر، رفتار مخاطره‌آمیز مربوط به سلامت، کیفیت زندگی و طول عمر، انتخاب تحصیلی - شغلی و رشد مثبت روان‌شناختی نشان داده‌اند. تقریباً تمامی عملکردهای انسان تا حدی با هوش عمومی درآمیخته‌اند تا جایی که توانایی‌های شناختی می‌توانند بیش از نیمی از واریانس رفتارهای دنیای واقعی را پیش‌بینی کرده و برخی دانشمندان، هوش عمومی را معادل پیشرفت در زندگی قلمداد کرده‌اند.

از طرفی مسیر تحولی توانایی شناختی و تغییرات موجود در دوره حساس پیش‌دبستانی، می‌تواند تعیین‌کننده آینده فرد و سنگ بنای موفقیت او باشد. سرعت رشد سریع عصب‌شناختی کودکان موجب ایجاد مرحله‌ای حساس و گذرا در سنین پیش‌دبستانی شده است که چندان مورد بررسی قرار نگرفته است. این موضوع موجب ایجاد شکافی تحقیقاتی شده است که با توجه به مطالعات اندک دوره حساس کودکی و تغییرات مهم زندگی کودک در دوران پیش از دبستان، تحقیقات جاری بایستی این شکاف را به‌صورت دقیق مورد بررسی قرار دهند (تائو و همکاران، ۲۰۱۴). در نتیجه هدف از مطالعه حاضر، شناخت مسیر تحولی هوش شناختی در گستره سنی پیش‌دبستانی در جمعیت ایران بوده است تا بتوان با شناخت بهتر توانایی‌های شناختی در کودکی اولیه، فرصت بهتری جهت پیشگیری یا مداخله زودهنگام را انجام داد.

• روش

این مطالعه به روش توصیفی بر اساس طرح همبستگی به‌منظور شناخت مسیر تحولی حیطه شناختی انجام شده است. داده‌های مورد استفاده در این تحقیق از طرح طولی "مطالعه رشد کودکی در ایران" به‌عنوان اولین مطالعه طولی رشد و تحول کودکان ایرانی برگرفته شده است. در این مطالعه، ابتدا پنج شهر شامل تهران، بندرعباس، مشهد، زرنند و تبریز به‌عنوان جمعیت معرف ایران از نظر توزیع جغرافیایی در نظر گرفته شد. سپس مراکز پیش‌دبستانی هر شهر را از جنوب، شمال، شرق، غرب و مرکز هر شهر انتخاب گردید. پس از آن در جلسه‌ای توجیهی، اهداف مطالعه برای مدیر و مشاوران مرکز توضیح داده شد. در ادامه از هر مرکز، دو کلاس را به‌صورت تصادفی انتخاب و فهرستی از کودکان واجد شرایط تهیه شد. شرایط قرارگیری در این لیست عبارت بود از کودک بایستی در گستره سنی ۴۸-۷۸ ماهگی (پیش‌دبستانی) باشد، دارای فلج مغزی یا سایر اختلالات تحولی یا حرکتی نباشد، بایستی با پدر و مادر خود زندگی کند و حداقل سه ماه در آن مرکز حضور داشته باشد. سپس با مادران این کودکان، از طریق تلفن تماس گرفته شده و بر اساس ترجیح آنان، در مدرسه یا خانه، قرار ملاقاتی تنظیم شد. به والدینی که اظهار تمایل جهت همکاری در این مطالعه را داشتند، فرم رضایت‌نامه‌ای تحویل داده شد. قبل از شروع سنجش، توضیحات تکمیلی درباره هدف مطالعه و شیوه اجرای آن و همچنین نحوه همکاری از طریق بروشور، حضوری و یا تلفنی برای والدین ارائه شده و به سؤالات آنان پاسخ داده شد. همچنین به والدین و کودکان اطمینان داده شد که داده‌های جمع‌آوری شده شامل حقوق حفظ حریم شخصی بوده و بجز پژوهشگران، کسی به آن دسترسی ندارد. در این مرحله والدین مختار بودند که در مطالعه شرکت کنند و یا فرم رضایت را برگردانند (گرچه سؤالاتی از جانب والدین در راستای تکمیل اطلاعات این مطالعه، مطرح شد اما هیچ یک از والدین انصراف ندادند). در ادامه ۱۱ مصاحبه‌گر آموزش‌دیده، کودکان انتخاب شده را از نظر سلامت روان و جسم، بر اساس مصاحبه و گزارش والدین بررسی کردند. جهت سنجش هوش شناختی، پرسشنامه مربوطه بین والدین توزیع و پس از تکمیل توسط مادر، پدر یا هر دوی آنان، در

طول یک هفته جمع‌آوری شد. تمامی مراحل جمع‌آوری داده‌ها، ظرف مدت سه ماه انجام شد.

نمونه مورد مطالعه، شامل ۴۳۳ کودک سالم ایرانی (دختر=۴۷.۸ درصد) از پنج شهر به‌عنوان جمعیت معرف ایران از نظر توزیع جغرافیایی شامل تهران (۱۳۴ نفر، ۳۰/۹ درصد)، بندرعباس (۹۳ نفر، ۲۱/۵ درصد)، مشهد (۹۱ نفر، ۲۱ درصد)، زرنند (۷۲ نفر، ۱۶/۶ درصد) و تبریز (۴۳ نفر، ۹/۹ درصد) بوده که به روش خوشه‌بندی تصادفی انتخاب شدند. جهت افزایش تعمیم‌پذیری افراد حاضر در نمونه، از انواع مهدکودک‌ها و مراکز آموزشی در پژوهش شرکت داده و از نظر مشخصات مهم دموگرافیک مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی همتا شدند. همچنین کودکان از نظر حمایت خانوادگی، تغذیه و سلامت روان و جسم، بر اساس گزارش والدین و مصاحبه‌گران بررسی شدند. سن کودکان حاضر در مطالعه در گستره ۴۸ تا ۷۸ ماهگی (میانگین=۶۶/۷۵، انحراف معیار=۶/۷۴) بود. جهت بررسی بهتر، شرکت‌کنندگان را به پنج دسته سنی ۶ ماهه دسته‌بندی شدند یعنی دسته سنی اول ۴۸-۵۳ ماه (۱۸ نفر، ۴/۲ درصد)، دسته سنی دوم ۵۴-۵۹ ماه (۶۱ نفر، ۱۴/۱ درصد)، دسته سنی سوم ۶۰-۶۵ ماه (۵۲ نفر، ۱۲ درصد)، دسته سنی چهارم ۶۶-۷۱ ماه (۲۰۴ نفر، ۴۷/۱ درصد) و دسته سنی پنجم ۷۲-۷۸ ماه (۹۸ نفر، ۲۲/۶ درصد).

• ابزار

مقیاس هوش اولیه پیش‌دبستانی وکسلر (WPPSI) (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence): برای

بررسی هوش شناختی، از نسخه فارسی مقیاس هوش اولیه پیش‌دبستانی وکسلر نسخه سوم (WPPSI-III) استفاده شد (شهیم، ۱۳۸۵). این مقیاس برای کودکان ۲ تا ۷ سال طراحی شده دارای ۱۲ زیر آزمون شامل ۶ آزمون کلامی (اطلاعات، لغات، محاسبات عددی، تشابهات، درک مطلب و جملات) و ۶ آزمون غیرکلامی یا عملی (خانه حیوانات، تکمیل تصاویر، مازها، طرح هندسی، طراحی با قطعات و تکرار خانه حیوانات) است. هوش کلامی و عملی، مجموعاً مقیاس کلی هوش را تعیین می‌کنند که به‌عنوان میانگین تمام توانی‌های شناختی در نظر گرفته می‌شود. توزیع نمره هوش کلی وکسلر کودکان پیش‌دبستانی، از نمره ۴۱ تا ۱۶۰ است که تقریباً ۴ انحراف معیار بالا و پایین میانگین را پوشش داده و بیش از ۹۹ درصد افراد جامعه را شامل می‌شود. کف و سقف مقیاس کامل، کفایت بیشینه را داشته و کودکان با توانایی بالا و پایین را در تمامی این گستره سنی می‌سنجند (براکن، ۲۰۰۴). اعتبار نسخه فارسی این ابزار ۰/۸۳، ۰/۹۰، و ۰/۸۸ به‌ترتیب برای هوش کلامی، عملی و کلی بوده است. در مطالعه حاضر، اعتبار آزمون ضرایب ۰/۹۴، ۰/۵۰، و ۰/۹۵ به‌ترتیب برای هوش بهره‌های کلامی، عملی و کل به‌دست آمده است.

• یافته‌ها

جهت بررسی نتایج از استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۶) استفاده شد. آمار توصیفی داده‌های این پژوهش شامل گستره، میانگین، انحراف معیار و واریانس مؤلفه‌های بررسی شده در جدول ۱ گزارش شده است (جدول ۱).

جدول ۱. آمار توصیفی داده‌ها شامل گستره، میانگین، انحراف معیار و واریانس مؤلفه‌های هوش شناختی

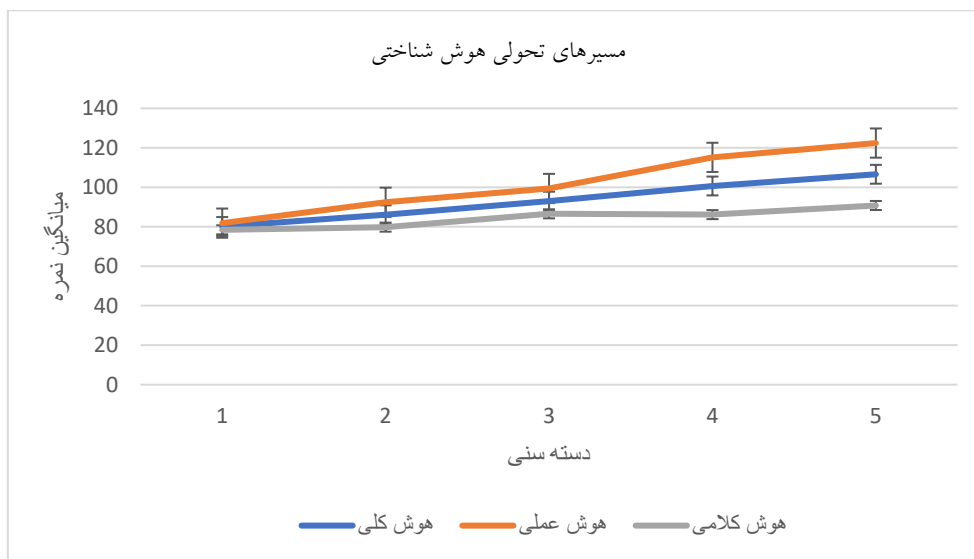
کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	واریانس	
۶	۲۱	۱۴/۱۹	۲/۵۹	۶/۷۳	جمع نمرات اطلاعات
۱	۴۲	۲۵/۷۲	۸/۱۵	۶۶/۵۰	جمع نمرات واژه‌ها
۵	۲۰	۱۴/۱۹	۲/۶۹	۷/۲۴	جمع نمرات مشابهت‌ها
۴	۲۳	۱۲/۱۰	۳/۵۶	۱۲/۶۷	جمع نمرات محاسبه عددی
۵	۳۰	۱۹/۸۸	۵/۸۲	۳۳/۹۳	جمع نمرات درک مطلب
۱۰	۶۰	۴۴/۵۲	۱۰/۳۵	۱۰۷/۱۵	نمره خانه حیوانات
۵	۲۳	۱۵/۸۸	۳/۵۶	۱۲/۶۹	جمع نمرات تکمیل تصاویر
۴	۳۰	۱۹/۷۹	۶/۲۰	۳۸/۴۶	جمع نمرات مازها
۱	۲۸	۱۵/۹۹	۵/۹۷	۳۵/۶۳	جمع نمرات طرح هندسی
۲	۲۰	۱۴/۱۶	۴/۰۶	۱۶/۵۱	جمع نمرات طراحی با قطعات چوبی
۳۷	۱۲۵	۸۶/۰۴	۱۸/۰۸	۳۲۶/۷۶	نمره هوش کلامی
۵۰	۱۵۳	۱۱۰/۳۲	۲۱/۲۷	۴۵۲/۲۰	نمره هوش عملی
۶۲/۰۰	۱۳۶/۵۰	۹۸/۱۸	۱۶/۴۵	۲۷۰/۴۸	نمره هوش کلی

جهت بررسی همگنی مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده هوش شناختی، از آزمون رابطه خطی همبستگی پیرسون، با در نظر گرفتن سهم مؤلفه‌های جنس و سن، استفاده شد (جدول ۲). طبق نتایج این آزمون، همبستگی مثبت و معنادار ($p < 0.05$) با مقدار متوسط ($0.73 > 0.17$) بین ۲۲ مورد از ۴۲ مورد همبستگی مشاهده شده، بیانگر همبستگی درونی بالای این مؤلفه‌های شناختی است.

جدول ۲. همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌های هوش شناختی با در نظر گرفتن سهم متغیرهای جنس و سن

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
									-	۱. نمرات اطلاعات
								-	***.۰/۴۹	۲. نمرات واژه‌ها
								***.۰/۶۰	***.۰/۴۴	۳. نمرات مشابهت‌ها
							***.۰/۴۴	***.۰/۲۷	***.۰/۴۰	۴. نمرات محاسبه عددی
					***.۰/۳۳	***.۰/۵۸	***.۰/۶۷	***.۰/۳۷	***.۰/۳۷	۵. نمرات درک مطلب
				-	*.۰/۱۱	*.۰/۱۱	-۰.۰۴۱	-۰.۰۲۸	***.۰/۲۰	۶. نمرات خانه حیوانات
			***.۰/۲۸	***.۰/۱۷	***.۰/۳۴	***.۰/۲۵	***.۰/۲۳	***.۰/۴۱	***.۰/۴۱	۷. نمرات تکمیل تصاویر
			-	***.۰/۳۲	*.۰/۰۷	***.۰/۳۱	***.۰/۴۴	***.۰/۳۰	***.۰/۲۲	۸. نمرات مازها
			***.۰/۴۷	***.۰/۲۳	*.۰/۱۱	***.۰/۱۵	***.۰/۳۴	***.۰/۱۸	*.۰/۰۴	۹. نمرات طرح هندسی
-	***.۰/۳۴	***.۰/۴۹	***.۰/۲۷	*.۰/۱۱	***.۰/۴۲	***.۰/۵۲	***.۰/۴۳	***.۰/۲۸	***.۰/۲۶	۱۰. نمرات طراحی با قطعات چوبی

در ادامه به بررسی روند تحول هوش شناختی و مؤلفه‌های آن (هوش کلامی و هوش عملی) در ۵ بازه زمانی ۶ ماهه پرداخته شد (شکل ۱).



شکل ۱. مقایسه روند مسیره‌های تحولی هوش شناختی در گستره سنی ۴۸-۷۸ ماهگی در بین دسته‌های سنی شش‌ماهه

در ادامه جهت بررسی دقیق‌تر مسیر تحولی، از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. نتایج آزمون کروسکال-والیس نشان داد که در بین بازه‌های سنی شش‌ماهه، تغییرات معناداری درباره هوش کلامی ($p < 0.01, F = 4.44$)، هوش عملی ($p < 0.001, F = 46.85$) و هوش کلی ($p < 0.001, F = 28.17$) بین این گروه‌های سنی وجود دارد. همچنین آزمون تعقیبی گیمز-هاول انجام شد تا مشخص گردد که تفاوت مشاهده شده، بین کدام یک از رده‌های سنی است. نتایج این آزمون نشان داد که در هوش کلامی، اختلاف معنادار ($p < 0.1$) بین میانگین دسته سنی اول با دسته پنجم ($p < 0.1; 7/74$) و دسته سنی دوم با دسته پنجم ($p < 0.1; 10/97$) وجود دارد. افزون بر آن در هوش عملی، اختلاف معنادار بین میانگین دسته سنی اول با دسته سوم ($p < 0.05; 17/57$)، با دسته چهارم ($p < 0.001; 33/33$) و با دسته پنجم ($p < 0.001; 40/57$)؛ بین دسته سنی دوم با دسته چهارم ($p < 0.001; 22/76$) و دسته پنجم ($p < 0.001; 29/99$)، بین دسته سنی سوم با دسته چهارم ($p < 0.001; 15/76$) و با دسته پنجم ($p < 0.001; 23/00$) و بین دسته سنی چهارم با دسته پنجم ($p < 0.001; 7/23$) وجود دارد.

در مجموع، در هوش کلی، اختلاف معنادار بین میانگین دسته سنی اول با دسته سوم (۱۲/۸۴؛ $p < 0/01$) و دسته چهارم (۲۰/۵۲؛ $p < 0/001$) و دسته پنجم (۲۶/۴۵؛ $p < 0/001$)؛ دسته سنی دوم با دسته چهارم (۱۴/۵۶؛ $p < 0/001$) و دسته پنجم (۲۰/۴۸؛ $p < 0/001$)؛ بین دسته سنی سوم با دسته چهارم (۷/۶۸؛ $p < 0/01$) و دسته پنجم (۱۳/۶۱؛ $p < 0/001$)؛ بین دسته سنی چهارم با دسته پنجم (۵/۹۲؛ $p < 0/05$)، وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که درباره هر سه مؤلفه هوش کلامی، هوش عملی و هوش کلی، گرچه میانگین در دختران بیشتر است اما تفاوت معناداری بین پسران و دختران وجود ندارد.

● بحث

هدف از مطالعه حاضر، شناخت روند تحولی توانایی شناختی، در کودکان ایرانی بوده است. به این منظور از آزمون وکسلر جهت سنجش هوش شناختی در گستره سنی ۴۸ تا ۷۸ ماهگی استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر سه مؤلفه هوش کلامی، هوش عملی و در مجموع هوش شناختی در این بازه زمانی، با بالا رفتن سن، افزایش معناداری پیدا می‌کند. این بدین معناست که این دوره، یکی از دوره‌های حیاتی مرتبط با تحول توانایی شناختی است. دیمیترو و اسپانودیس (۲۰۱۷) نیز بیان می‌دارند که تقریباً در تمامی مقالات، شاهد رشد هوش شناختی با افزایش سن هستیم. این تحول، از دیدگاه‌های مختلف از جمله عصب روانشناسی قابل بررسی است. بر اساس اکثر شناساگرهای تحولی، منطقه قشر پیش پیشانی یکی از آخرین مناطق مغزی هست که بالغ می‌شود (فاستر، ۲۰۰۲). رشد این مناطق مغزی (به‌ویژه پیش‌پیشانی) نقطه‌ای مرکزی برای پردازش فعالیت‌های پیچیده هست که تا اوایل بزرگسالی در حال رشد بوده و در دوران کودکی مسیر تحولی متفاوتی را طی می‌کند. بلوغ توانایی کنترل، عامل تحولی عمده در رشد این توانایی‌ها است (دیمیترو و اسپانودیس، ۲۰۱۷)، که از نظر آشیلمن و همکاران (۲۰۱۷)، متأثر از مدیریت اطلاعات در حافظه فعال و ارتباط آن با هوش سیال است. از نظر اندرسون (۲۰۱۷) مؤلفه‌های کارکرد اجرایی یا کنترل شناختی، مهم‌ترین عامل در تحول شناخت است. او معتقد است که افراد دو جنبه مختلف مغزی تفاوت دارند، سرعت که نمایانگر یکپارچگی ماده سفید مغزی است و به‌صورت ابتدایی توسط ریتم‌های آلفا در مغز بیان می‌شود. کارکرد اجرایی نماینده ارتباطات ماده خاکستری بوده و به‌صورت ابتدایی توسط ریتم‌های تتا یکپارچه شده با ریتم‌های آلفا بیان می‌شود. کوتاه‌سخن آنکه تفاوت‌های فردی و تحول شناختی همانند نبوده و منشأ متفاوتی دارند. بلیر و همکاران (۲۰۰۵) نیز معتقدند که مکانیسم‌های محیطی با افزایش هوش سیال مرتبط است. آنها این افزایش هوش سیال را مرتبط با مناطق مغزی مرتبط و به‌ویژه قشر پیش‌پیشانی می‌دانند. طبق فرضیه رشد عصب‌شناختی مبتنی بر مواجهه با مدرسه این ارتقا، خود وابسته به دو عامل آموزش‌های مدرسه‌ای و افزایش محاسبات ریاضیاتی است.

از منظر دیگر، همبستگی بین هوش کلامی و هوش عملی در تمامی این سنین تکرار شده است که بیانگر همبستگی درونی مؤلفه‌های شناختی است. مطالعات دیگری نیز ثبات شناختی در کودکان آسیایی (سنگاپور) را، همچون سایر کشورها، نشان داده است (سونگ، ۲۰۱۴). برخی مطالعات این همگنی شناختی را به‌صورت همبستگی قوی بین عملکرد تحصیلی و مهارت‌های ریاضی، خواندن و توجه (به‌عنوان مهارت‌هایی شناختی) نشان داده‌اند (دانکن و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین بین هوش شناختی پسران و دختران تفاوت معناداری یافت نشد. لیو و لین (۲۰۱۱) نیز دریافتند که ارتباط بین نمرات آزمون WPPSI در کودکان ۵-۶ ساله، نشان‌دهنده تفاوت جنسیتی قابل ملاحظه‌ای در بهره هوشی کلامی، عملی و کلی در نمونه‌های ژاپنی و آمریکایی نبوده است ولی در نمونه‌های چینی، پسران نمرات هوشی بالاتری نسبت به دختران کسب کرده‌اند. همچنین بررسی گولدبک و همکاران (۲۰۱۰) در آلمان نشان داده در حالی که در مؤلفه هوش کلی وکسلر، تفاوت معناداری وجود ندارد اما هوش کلامی دختران، بیشتر از پسران بوده است. مطالعه باکزیلوفسکا و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان می‌دهد که تفاوت معنادار کمی به نفع دختران تا سن چهارسالگی است؛ اما در سنین شش تا هفت‌سالگی، پسران همانند دختران عمل می‌کنند. این پژوهشگران فرض می‌کنند که دختران زودتر از پسران به بلوغ شناختی می‌رسند. مطالعات سلرز و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پسران و دختران در سنین پایین وجود ندارد. در مجموع گرچه یافته‌های موجود در این حیطه هماهنگ نیست اما به نظر می‌رسد که هوش کلی بین پسران و دختران در اوایل کودکی تفاوت معناداری ندارد اما بیشتر پژوهش‌ها، نشان داده‌اند که میانگین هوش کلامی در دختران بالاتر از پسران است. مجموع این یافته‌ها نشان می‌دهد که توانایی‌های شناختی تا حد زیادی ناوابسته به فرهنگ و جنس بوده و برخلاف توانایی‌های هیجانی-اجتماعی، همگن هستند.

پژوهش ما از جمله موارد معدود بررسی توانایی‌های شناختی در کودکان پیش‌دبستانی است که در محیط طبیعی کودکان انجام شده و روایی بوم‌شناختی بالایی دارد. در کنار این نکات مثبت، محدودیت‌هایی وجود دارد که باید مدنظر گرفته شود. نگرش والدین به کودکان‌شان، عاملی تعیین‌کننده در نحوه پر کردن پرسشنامه توسط ایشان است. به‌علاوه پرسشنامه‌های قلم-کاغذی و مبتنی بر خود گزارش دهی دارای محدودیت‌های خاص خود است (جینرسولورا، ۲۰۱۹) که باید مدنظر قرار داده شود. بدین سبب مطالعه هم‌زمان همبسته‌های عصب‌شناختی می‌تواند کمک‌کننده باشد (کاپنز، ۲۰۱۹؛ لونسون، ۲۰۱۹). همچنین استفاده از رویکردهای محاسباتی که برخاسته از سامانه‌های پیچیده و پویا است رویکرد سودمند دیگری است که در حال گسترش است (پسوا، ۲۰۱۹).

• نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش می‌تواند از لحاظ نظری، در بررسی فرضیه‌های تحولی دوران حساس اوایل کودکی سودمند باشد. پیچیدگی مسیر تحولی توانایی‌های شناختی مورد اختلاف صاحب‌نظران بوده و یافته‌های این پژوهش می‌تواند به روشن شدن فرضیه‌های موجود کمک کند. همچنین از لحاظ عملی، کمک می‌کند که والدین متوجه اهمیت این دوره شده و متناسب با این مسیر تحولی، برنامه‌ریزی کنند. از طرفی این یافته‌ها باعث فراهم شدن اطلاعات لازم برای درمانگران، به‌منظور ایجاد و اصلاح شیوه‌های تقویت، مداخله و درمان، تشخیص زودهنگام اختلال‌های شناختی و اقدام به رفع آن کاستی در سنین حساس کودکی گردد. از بُعد آموزشی نیز فراهم آوردن اطلاعات لازم برای آموزگاران و فعالان حیطه تعلیم و تربیت به‌منظور بهبود شیوه‌های یادگیری، افزایش انگیزه و ارتباطات غنی‌تر، کمک‌کننده است. در مجموع با توجه به اینکه مطالعات بسیار کمی به بررسی مسیر تحولی شناختی در کودکان پیش‌دبستانی و به‌ویژه در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط پرداخته‌اند و از طرفی هوش عمومی از نظر تجربی، پیش‌بینی‌کننده‌ای قدرتمند و قابل‌اعتماد درباره برون‌دادهای زندگی است (دمتریو و همکاران، ۲۰۲۱). شناخت مسیرهای دوران کودکی به‌ویژه توانایی‌های شناختی، زیربنای موفقیت آتی فرد بوده و می‌تواند تعیین‌کننده سلامت جامعه باشد.

• تضاد منافع

نویسندگان اظهار نمودند که در این پژوهش، هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

• سپاسگزاری

از موسسه همنوای آوای رویش، جهت جمع‌آوری داده‌های موجود سپاسگزاریم. همچنین از کودکان ارجمند و خانواده‌های محترم‌شان که در این طرح شرکت داشته‌اند قدردانی می‌شود.

• منابع

- Aeschlimann, E. A., Voelke, A. E., & Roebbers, C. M. (2017). Short-term storage and executive working memory processing predict fluid intelligence in primary school children. *Journal of Intelligence*, 5(2), 17.
- Anderson, M. (2017). Binet's error: Developmental change and individual differences in intelligence are related to different mechanisms. *Journal of Intelligence*, 5(2), 24.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Blair, C., Gamson, D., Thorne, S., & Baker, D. (2005). Rising mean IQ: Cognitive demand of mathematics education for young children, population exposure to formal schooling, and the neurobiology of the prefrontal cortex. *Intelligence*, 33(1), 93-106.
- Bracken, B. A. (2004). The psychoeducational assessment of preschool children: Third edition. *The Psychoeducational Assessment of Preschool Children: Third Edition*, 3, 1-488. <https://doi.org/10.4324/9781410611451>
- Buczyłowska, D., Ronniger, P., Melzer, J., & Petermann, F. (2019). Sex similarities and differences in intelligence in children aged two to eight: Analysis of SON-R 2-8 scores. *Journal of Intelligence*, 7(2), 11.
- Bullard, S. E., Griss, M., Greene, S., & Gekker, A. (2013). Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. In *Archives of Clinical Neuropsychology* (Vol. 28, Issue 1). SpringerLink (Online service). <https://doi.org/10.1093/arclin/acs103>
- Caemmerer, J. M., Maddocks, D. L. S., Keith, T. Z., & Reynolds, M. R. (2018). Effects of cognitive abilities on child and youth academic achievement: Evidence from the WISC-V and WIAT-III. *Intelligence*, 68, 6-20.

<https://doi.org/10.1016/j.intell.2018.02.005>

- Cvencek, D., Meltzoff, A. N., & Kapur, M. (2014). Cognitive consistency and math–gender stereotypes in Singaporean children. *Journal of Experimental Child Psychology*, *117*, 73–91.
- Dadjoo, M., & Gharibzadeh, S. (2021). Investigating Emotion and Its Interaction with Cognition: Research Recommendations. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, *10*(6). [Persian]. <http://frooyesh.ir/article-1-2647-en.html>
- Dadjoo, M., & Gharibzadeh, S. (2022). Prediction of Self-Control Based on Cognitive Intelligence and Socio-Emotional Behavior Assessments in Early Childhood. *Frontiers in Biomedical Technologies*, *9*(1). <https://fbt.tums.ac.ir/index.php/fbt/article/view/356>
- Demetriou, A., Golino, H., Spanoudis, G., Makris, N., & Greiff, S. (2021). The future of intelligence: The central meaning-making unit of intelligence in the mind, the brain, and artificial intelligence. *Intelligence*, *87*, 101562.
- Demetriou, A., & Spanoudis, G. (2017). *From cognitive development to intelligence: Translating developmental mental milestones into intellect*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Dickens, W. T., & Flynn, J. R. (2001). Heritability estimates versus large environmental effects: the IQ paradox resolved. *Psychological Review*, *108*(2), 346.
- Donachie, M. J. (2014). Holistic Early Childhood Development Index. In *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000229188>
- Duncan, G. J., Dowsett, C. J., Claessens, A., Magnuson, K., Huston, A. C., Klebanov, P., Pagani, L. S., Feinstein, L., Engel, M., Brooks-Gunn, J., Sexton, H., Duckworth, K., & Japel, C. (2007). School Readiness and Later Achievement. *Developmental Psychology*, *43*(6), 1428–1446. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1428>
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children’s maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 495–525.
- Flook, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., & Davidson, R. J. (2015). Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. *Developmental Psychology*, *51*(1), 44–51. <https://doi.org/10.1037/a0038256>
- Fuster, J. M. (2002). Frontal lobe and cognitive development. *Journal of Neurocytology*, *31*(3), 373–385.
- Gershon, R. C., Wagster, M. V., Hendrie, H. C., Fox, N. A., Cook, K. F., & Nowinski, C. J. (2013). *NIH toolbox for assessment of neurological and behavioral function*. Neurology. <https://doi.org/10.1212/wnl.0b013e3182872e5f>
- Giner-Sorolla, R. (2019). The past thirty years of emotion research: appraisal and beyond. *Cognition and Emotion*, *33*(1), 48–54. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1523138>
- Goldbeck, L., Daseking, M., Hellwig-Brida, S., Waldmann, H. C., & Petermann, F. (2010). Sex differences on the German Wechsler intelligence test for children (WISC-IV). *Journal of Individual Differences*.
- International Standard Classification of Education (ISCED) 2011. (2012). In *International Standard Classification of Education (ISCED) 2011*. UNESCO Institute for Statistics Montreal. <https://doi.org/10.15220/978-92-9189-123-8-en>
- Jones, D. E., Greenberg, M., & Crowley, M. (2015). Early social-emotional functioning and public health: The relationship between kindergarten social competence and future wellness. *American Journal of Public Health*, *105*(11), 2283–2290. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302630>
- Kataoka, N., Valerio, A., Elder, L. K., Neuman, M. J., & Naudeau, S. (2011). *Investing in young children: an early childhood development guide for policy dialogue and project preparation*. The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/01/16283743/investing-young-children-early-childhood-development-guide-policy-dialogue-project-preparation>
- Kuppens, P. (2019). Improving theory, measurement, and reality to advance the future of emotion research. *Cognition and Emotion*, *33*(1), 20–23. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1536037>
- Levenson, R. W. (2019). Reflections on 30 years of Cognition & Emotion. *Cognition and Emotion*, *33*(1), 8–13. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1549023>
- Levine, L. E., & Munsch, J. (2016). *Child development: An active learning approach: An active learning approach*. Sage.
- Liu, J., & Lynn, R. (2011). Factor structure and sex differences on the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence in China, Japan and United States. *Personality and Individual Differences*, *50*(8), 1222–1226. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.013>
- Lubinski, D. (2004). Introduction to the Special Section on Cognitive Abilities: 100 Years After Spearman’s (1904) “‘General Intelligence,’ Objectively Determined and Measured.” *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*(1), 96–111. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.1.96>
- Moore, S. R., Lorntz, B., Lima, A. A., & Guerrant, R. L. (2007). Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, *369*(9564), 824–825. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60405-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60405-X)
- Pessoa, L. (2019). Embracing integration and complexity: placing emotion within a science of brain and behaviour. *Cognition and Emotion*, *33*(1), 55–60. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1520079>
- Pyryt, M. C. (1998). Human cognitive abilities: A survey of factor analytic studies. In *Gifted and Talented International* (Vol. 13, Issue 2). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1080/15332276.1998.11672894>
- Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, *51*(1), 52–66. <https://doi.org/10.1037/a0038454>
- Seel, N. M. (2012). Encyclopedia of the Sciences of Learning. In *Choice Reviews Online* (Vol. 50, Issue 03). Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.5860/choice.50-1234>

- Sellers, A. H., Burns, W. J., & Guyrke, J. (2002). Differences in young children's IQs on the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised as a function of stratification variables. *Applied Neuropsychology*, 9(2), 65–73.
- Shahim, S. (2006). *Wechsler Intelligence Scale for Children revised: the agenda and norms*. Shiraz University Press.
- Tao, T., Wang, L., Fan, C., & Gao, W. (2014). Development of self-control in children aged 3 to 9 years: Perspective from a dual-systems model. *Scientific Reports*, 4(1), 7272. <https://doi.org/10.1038/srep07272>
- Wolraich, M. L., Drotar, D. D., Dworkin, P. H., & Perrin, E. C. B. T.-D.-B. P. (Eds.). (2008). Screening and Assessment Tools. In *Developmental-Behavioral Pediatrics: Evidence and Practice* (pp. 123–201). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-04025-9.50010-6>
- Zhou, K. (2017). Non-cognitive skills: Potential candidates for global measurement. *European Journal of Education*, 52(4), 487–497. <https://doi.org/10.1111/ejed.12241>

● مقدمه

خانواده منبع بزرگ حمایت، صمیمیت (intimacy) و دلبستگی (attachment) انسان است. نیاز به عشق یا دلبستگی، بنیادی‌ترین نیاز روانی و بیولوژیکی آدمی است. اما برخی تعاملات ناسالم موجود در خانواده موجب ترس و اضطراب اعضای خانواده می‌شود (کامیاب‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۰). از خشونت خانگی (domestic violence) به‌عنوان نمونه‌ای از تعاملات ناکارآمد خانواده نام برده می‌شود که شامل خشونت به همسر (partner abuse)، خشونت به فرزند (child abuse)، خشونت نسبت به سالمندان (elder abuse) و خشونت فرزند نسبت به والدین (child-to-parent violence) است (عباس‌پور و همکاران، ۲۰۲۱). کوتزل (۲۰۰۱) خشونت فرزندان نسبت به والدین را والدآزاری (parent abuse) نامیده است. اصطلاح والدآزاری را نخستین بار پاگلو (۱۹۸۴)؛ به نقل از اکستین، ۲۰۰۲) در بحث بدرفتاری و سوءاستفاده از والدین سالخورده توسط فرزندان، به‌کار گرفت. والدآزاری رفتاری است که به شکل عاطفی، کلامی، فیزیکی و مالی به قصد کنترل کردن والدین انجام می‌گیرد (هولت، ۲۰۱۲). یکی از پیچیده‌ترین جنبه‌های والدآزاری این است که والدین خود را در قبال فرزندشان مسئول می‌دانند، درحالی‌که درگیر تناقض بین احساس دوست داشتن و محافظت کردن از فرزند خود و مورد آزار قرارگرفتن توسط او هستند (مورفی - ادوارد، ۲۰۱۲).

پژوهشی نشان داد که ۹ درصد خانواده‌ها در ایالات متحده با والدآزاری مواجه هستند و از هر ۱۲ مجرمی که به علت تعرض خانگی، مورد توجه قانون قرار گرفته است، یک نفر آنها از نوجوانان زیر ۱۸ سال بوده است که والدین خود را مورد خشونت قرار داده است (اویدو، ۲۰۱۹). والدآزاری می‌تواند به شکل کلامی، مانند مشاجره، فحاشی و داد و فریاد و یا به‌صورت اقدامات خشونت‌آمیز فیزیکی که شامل ضربه، هل دادن، سیلی و شکستن وسایل باشد. همچنین نوجوانان علاوه بر خشونت روانی و جسمی از اشکال روان‌شناختی خشونت استفاده می‌کنند که به اندازه خشونت فیزیکی و روانی زیان‌بار است (کوتزل، ۲۰۰۱). مارگولین و باکوم (۲۰۱۴) در مطالعات خود نشان دادند که آزار والدین در یک نمونه آماری ۷۵ درصد از نوع کلامی و ۲۲ درصد از نوع فیزیکی بوده است.

عوامل فردی و اجتماعی بسیاری مانند ویژگی‌های فردی، پویایی‌های خانوادگی، سابقه خشونت خانگی از عوامل مسبب والدآزاری به‌شمار می‌آیند (عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۷). خشونت خانگی یکی از پیشین‌های والدآزاری است (استروس و هوتلینگ، ۱۹۸۰)؛ به نقل از اویدو، ۲۰۱۹؛ کنتراس و دل کارمن کانو، ۲۰۱۶). چندین مطالعه نشان داده است که مادرآزاری توسط پسران در خانواده‌هایی که در آن خشونت خانگی رخ می‌دهد بیشتر است اما در رابطه با پدرآزاری رابطه معناداری پیدا نشد و نتایج نشان داد پسران از رفتار پدران الگوبرداری می‌کنند (بکسر و همکاران، ۲۰۰۹). خانواده به‌ویژه خانواده منسجم (cohesive family) نقش مهمی در سازگاری و سلامت ایفا می‌کند (علیزاده و یاری دهنوی، ۱۴۰۰). پژوهش‌ها حاکی از آن است کودکان متعلق به خانواده منسجم حمایت بین‌فردی بیشتری را ادراک می‌کنند و رضایت بیشتری از زندگی دارند و جامعه‌پذیرتر هستند. فرزندان متعلق به خانواده منسجم عزت‌نفس بالاتری دارند، درحالی‌که فرزندان خانواده آشفته بیشتر مستعد پرخاشگری و ستیزه‌جویی هستند (موریا و همکاران، ۲۰۱۴).

تنش ناشی از تعارض زناشویی فقط به روابط میان زوجین ختم نمی‌شود بلکه بر دیگر روابط درون خانوادگی به‌ویژه، روابط فرزندان نیز تأثیر می‌گذارد. تعارض زناشویی، تأثیر منفی در مورد رشد اجتماعی و روانی کودک دارد (دیویس و همکاران، ۲۰۰۶). از طرف دیگر نتایج پژوهش ایباب و جارگوینار (۲۰۱۰) نشان داد که بین عزت‌نفس و والدآزاری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. مطالعات در رابطه با نوجوانان و مسائل مربوط به آنها نشان داده است که کمبود عزت‌نفس موجب بروز مشکلات رفتاری در نوجوانان می‌شود (هریس و همکاران، ۲۰۱۸). تاب‌آوری یکی از اساسی‌ترین و مهمترین مبنای سلامت روانی افراد است (محمدیان و همکاران، ۱۳۹۹). تاب‌آوری، یعنی بازگشت به تعادل و یا رسیدن به سطح بالاتر از آن است که منجر به سازگاری موفق در زندگی می‌شود (رضازاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۷). فرزندان خانواده‌های آشفته نسبت به سایر کودکان تاب‌آوری پایین‌تری دارند (وینبرگ، ۲۰۱۵).

والدآزاری از جمله موضوعاتی است که در فرهنگ پژوهشی ما کمتر به آن پرداخته شده است تا جایی که بعضی اوقات رفتارهای پرخاشگرانه فیزیکی فرزندان به‌عنوان والدآزاری تعریف نمی‌شود. پژوهش‌هایی انجام شده که رابطه بعضی عوامل را با والدآزاری نشان داده است (عباس‌پور و همکاران، ۲۰۲۲)، اما پژوهشگران این پژوهش به پژوهش‌هایی که عوامل اثرگذار مستقیم و غیرمستقیم را نشان دهد، دست نیافتند. در این زمینه نیاز به پژوهش‌هایی است که بررسی کند چه متغیرهای خانوادگی و فردی بر دانش‌آموز اثر می‌گذارد

که موجب والدآزاری می‌شود. لذا این پژوهش در جستجوی پاسخ این سؤال است که آیا انسجام خانوادگی از طریق خشونت خانگی، تعارض زناشویی، عزت‌نفس و تاب‌آوری با والدآزاری رابطه دارد؟

• روش

در این پژوهش جهت بررسی مدل پیشنهادی از تحلیل مسیر استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر پایه اول و دوم مقطع متوسطه شهرستان شهرکرد بودند که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به تحصیل اشتغال داشتند. نمونه این پژوهش ۸۰۰ نفر بودند که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. بدین منظور با توجه به شرایط خاص بیماری کرونا، محدودیت تردد و ارتباطات اجتماعی و عدم اجرای به شکل حضوری و نیز تعطیلی مدارس پرسشنامه‌های پژوهش به صورت لینک ساخته شد و از طریق شبکه اجتماعی شاد و با همکاری مدیران و معلمان در گروه‌های مجازی مدارس دخترانه و پسرانه دوره اول و دوم متوسطه شهر شهرکرد انتشار یافت. همچنین نحوه مصاحبه سؤالات پرسشنامه در ابتدای پرسشنامه توضیح داده شد و از دانش‌آموزان خواسته شد، پس از پاسخ به سؤالات مربوط به بخش دانش‌آموزان پرسشنامه را در اختیار مادران قرار داده تا مادران با پاسخ‌دهی به سؤالات مخصوص به بخش مادر دانش‌آموز به تکمیل پرسشنامه اقدام کنند. در نهایت پس از حذف ۲۱ پرسشنامه ناقص، ۷۷۹ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از این نمونه، ۴۵۷ دانش‌آموز دختر و ۳۲۲ دانش‌آموز پسر بودند که دامنه سنی آنها بین ۱۳ تا ۱۹ سال بود و از این نمونه، ۴۲۴ نفر دانش‌آموز متوسطه اول و ۳۵۵ نفر دانش‌آموز متوسطه دوم بودند. تحصیلات مادران در مقطع تحصیلی زیر دیپلم ۲۵۵ نفر، دیپلم ۲۷۲ نفر، فوق دیپلم ۷۹ نفر، کارشناسی ۱۴ نفر، مدرک کارشناسی ارشد ۴۵ نفر، دکتری ۱۴ نفر بود. از این تعداد ۱۹۹ نفر شاغل و ۵۸۰ نفر خانه‌دار بودند که در دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال قرار داشتند.

• ابزارها

الف. مقیاس والدآزاری (فرم پسران) (parent abuse scale-boy version- PAS-bv): مقیاس والدآزاری (فرم پسران) یک مقیاس ۲۲ ماده‌ای است که برای سنجش سه بُعد والدآزاری (مالی، فیزیکی و عاطفی) در پسران نوجوان جامعه ایرانی در شهر اهواز توسط عباس‌پور و همکاران (۱۳۹۷) ساخته شده است. این مقیاس سه بُعد والدآزاری را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (هیچوقت) تا ۵ (همیشه) می‌سنجد. در این مقیاس علاوه بر سه نمره والدآزاری (مالی، فیزیکی و عاطفی)، یک نمره کل با حداقل ۲۲ و حداکثر ۱۱۰ برای هر آزمودنی محاسبه می‌شود. نمره بالا در این مقیاس نشانه میزان بالای والدآزاری است. ضریب اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در پژوهش عباس‌پور و همکاران (۱۳۹۷) برای کل مقیاس ۰/۹۸ و روایی این مقیاس بر اساس ساختار سه عاملی تأیید شده است. در این پژوهش نیز اعتبار نمره کل این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. لازم به ذکر است که این مقیاس توسط مادر دانش‌آموز تکمیل شد.

ب. مقیاس والدآزاری (دختر-مادر) (parent abuse scale-girl version- PAS-gm): مقیاس والدآزاری (دختر-مادر) یک مقیاس ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش دو بُعد والدآزاری (فیزیکی و عاطفی) در دختران نوجوان جامعه ایرانی توسط عباس‌پور و همکاران (۲۰۱۹) ساخته شده است. این مقیاس دو بُعد والدآزاری را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (هیچوقت) تا ۵ (هرگز) می‌سنجد. در این مقیاس علاوه بر دو نمره والدآزاری (فیزیکی و عاطفی) یک نمره کل با حداقل ۱۴ و حداکثر ۷۰ برای هر آزمودنی محاسبه می‌شود. نمره بالا در این مقیاس نشانه میزان بالای والدآزاری است. نتایج تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که این مقیاس از دو عامل فیزیکی و عاطفی تشکیل شده است و آلفای کرونباخ نمره کل این ابزار ۰/۹۱ گزارش شد (عباس‌پور و همکاران، ۲۰۱۹). در این پژوهش نیز اعتبار نمره کل این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. لازم به ذکر است که این مقیاس توسط مادر دانش‌آموز تکمیل شد.

ج. مقیاس مواجهه کودک با خشونت خانگی (child exposure to domestic violence scale- CEDVS): مقیاس مواجهه کودک با خشونت خانگی توسط ادلسون و همکاران (۲۰۰۸) برای اندازه‌گیری درجه مواجهه با اشکال مختلف خشونت خانگی طراحی شده است. نسخه اصلی این مقیاس مشتمل بر ۳۳ ماده است و در مجموع ۷ خرده مقیاس نمرات در مورد یک طیف چهار

گزینه‌ای صفر (هرگز) تا ۳ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بیشتر در هر خرده مقیاس، نشان‌دهنده مواجهه بیشتر کودک در آن مورد است. ادلسون و همکاران (۲۰۰۸) آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها را از ۰/۵۹ تا ۰/۸۵ و برای مقیاس کلی ۰/۸۶ گزارش کردند. رحیمی و همکاران (۱۳۹۰) برای بررسی روایی این مقیاس آن را به صورت همزمان با پرسشنامه خشونت جسمی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان‌دهنده روایی مطلوب آن بود. در این پژوهش نیز اعتبار نمره کل این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. در این پژوهش این مقیاس توسط دانش‌آموز تکمیل شد.

د. مقیاس تعارض زناشویی والدین (parental marital conflict scale- PMCS): مقیاس تعارض زناشویی والدین لویز (۱۹۸۶) برای سنجش تعارض و بی‌ثباتی رابطه زناشویی استفاده می‌شود. این مقیاس شامل ۴ خرده مقیاس فرزندان، ترس خانوادگی از جدایی، تبادل نقش والد- فرزند و تعارض زناشویی والدین است و توسط فرزندان پاسخ داده می‌شود. در این پژوهش از خرده مقیاس تعارض زناشویی استفاده می‌شود که ۱۳ ماده دارد. این مقیاس تعارض زناشویی را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۵ (کاملاً درست) تا ۱ (کاملاً نادرست) می‌سنجد. دامنه نمره‌های افراد در این خرده مقیاس بین ۱۳ تا ۶۵ است که نمرات بالاتر، تعارض زناشویی بیشتر را نشان می‌دهد. لویز (۱۹۸۶) اعتبار کل این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرد. وی همچنین اعتبار سازه این مقیاس را قابل قبول گزارش کرد. ضریب اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش عبادی و برون (۱۳۹۲) ۰/۸۳ به دست آمد. روایی محتوایی این مقیاس در پژوهش عبادی و برون (۱۳۹۲) توسط نظر اساتید و صاحب نظران روان‌شناسی مورد تأیید گزارش شده است. در این پژوهش نیز اعتبار نمره کل این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. در این پژوهش این مقیاس توسط دانش‌آموز تکمیل شد.

ه. پرسشنامه انسجام خانواده سامانی (Samani family cohesion questionnaire- SFCQ): سامانی (۱۳۸۱) پرسشنامه انسجام خانواده را بر پایه بررسی متون موجود و با الهام از الگوی ترکیبی السون (۱۹۹۹) ساخت. این پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای از طریق فرزندان خانواده پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۹۰ و به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است (سامانی، ۱۳۸۱). در پژوهش زارع و سامانی (۱۳۸۷) برآورد روایی این پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب همبستگی هر ماده با نمره کل به مقدار ۰/۶۸ به دست آمد و تمام ضرایب معنادار بود. در این پژوهش نیز اعتبار نمره کل این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

و. مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (rosenberg self-esteem scale- RSS): این مقیاس توسط روزنبرگ (وینچ، ۱۹۶۵) به منظور سنجش میزان عزت‌نفس افراد ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۰ ماده است که بر اساس درجه‌بندی لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، درجه‌بندی شده است. ثبات و تکرارپذیری نتایج حاصل از این ابزار خوب تا عالی گزارش شده است. رجیبی و بهلول (۱۳۸۶)، اعتبار این مقیاس را با کاربرد روش آلفای کرونباخ در کل نمونه دانشجویی ۰/۸۴، در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. این مقیاس از روایی درونی رضایت‌بخشی (۰/۷۷) برخوردار است. ضریب اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۴ به دست آمد. در این پژوهش این مقیاس توسط دانش‌آموز تکمیل شد.

ز. مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (Connor- Davidson resilience scale - CD-RS): مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۵ ماده دارد و در یک مقیاس پنج درجه‌ای بین ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس تاب‌آوری بیشتر را نشان می‌دهد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. روایی این مقیاس به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا و اعتبار به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ توسط سازمان سازندگان مقیاس (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) در گروه‌های مختلف ارائه کرده است که همگی معنادار بوده است. اعتبار این مقیاس توسط جوکار (۱۳۸۶) به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است که کاملاً منطبق با اعتبار گزارش شده توسط سازندگان مقیاس بوده است. در این پژوهش نیز اعتبار نمره کل این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. در این پژوهش این مقیاس ابزار دانش‌آموز تکمیل شد.

• یافته‌ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره

شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
انسجام خانوادگی	۱۰۴/۴۷	۲۲/۷۴	۳۴	۱۴۰
خشونت خانگی	۱۴/۲۶	۱۱/۹۵	۰	۸۳
تعارض زناشویی	۲۸/۶۵	۶/۷۰	۱۷	۵۵
عزت نفس	۱۲/۰۶	۲/۳۳	۱۰	۲۰
تاب‌آوری	۷۲/۱۰	۱۹/۱۶	۳	۱۰۰
والدآزاری	۲۹/۸۸	۱۰/۱۰	۲۳	۷۰

برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی روش تحلیل مسیر را برآورد می‌کنند، چهار مفروضه تحلیل مسیر شامل، داده‌های گمشده، بررسی داده‌های پرت، نرمال بودن و هم‌خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش حاضر هیچ داده گمشده‌ای وجود نداشت. جهت بررسی داده‌های پرت تک‌متغیری، نمره‌های Z متغیرها محاسبه شد. نتایج نشان داد که نمره‌های هیچ یک از آزمودنی‌ها ۳ انحراف معیار بالا یا پایین میانگین نبودند. جهت بررسی نرمال بودن، از ضریب کجی و ضریب کشیدگی استفاده می‌شود. قدر مطلق ضریب کجی هیچ کدام از متغیرها بزرگتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی هیچ کدام بزرگتر از ۱۰ نبود (مروتی و همکاران، ۱۳۹۲). جهت بررسی هم‌خطی چندگانه، از آماره تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. ارزش‌های تحمل هیچ کدام از متغیرها کمتر از ۰/۱۰ و ارزش‌های عامل تورم واریانس هیچ کدام از متغیرها بزرگتر از ۱۰ نبود (مروتی و همکاران، ۱۳۹۲). جدول ۲ ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری	۱	۲	۳	۴	۵	۶
عزت نفس	۱	۰/۶۱**	-۰/۳۷**	-۰/۳۴**	۰/۵۴**	-۰/۳۷**
تاب‌آوری	-	۱	-۰/۳۴**	-۰/۳۳**	۰/۵۰**	-۰/۳۳**
خشونت خانگی	-	-	۱	۰/۶۳**	-۰/۴۸**	۰/۵۰**
تعارض زناشویی	-	-	-	۱	-۰/۵۱**	۰/۴۵**
انسجام خانوادگی	-	-	-	-	۱	-۰/۵۴**
والدآزاری	-	-	-	-	-	۱

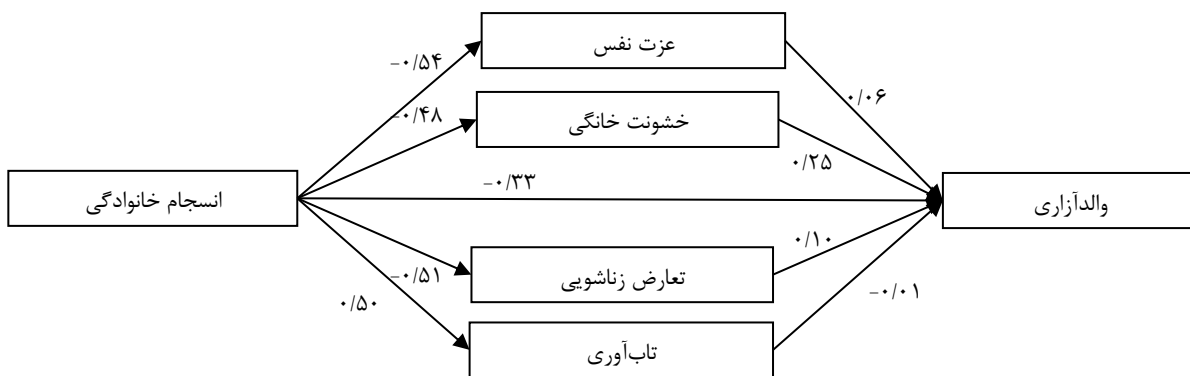
** (p < ۰/۰۱)

در این پژوهش از روش تحلیل مسیر جهت آزمایش مدل مورد نظر و از روش بوت استرپ ماکرو (پریچر و هیز، ۲۰۰۸) برای بررسی روابط غیرمستقیم استفاده شد. برآورد مدل در ۲ گام صورت می‌گیرد: (۱) بررسی برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش که شامل شاخص‌های برازش است و (۲) برآورد پارامترهای (ضرایب مسیر استاندارد) مدل پیشنهادی پژوهش. نتایج برازندگی مدل پیشنهادی در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی شامل شاخص مجذور خی (AGFI = ۰/۹۵)، مجذور خی نسبی ($\chi^2/df = 5/81$)، شاخص نیکویی برازش (GFI = ۰/۹۹)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI = ۰/۹۵)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI = ۰/۹۹)، شاخص برازندگی افزایش (IFI = ۰/۹۹)، شاخص برازندگی توکر-لویس (TLI = ۰/۹۶) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA = ۰/۰۷۹) حاکی از برازش مدل اصلاح شده است. بنابراین مدل پیشنهادی از برازندگی مطلوبی برخوردار است.

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی

شاخص‌های برازش	χ^2	Df	χ^2/Df	GFI	AGFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۲۳/۲۵	۴	۵/۸۱	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۶	۰/۰۷۹

الگوی نهایی در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. برون‌داد مدل پیشنهادی

جدول ۴ پارامترهای مربوط به اثرات مستقیم متغیرها بر یکدیگر را در مدل پیشنهادی پژوهش نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که همه مسیرهای مستقیم، دارای ضرایب معنادار می‌باشند. (جدول ۴)

جدول ۴. پارامترهای اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی

P	β	مسیر
۰/۰۰۱	-۰/۲۵	انسجام خانوادگی ← خشونت خانگی
۰/۰۰۱	-۰/۱۵	انسجام خانوادگی ← تعارض زناشویی
۰/۰۰۱	-۰/۰۶	انسجام خانوادگی ← عزت نفس
۰/۰۰۱	۰/۴۲	انسجام خانوادگی ← تاب‌آوری
۰/۰۱	-۰/۱۵	انسجام خانوادگی ← والدآزاری
۰/۰۱	۰/۲۱	خشونت خانگی ← والدآزاری
۰/۰۱	۰/۱۵	تعارض زناشویی ← والدآزاری
۰/۰۱	۰/۲۷	عزت نفس ← والدآزاری
۰/۰۱	۰/۰۶	تاب‌آوری ← والدآزاری

جدول ۵ نتایج حاصل از روش بوت استرپ در برنامه ماکرو و همکاران (۲۰۰۸) را برای روابط واسطه‌ای نشان می‌دهد. حد بالا و حد پایین متغیرهای پیشین در جدول ۵ نشان می‌دهد که خشونت خانگی، تعارض زناشویی، عزت نفس و تاب‌آوری به‌صورت جداگانه میانجی رابطه انسجام خانوادگی و والدآزاری هستند.

جدول ۵. نتایج بوت استرپ برای مسیرهای واسطه‌ای

سطح معناداری	حد بالا	حد پایین	بوت	مسیرها
۰/۰۰۱	-۰/۲۰	-۰/۲۸	-۰/۲۴	انسجام خانوادگی ← خشونت خانگی ← والدآزاری
۰/۰۰۱	-۰/۱۹	-۰/۲۷	-۰/۲۳	انسجام خانوادگی ← تعارض زناشویی ← والدآزاری
۰/۰۰۱	-۰/۱۶	-۰/۲۴	-۰/۲۰	انسجام خانوادگی ← عزت نفس ← والدآزاری
۰/۰۰۱	-۰/۱۳	-۰/۲۰	-۰/۱۷	انسجام خانوادگی ← تاب‌آوری ← والدآزاری

• بحث

پژوهش حاضر با هدف شناخت نقش واسطه‌ای خشونت خانگی، تعارض زناشویی، عزت نفس و تاب‌آوری در رابطه بین انسجام خانوادگی و والدآزاری صورت گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین انسجام خانوادگی و خشونت خانگی، تعارض زناشویی، عزت نفس، تاب‌آوری و والدآزاری رابطه معنادار وجود دارد. پژوهش‌های انجام شده نیز نشان داده‌اند بین انسجام خانوادگی و خشونت خانگی (عباس‌پور و همکاران، ۲۰۲۲؛ میرزایی‌کوتنایی و همکاران، ۱۳۹۴؛ تایلر و همکاران، ۲۰۱۶)، انسجام خانوادگی و تعارض زناشویی (عباس‌پور و همکاران، ۲۰۲۲)، انسجام خانوادگی و عزت نفس (عباس‌پور و همکاران، ۲۰۲۲؛ اسمیت، ۲۰۲۰)، انسجام

خانوادگی و تاب‌آوری (عباس‌پور و همکاران، ۲۰۲۲؛ مهدوی مزده و همکاران، ۱۳۹۷) و انسجام خانوادگی و والد‌آزاری (عباس‌پور و همکاران، ۲۰۲۲) رابطه وجود دارد.

در خانواده منسجم اعضا دارای توانایی درک یکدیگر و تفاهم و محیط خانواده دارای جو خانوادگی حمایتی است؛ بنابراین افراد در این نوع خانواده‌ها کمک‌رسان یکدیگر و نسبت به دغدغه‌های همدیگر خود را مسئول می‌دانند و در صدد رفع دغدغه‌های اعضای خانواده می‌کشند (نظیر و همکاران، ۲۰۱۲). بدیهی است که در چنین خانواده‌ای فرزندان خود را ارزشمند دانسته و احترام مثبت از خانواده خود دریافت می‌کنند و این امر منجر به ساخت مفهوم مثبتی از خود در فرزندان می‌شود. در خانواده‌های دارای انسجام بین اعضای خانواده درگیری کمتری رخ می‌دهد بنابراین روابط سازگاران‌ای بین اعضای خانواده برقرار است و این شرایط باعث می‌شود که اعضای خانواده از جمله فرزندان بتوانند نظرات خود را آزادانه بیان کنند و در تصمیم‌گیری‌ها شرکت کنند. همچنین دریافت احترام مثبت از والدین و احساس نزدیکی عاطفی موجب تقویت این باور در کودکان می‌شود که افرادی مهم و مورد پذیرش هستند و کودکان را قادر می‌سازد که مفهوم مثبتی از خود بسازند. شکل‌گیری عزت نفس در فرزندان می‌تواند مانعی برای بروز رفتارهای پرخاشگرانه نسبت به والدین باشد.

انسجام خانوادگی و رشد دلبستگی ایمن می‌تواند تقویت‌کننده تاب‌آوری در اعضای خانواده باشد. عواملی مانند توجه والدین به فرزندان، تضاد کمتر، عملکردهای خوب فکری و ارتباطات مثبت، سازنده تاب‌آوری هستند. خانواده‌های منسجم کودکانی را پرورش می‌دهند که عشق و علاقه، احترام، گرمی روابط و احساس مسئولیت را در خانواده تجربه کرده‌اند (زارع و سامانی، ۱۳۸۷). روابط حمایتی میان اعضای خانواده و وجود انسجام در خانواده باعث همبستگی و سازش‌یافتگی اعضای خانواده می‌شود و محیط خانواده پیشبینی‌کننده خوبی برای سازش‌یافتگی و پرخاشگری فرزندان است. بنابراین در خانواده‌هایی که انسجام خانوادگی کم است، فرزندان پرخاشگری بیشتری نشان می‌دهند. کودکان خانواده منسجم با مشاهده گرمی روابط و تعهد اعضای خانواده و عملکرد صحیح اعضای خانواده و با همانندسازی و تقلید عملکرد مؤثر را درونی می‌کنند و این امر موجب می‌شود که هنگام مواجهه با مشکلات موقعیتی، راهبردهای مناسب اتخاذ کنند و در روابط بین‌فردی از رفتار پرخاشگرانه کمتری استفاده کنند (شارما، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر، فرزندان در مواجهه با ناملایمات، ناکامی‌ها و رفتارهای تحریک‌کننده به‌جای استفاده از خشونت، این موقعیت را موقتی و قابل حل می‌دانند و از مکانیزم‌های شناختی سازگاران‌تری استفاده می‌کنند که مهمترین آن تاب‌آوری است.

از آنجایی که تعارضات زناشویی اجتناب‌ناپذیر هستند، در خانواده‌هایی که انسجام بالایی دارند، زوجین سبک‌های انعطاف‌پذیر و مشارکتی برای مواجهه با تعارضات دارند. این شیوه‌ها می‌تواند مانع شکل‌گیری خشونت خانگی شود. همچنین فرزندان یاد می‌گیرند که تعارض در روابط بین فردی بسیار محتمل است و روش‌های مواجهه والدین با این تعارضات، آموزنده و کاربردی است. این الگوهای تعاملی مثبت و سازنده می‌تواند عامل تسهیل‌کننده‌ای در روابط خانوادگی باشد و به والد‌آزاری منجر نشود.

• نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که خشونت خانگی، تعارض زناشویی، عزت نفس و تاب‌آوری به‌صورت جداگانه، میانجی رابطه انسجام خانوادگی و والد‌آزاری هستند. گرمی و روابط مثبت میان اعضای خانواده و حمایت و انعطاف‌پذیری خانواده و صمیمیت و تخلیه احساسات اعضا و تفاهم جمعی از ویژگی‌های خانواده منسجم است که مانع از درگیری و تمایلات تهاجمی اعضا با یکدیگر می‌شود. از سوی دیگر در خانواده‌های منسجم و خانواده‌هایی که در آنها مشکل خانوادگی وجود ندارد، به‌دلیل وجود رابطه صمیمانه میان اعضا و محبت میان آنها گرایش والد‌آزاری دیده نمی‌شود. همچنین فرزندان با مشاهده الگوهای صحیح رفتاری والدین و کسب مهارت‌های ارتباطی مؤثر می‌آموزند که از راهبردهای صحیح مقابله‌ای جهت حل تعارضات استفاده کنند. در خانواده‌های منسجم که تعارضات زناشویی به حداقل می‌رسد، حمایت بیشتر بین اعضا برقرار است. خانواده‌های منسجم با این سطح تعارضات زناشویی، احتمالاً فرزندان تربیت می‌کنند که به‌دلیل تفاهم و صمیمیت و همبستگی میان اعضا گرایش کمتری به والد‌آزاری دارند. انسجام خانوادگی یکی از ساختارهایی است که در خانواده نقش مهمی در ایجاد درک و تفاهم در خانواده دارد، گرمی روابط و تعهدی که میان اعضای خانواده است موجب می‌شود فرزندان دارای مسئولیت و تعهد باشند و به تأثیر احتمالی رفتار خود بر دیگران فکر کنند. همین امر احتمالاً باعث کاهش

رفتارهای والدآزارانه در آنها می‌شود. در خانواده‌های منسجم، فرزندان از حمایت عاطفی و مراقبت سازنده بین اعضای خانواده برخوردارند، بنابراین خانواده منسجم تعدیل‌کننده پیامدهای برآمده از برخورد فرزندان با عوامل خطرزا است. با توجه به اینکه جامعه پژوهش حاضر دانش‌آموزان متوسطه اول و دوم شهرستان شهرکرد و مادران آنان بوده است، لذا در تعمیم نتایج پژوهش به سایر جوامع و فرهنگ‌ها باید احتیاط کرد. همچنین در این پژوهش برای بررسی والدآزاری، فقط ادراک مادران مورد بررسی قرار گرفت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، برای بررسی والدآزاری، ادراک پدران نیز مورد بررسی قرار گیرد. تعطیلی مدارس و در نتیجه تکمیل ابزارها به صورت آنلاین از محدودیت‌های این پژوهش بوده است. در پژوهش حاضر متغیرهای فردی والدین و تأثیر آنها بر والدآزاری بررسی نشد. با توجه به این که متغیرهای فردی والدین مانند، تاب‌آوری، کمال‌گرایی و عزت‌نفس بر والدآزاری مؤثر هستند، لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی نقش و اثر این عوامل در والدآزاری بررسی شود.

• تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی وجود ندارد.

• تقدیر و تشکر

این مطالعه دارای کد اخلاقی EE/1400.3.02.11020/scu.ac.ir و مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز است. بدینوسیله از حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه شهید چمران اهواز در قالب پژوهانه تشکر می‌شود.

• منابع

- شکرکن، حسین؛ ارشدی، نسرین؛ شهنی بیلاق؛ منیجه؛ حقیقی، جمال. (۱۳۸۷). طراحی و آزمودن الگویی از پیشایندها و پیامدهای مهم انگیزش شغلی در کارکنان شرکت ملی مناطق نفت‌خیز جنوب منطقه اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱۵(۱)، ۳۲-۱.
- رجبی، غلامرضا؛ بهلول، نسرین. (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۳(۲)، ۳۳-۴۸.
- رضازاده مقدم، سونه؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ حمیدی پور، رحیم؛ ثناگو، اکرم. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر امید و تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *مجله روان پرستاری*، ۶(۹)، ۳۷-۳۱.
- زارع، مریم؛ سامانی، سیامک. (۱۳۸۷). بررسی نقش انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده در هدف‌گرایی فرزندان. *خانواده‌پژوهی*، ۴(۱۳)، ۱۷-۳۶.
- سامانی، سیامک. (۱۳۸۱). بررسی مدل علی همبستگی خانوادگی، استقلال عاطفی و سازگاری. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه شیراز.
- عبادی، غلامحسین؛ برون، رضا. (۱۳۹۲). بررسی رابطه تعارض زناشویی و نظارت والدین با انگیزه تحصیلی دانش‌آموزان. *مشاوره کاربردی*، ۳(۱)، ۳۵-۵۰.
- عباس‌پور، ذبیح‌اله؛ پورسردار، فیض‌اله؛ قنبری، زهرا؛ شاهوری، شیوا؛ شادفر، افروز. (۱۳۹۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس والدآزاری (پسر-مادر). *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۸(۳۱)، ۲۳-۴۲.
- علیزاده، مژده؛ یاری دهنوی، مراد. (۱۴۰۰). بررسی پدیدارشناختی عوامل آرامش‌بخش در دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۲۵(۲)، ۱۹۰-۲۱۴.
- کامیاب نژاد، مرضیه؛ سیف نراقی، مریم؛ خوش‌کلام، ارکان. (۱۳۹۰). مقایسه میزان افسردگی و پرخاشگری در برادران و خواهران سالم ۱۲-۶ ساله کودکان درخودمانده اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *روانشناسی افراد استثنايي*، ۱(۴)، ۱-۲۲.
- مهدوی مزده، مامک؛ حجازی، الهه؛ نقش، زهرا. (۱۳۹۷). رابطه ادراک ازسبک‌های والدینی با تاب‌آوری: نقش واسطه‌ای عاملیت انسانی. *مجله روانشناسی*، ۲۲(۳)، ۳۲۶-۳۴۳.
- محمدیان، داوود؛ احمدی، صدیقه؛ ایلانلو، حسین. (۱۳۹۹). مقایسه تاب‌آوری، خودتنظیمی هیجان و راهبردهای مقابله با استرس در دانش‌آموزان دختر و پسر. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۵۱)، ۳۷-۴۴.

مروتی، ذکراه؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ مهربابی زاده هنرمند، مهناز؛ کیانپور قهفرخی، فاطمه. (۱۳۹۲). رابطه علی محیط یادگیری سازنده‌گرای ادراک شده و عملکرد ریاضی با میانجی‌گری جهت‌گیری درونی هدف، ارزش تکلیف، نگرش نسبت به ریاضی و خودکارآمدی ریاضی در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر اهواز. *دست‌آوردهای روانشناختی*، ۲۰(۱)، ۹۱-۱۲۲.

میرزایی کوتنایی، فرشته؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ اصغری، فرهاد؛ شاکری‌نیا، ایرج. (۱۳۹۴). نقش انسجام خانواده در تبیین رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان. *تحول روانشناختی کودک*، ۱(۳)، ۳۲-۱۵.

- Abbaspour, Z., Laki, P. S., & Rajabi, G. (2022). The Predictors of Mother Abuse in Male Students: Domestic Violence, Marital Conflict, Family Coherence, Parenting Styles, and Self-esteem. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1):e115767.
- Abbaspour, Z., Vassel, G., & Khojastehmehr, R. (2021). Investigating the Lived Experiences of Abused Mothers: A Phenomenological Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 10(2), 108-114.
- Abbaspour, Z., Salehi, S., Koraei, A., Charkhab, N., & Kardani, A. (2019). Development and Validation of Parent Abuse Scale (Girl-Mother Version). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(2):e83010.
- Boxer, P., Gullan, R. L., & Mahoney, A. (2009). Adolescents' physical aggression toward parents in a clinic-referred sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(1), 106-116.
- Contreras, L., & del Carmen Cano, M. (2016). Child-to-parent violence: The role of exposure to violence and its relationship to social-cognitive processing. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 8(2), 43-50.
- Cottrell, B. (2001). Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children. Ottawa, Canada: Family Violence Prevention Unit, Health Canada.
- Davies, P. T., Winter, M. A., & Cicchetti, D. (2006). The implications of emotional security theory for understanding and treating childhood psychopathology. *Development and Psychopathology*, 18(3), 707-735.
- Eckstein, N. J. (2002). Adolescent-to-parent abuse: A communicative analysis of conflict processes presents in the verbal, physical, or emotional abuse of parents. The University of Nebraska-Lincoln.
- Edleson, J. L., Shin, N., & Armendariz, K. K. J. (2008). Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 502-521.
- Harris, M. A., Wetzel, E., Robins, R. W., Donnellan, M. B., & Trzesniewski, K. H. (2018). The development of global and domain self-esteem from ages 10 to 16 for Mexican-origin youth. *International Journal of Behavioral Development*, 42(1), 4-16.
- Holt, A. (2012). Adolescent-to-parent abuse: Current understandings in research, policy and practice. Policy Press.
- Ibabe, I., & Jaureguizar, J. (2010). Child-to-parent violence: Profile of abusive adolescents and their families. *Journal of Criminal Justice*, 38(4), 616-624.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(2), 339-352.
- Lopez, F. G. (1986). Family structure and depression: Implications for the counseling of depressed college students. *Journal of Counseling & Development*, 64(8), 508-511.
- Margolin, G., & Baucom, B. R. (2014). Adolescents' aggression to parents: Longitudinal links with parents' physical aggression. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 645-651.
- Murphy-Edwards, L. (2012). Not just another hole in the wall. An investigation into child and youth perpetrated domestic property violence. Doctoral dissertation, University of Canterbury.
- Nazir, S., Saeed, S., Sohail, M. M., Sher, F., Azhar, Z., & Safdar, M. R. (2012). Parental Conflict and Its Effects On Youth Self Esteem (A Study at University of Punjab). *International Journal of Asian Social Science*, 2(9), 1392-1400.
- Oviedo, S. (2019). Exploring Narratives of Adolescent-to-Parent Abuse. Doctoral dissertation, City University of New York.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879-891.
- Schmidt, M. R. (2020). The Role of Attachment, Self-Esteem and Impulsivity on Intimate Partner Violence in Same-and Opposite-Sex Relationships. A Dissertation Presented for the Doctor of Philosophy Degree The University of Tennessee, Knoxville.
- Sharma, A. (2012). Correlates of juvenile delinquency: the role of family environment and self-esteem. *Advances in Asian Social Science*, 4(1), 773-777.
- Taylor, L. K., Merrilees, C. E., Goeke-Morey, M. C., Shirlow, P., & Cummings, E. M. (2016). Trajectories of adolescent aggression and family cohesion: The potential to perpetuate or ameliorate political conflict. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 114-128.
- Veinberg, I. (2015). Emotional awareness—the key to dealing appropriately with children of divorced families in schools. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 209, 514-518.
- Winch, R. F. (1965). Rosenberg: society and the adolescent self-image (book review). *Social forces*, 44(2), 255.

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Difficulties in Emotional Regulation and Cognitive Flexibility in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Farzin Bagheri Sheykhangafshe, PhD Student ✉

Maryam Saeedi, PhD Student

Vahid Savabi Niri, MSc

Zahra Nakhostin, Ase MSc student

Zeynab Bourbour, MSc

فرزین باقری شیخانگفشه^۱

مریم سعیدی^۲

وحید صوابی نیری^۳

زهرا نخستین آصف^۴

زینب بوربور^۵

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on difficulties in emotional regulation and cognitive flexibility in patients with obsessive-compulsive disorder. The research method was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. In this study, 30 patients with obsessive-compulsive disorder syndrome were assigned to psychology clinics in Rasht in 2021 as a research sample in two experimental and control groups. Groups were assessed with questionnaires on Padua's obsessive-compulsive disorder by Sanavio (1988), Gratz & Roemer (2004) difficulties in emotional regulation, and Dennis & Vander Wal (2010) on cognitive flexibility. After 10 sessions of 90 minutes of cognitive-behavioral therapy for the experimental group, participants again answered the research questionnaire. Findings showed that cognitive-behavioral therapy significantly reduces the difficulties in emotion regulation (rejection of emotional responses, difficulty in performing purposeful behavior, difficulty in controlling impulse, lack of emotional awareness, limited strategies, lack of Emotional state) and increased cognitive flexibility ($P < 0.001$). Due to the problems that patients with obsessive-compulsive disorder have in emotional and cognitive dimensions, it is necessary to pay more attention to these cases in the treatment process.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, difficulties in emotional regulation, cognitive flexibility, obsessive-compulsive disorder

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. در این مطالعه ۳۰ نفر از بیماران دارای نشانگان وسواسی- اجباری کلینیک‌های روانشناسی شهر رشت در سال ۱۴۰۰ به عنوان نمونه پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه‌ها با پرسشنامه وسواسی- اجباری پادوا توسط ساناویو (۱۹۸۸)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر (۲۰۰۴) و سیاهه انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی- رفتاری برای گروه آزمایش، مجدداً شرکت کنندگان به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. یافته‌های به دست آمده نشان داد درمان شناختی- رفتاری به طور معناداری باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود، نبود وضوح هیجانی) و افزایش انعطاف پذیری شناختی شده است ($P < 0.001$). با توجه به مشکلاتی که بیماران مبتلا به وسواس در ابعاد هیجانی و شناختی دارند، لازم است در فرایند درمان بیماران به این موارد بیشتر توجه گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، دشواری در تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی، وسواسی- اجباری

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱/۱۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۶/۲۰

۱. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
۲. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.
۳. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
۴. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر، مازندران، ایران.
۵. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، سمنان، ایران.

● مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری (obsessive-compulsive disorder) بر اساس افکار مزاحم ایجاد کننده اضطراب و رفتارهای اجباری به منظور کنترل اضطراب شناخته می‌شود (وان آمرینگن، پترسون و سیمپسون، ۲۰۱۴). اختلال وسواس شامل فکر یا احساسی تشدید شونده و اجبار رفتاری آگاهانه نظیر شمارش، واریسی، یا اجتناب است، که باعث افزایش اضطراب در فرد می‌شود، حال آنکه هرچند انجام اعمال اجباری در تلاش برای کاستن اضطراب همراه با وسواس انجام می‌گیرد، اما همیشه باعث کاهش اضطراب ایجاد شده در بیمار نمی‌شود (کنالچ، جسیوپ و اولاتانجی، ۲۰۱۸؛ کریم‌پور، فراهانی، خانی‌پور، ۱۴۰۰). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلالات وسواسی در یک طیف دسته‌بندی شده‌اند که شامل اختلال موکنی، پوست‌کنی، بدشکلی بدن و احتکار است (آبراماموویتز و جکویی، ۲۰۱۴). اختلال وسواس توسط سازمان جهانی بهداشت جزو ۱۰ اختلال ناتوان‌کننده طبقه‌بندی شده است که بررسی‌های انجام شده نیز شیوع مادام‌العمر وسواس را دو درصد برآورد کردند (هیرشتریت، بلوچ و متیوز، ۲۰۱۷).

محمدی و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی شیوع اختلال وسواسی-اجباری در نوجوانان و کودکان ایرانی پرداختند. نتایج به‌دست آمده حاکی از شیوع ۳/۱ درصدی در پسران و ۳/۸ درصدی در دختران داشت. یکی از متغیرهایی که می‌تواند با اختلال وسواسی-اجباری ارتباط داشته باشد، تنظیم هیجان (emotional regulation) است (فریرا و همکاران، ۲۰۲۱). برخورداری از مهارت تنظیم هیجانی، شامل تعدیل و تنظیم تجارب هیجانی برای دستیابی به وضعیت‌های عاطفی مطلوب و پیامدهای انطباقی است (تورسن و همکاران، ۲۰۱۹). مدل‌های نظری مختلف، نقش واکنش هیجانی و تنظیم هیجانی را در آغاز و نگهداری بسیاری از علائم و نشانگان وسواسی-اجباری نشان می‌دهند (برمن، شاو و ویلهلم، ۲۰۱۸؛ فرگیوس و باردین، ۲۰۱۴؛ ایپهولز و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که از دشواری در تنظیم هیجان خود رنج می‌برند توانایی درک احساسات مثبت و منفی را ندارند، نمی‌توانند هیجان خود را کنترل کنند و پاسخ مناسبی در شرایط مختلف ارائه نمی‌دهند (ویلالتا، اسمیت، هیکن و استرینگاریس، ۲۰۱۸). بررسی‌های انجام شده نیز حاکی از پایین بودن قدرت تنظیم هیجان در بیماران وسواسی دارد که منجر به افزایش دشواری در تنظیم هیجان و علائم بیماری می‌شود (چیس و همکاران، ۲۰۱۹). در این زمینه، خسروانی و همکاران (۲۰۲۰) دشواری در تنظیم هیجان را در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مورد بررسی قرار دادند. نتایج به‌دست آمده مشخص کرد عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدف‌مند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود، نبود وضوح هیجانی پیش‌بینی‌کننده افکار و رفتارهای وسواسی بیماران شده است. در مطالعه‌ای دیگر، وایت‌هید و سیوگ (۲۰۱۶) دشواری در تنظیم هیجان را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس را ۱۹۹ دانشجوی مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های به‌دست آمده حاکی از شیوع بالای افسردگی و اضطراب در بیماران دارای نشانگان وسواس داشت.

انعطاف‌پذیری شناختی (cognitive flexibility) متغیر دیگری است که با اختلال وسواسی-اجباری ارتباط مستقیمی دارد (اوگوز و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم عملکرد اجرایی، توانایی انطباق کارآمد با تغییرات است (روسا-آلکازار و همکاران، ۲۰۲۱) که به‌عنوان توانایی تغییر افکار و اعمال در پاسخ به خواسته‌های ناشی از موقعیت‌ها و مشکلات تعریف می‌شود (وولف و همکاران، ۲۰۱۸). افرادی که از نظر شناختی منعطف هستند، خود را با دقت و آگاه ارزیابی می‌کنند و توانایی خودمشاهده‌گری بهتری نسبت به افراد با انعطاف‌پذیری شناختی پایین دارند (کیم و همکاران، ۲۰۱۹). این رفتار پیچیده به تعامل موثر فرآیندهای مختلف مغز وابسته است که شناسایی تغییرات موقعیت، هدایت توجه به عناصر تغییر یافته، تعیین عدم تناسب راهبردهای قبلی، کنترل پاسخ‌های قبلی و ایجاد راهبردهای جدید را شامل می‌شود (کائودک و همکاران، ۲۰۲۰). بیماران مبتلا به وسواس از جمله افرادی هستند که از انعطاف‌پذیری شناختی ضعیفی برخوردار هستند (سahین و همکاران، ۲۰۱۸). در این زمینه، پاست، خسروی، معماری، شایسته‌فر و اربابی (۲۰۱۶)، در مطالعه‌ای به مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی برنامه‌ریزی در بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری، شخصیت وسواسی-اجباری و افراد سالم پرداختند. هر دو گروه بیماران در انجام دادن تکلیف و برنامه‌ریزی ضعیف‌تر از افراد سالم عمل می‌کردند. همچنین انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری در سطح بسیار کمی قرار داشت. در پژوهشی دیگر، تومیاما و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی عملکرد مغزی و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری پرداختند. نتایج

به دست آمده از تصویربرداری FMRI نشان داد بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری در مقایسه با افراد سالم در قسمت آمیگدال و هسته‌های قاعده‌ای مشکلاتی را نشان دادند که منجر به اختلال در انعطاف‌پذیری شناختی بیماران شده است.

رویکرد شناختی- رفتاری (cognitive-behavioral approach) یکی از تجربی‌ترین رویکردها برای تبیین اختلال وسواسی- اجباری معتقد است که بیشتر علائم و نشانه‌گان اختلال وسواس ناشی از باورهای ناکارآمد است که منجر به یک چرخه معیوب استرس، ناراحتی، اضطراب و اعمال تکراری می‌شود (آبراموویتز و ریومن، ۲۰۲۰). در واقع، رویکردهای شناختی اعتقاد دارند باورهای فرد باعث تشدید بیماری، درماندگی فرد و درگیری ذهن و رفتار می‌گردند (لوین و همکاران، ۲۰۱۱). با وجود درمان‌های روان‌شناختی گوناگون، درمان شناختی رفتاری از جمله کاربردی‌ترین درمان‌ها برای درمان اختلال وسواسی- اجباری است. در این روش به بیماران آموزش داده می‌شود با دیدگاه وسیع‌تری افکار خود را زیر نظر بگیرند و رابطه‌ای نامتمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند (گورمزوگلو و همکاران، ۲۰۲۰). در این درمان آنچه اهمیت دارد چگونگی احساس آزادی برای درک این موضوع است که بیشتر افکار، فقط افکار هستند و شی یا واقعیت نیستند (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۳). عمل ساده بازنشانی افکار همان‌گونه که می‌تواند بیمار را از واقعیت تحریف شده آزاد سازد، اغلب باعث بینش بیشتر می‌شود و احساس کنترل بیشتر بر زندگی را برای بیمار به همراه می‌آورد (هوپن و همکاران، ۲۰۲۱). در این زمینه، کلی و همکاران (۲۰۰۸)، مک‌کی و همکاران (۲۰۱۵) و اولاتونجی و همکاران (۲۰۱۳)، در مطالعات مروری خود به بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری پرداختند. نتایج به دست آمده حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کوتاه و بلند مدت داشت که موجب تغییر شناخت و افکار بیمار گردید. همچنین این درمان به میزان قابل توجهی افسردگی و اضطراب بیماران را کاهش داد که نقش چم‌شگیری در بهبود روند بیماری آنها ایفا می‌کرد. نتایج پژوهش سیوگ و همکاران (۲۰۰۹)، نشان داد بیماران که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفته بودند از تنظیم هیجان بهتری برخوردار بودند که موجب تسریع روند درمان آنها گردید. در رابطه با اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان نیز یافته‌های مطالعات گلدین و همکاران (۲۰۱۴) و نیلسن و همکاران (۲۰۱۹) حاکی از اثربخشی مطلوب این درمان در افزایش تنظیم هیجان بیماران مضطرب و وسواسی دارد. بررسی‌های راکنر و همکاران (۲۰۲۲) نیز مشخص کرد انعطاف‌پذیری شناختی و درمان شناختی- رفتاری با یکدیگر ارتباط متقابلی دارند که قادر هستند در روند درمان بیماران اثرات قابل توجهی را بر جای بگذارند.

از آنجایی که اختلال وسواسی- اجباری دارای ابعاد شناختی و ذهنی بسیاری است که می‌تواند روند زندگی بیمار را مختل کند، قبل از هر چیزی باید با استفاده از درمان‌های شناختی هیجان‌ات و شناخت بیمار را بهبود داد. با توجه به شیوع روزافزون اختلال وسواس در سطح جامعه و اهمیت بررسی بیماران از ابعاد گوناگون، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری انجام شد.

• روش

پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود که در آن تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بررسی شد. نمونه آماری پژوهش شامل ۸۰ نفر از افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز درمانی شهر رشت بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. از این بین ۳۰ بیماری که نشانگان لازم برای وسواسی- اجباری را داشتند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نسخه ۳،۱،۹،۲ نرم افزار G*Power، ۱۵ نفر برای دو گروه در نظر گرفته شد (فائول و همکاران، ۲۰۰۷). پس از نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۱۵) و کنترل (n=۱۵) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، سواد خواندن و نوشتن، رضایت کامل افراد و داشتن اختلال وسواسی- اجباری بود. وجود اختلال‌ها جسمانی و روانی ناتوان‌کننده، عدم همکاری، نیمه کاره رها کردن پرسشنامه و تصادفی جواب دادن به سوالات، معیارهای خروج از پژوهش حاضر بودند. لازم به ذکر است، که تمامی مجوزهای لازم قبل از اجرای پژوهش از سازمان‌های مربوطه اخذ شد. همچنین ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد، به گونه‌ای که به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن و استفاده صرفاً پژوهشی اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و آنها با رضایت کامل در محیطی آرام و بدون تنیدگی، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

• ابزارها

الف) پرسشنامه اختلال وسواسی- اجباری (obsessive-Compulsive disorder questionnaire- OCDQ): پرسشنامه پادوا توسط سانایو (۱۹۸۸) در کشور ایتالیا ساخته شد که دارای ۶۰ ماده است و برای ارزیابی شدت نشانگان اختلال وسواسی- اجباری در شرکت کنندگان بالینی و نرمال، به کار می‌رود. هر ماده به صورت صفر تا ۴ بر اساس درجه آشفتگی سنجیده می‌شود. پرسشنامه پادوا مقیاس خودگزارشی است که ابعاد وسواس را از ابعاد اجباری متمایز می‌کند. سانایو (۱۹۸۸) با استفاده از تحلیل عاملی ۴ عامل کنترل مختل شده در مورد فعالیت‌های روانی و ذهنی، آلوده شدن، رفتارهای واریسی، تکانه‌ها و نگرانی‌های از دست دادن کنترل در فعالیت‌های حرکتی را مطرح کرد که مؤلفان دیگر در مطالعات‌شان از این عوامل حمایت کرده‌اند (استرنبرگر و برنز، ۱۹۹۰؛ مک‌دونالد و دسیلوا، ۱۹۹۹). این پرسشنامه اولین بار توسط گودرزی و فیروزآبادی (۲۰۰۵) برای جمعیت ایرانی هنجاریابی شد. برای اعتبار همگرایی همبستگی بین نمره کل پرسشنامه پادوا با پرسشنامه اختلال وسواسی- اجباری مادزلی و پرسشنامه وسواس لیتان بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ به دست آمد. ثبات درونی با آلفای کرونباخ (۰/۹۵) کل این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده است. اعتبار آزمون- باز آزمون پرسشنامه پادوا به مدت ۴ هفته برای نمره کل ۰/۷۹ است. بنابراین پرسشنامه پادوا در جمعیت ایرانی دارای اعتبار بالایی است و می‌توان از آن برای سنجش نشانگان اختلال وسواسی- اجباری استفاده کرد. در پژوهش حاضر نیز روایی همزمان و اعتبار این مقیاس به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۲ به دست آمد.

ب) مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (difficulties in emotional regulation scale- DERS): این مقیاس توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) برای سنجش میزان دشواری در تنظیم هیجانی تهیه شده است و ۳۶ ماده و ۶ زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدف‌مند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود و نبود وضوح هیجانی را شامل می‌شود. این مقیاس به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود که دامنه نمرات هر زیر مقیاس بین ۱ تا ۳۰ است. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ را به ترتیب برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدف‌مند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود و نبود وضوح هیجانی گزارش می‌دهند. وینبرگ و کلانسکی (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ برای زیرمقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی مطرح می‌کنند. در ایران، شباهنگ و همکاران (۱۳۹۸) با روش ضریب همسانی درونی، آلفا کرونباخ را در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ و با روش بازآزمایی در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ بیان می‌کنند. در مطالعه حاضر، روایی همزمان و ضریب آلفا کرونباخ کل مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی مناسب مقیاس است.

ج) سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی (cognitive flexibility inventory- CFI): سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) برای سنجش نوعی انعطاف‌پذیری شناختی که برای موفقیت در به چالش کشیدن و جایگزین کردن افکار ناسازگار با افکار متعادل‌تر و انطباقی الزامی است، ساخته شده است و ۲۰ ماده را شامل می‌شود که به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای پاسخ‌دهی و نمره‌گذاری می‌شود. سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی یعنی تمایل به ادراک موقعیت‌های دشوار به صورت قابل کنترل، توانایی ادراک توجیحات چندگانه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتارهای انسان و همچنین توانایی تولید راه‌حل‌های چندگانه جایگزین برای موقعیت‌های دشوار را ارزیابی می‌کند (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). البته دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنا دارند و عامل ادراک کنترل‌پذیری به عنوان خرده مقیاس دوم تلقی می‌شود. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) اعتبار سیاهه را با روش آلفا کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک کنترل‌پذیری به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ بیان می‌کنند. در داخل کشور ایران نیز باقری شیخانگش و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی که در مورد ۱۷۰ نفر انجام دادند ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه را مناسب (۰/۸۸) گزارش دادند. روایی همزمان و ضریب آلفای کرونباخ سیاهه در پژوهش حاضر برای این سیاهه به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۸ به دست آمد.

شرح جلسات درمان شناختی- رفتاری: این روش مداخله مبتنی بر برنامه‌های مداخله‌ای کلان کاهش مشکلات روان‌شناختی و مداخلات کاهش نشانگان افکار و رفتاری اجباری ارائه شده به بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری است (ویلهم و استکیتی،

۲۰۰۶). در ادامه شرح مختصری از مداخله درمان شناختی- رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است. گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله درمان شناختی- رفتاری دریافت کردند (جدول ۱).

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری برای بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری (ویلهم و استکتی، ۲۰۰۶)

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

• یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش (۷/۱۵) (۳۴/۸۱) بود که ۶۶ درصد از آنها خانم و ۳۴ درصد مرد بودند. ۱۴ درصد سیکل، ۵۰ درصد دیپلم و ۳۸ درصد مدرک دانشگاهی داشتند. از نظر وضعیت تأهل نیز ۵۸ درصد متأهل و ۴۲ درصد مجرد بودند. میانگین درآمد افراد نیز بین ۵ تا ۷ میلیون به دست آمد. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری در گروه آزمایش و گواه ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (S-W) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است.

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس دشواری تنظیم هیجان ($F_{1,28}=3/82, p=0/059 > 0/05$)، و انعطاف‌پذیری شناختی ($F_{1,28}=1/63, p=0/234 > 0/05$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($\text{Box } M=79/81, F=1/95, p=0/156 > 0/05$). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی-دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است ($\chi^2=154/08 \text{ df}=35, p < 0/05$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۳).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	S-W	P*
عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۲۶	۹۸	۰/۰۹۶	۰/۰۶۷
	پس‌آزمون	گواه	۱۷/۰۶	۱/۱/۷۰	۰/۰۹۶	۰/۰۶۶
دشواری در انجام رفتار هدفمند	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۵۳	۲/۴۴	۰/۰۹۸	۰/۰۵۶
	پس‌آزمون	گواه	۱۸/۶۰	۳/۴۸	۰/۰۹۱	۰/۰۷۲
دشواری در کنترل تکانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۳۳	۱/۷۹	۰/۰۹۵	۰/۰۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۱۸/۱۳	۱/۷۶	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
نبود آگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۲۰	۲/۰۱	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
	پس‌آزمون	گواه	۱۹/۰۶	۳/۱۵	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
راهبردهای محدود	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۶۰	۲/۰۹	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
	پس‌آزمون	گواه	۱۹/۸۱	۳/۵۰	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
نبود وضع هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۸۰	۲/۲۱	۰/۰۹۲	۰/۰۸۸
	پس‌آزمون	گواه	۱۹/۴۶	۲/۰۹	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
دشواری در تنظیم هیجان (نمره کل)	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۴۱	۱/۲۹	۰/۰۸۹	۰/۰۵۵
	پس‌آزمون	گواه	۱۷/۳۳	۲/۰۵	۰/۱۵۲	۰/۰۶۳
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۰۱	۱/۲۵	۰/۰۹۶	۰/۰۵۷
	پس‌آزمون	گواه	۱۷/۶۶	۲/۱۵	۰/۱۰۳	۰/۰۶۷
دشواری در تنظیم هیجان (نمره کل)	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۵۳	۱/۰۶	۰/۱۰۹	۰/۰۵۸
	پس‌آزمون	گواه	۱۶/۴۶	۱/۶۸	۰/۰۸۵	۰/۰۵۲
دشواری در تنظیم هیجان (نمره کل)	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۵۳	۱/۰۵	۰/۰۷۵	۰/۰۵۹
	پس‌آزمون	گواه	۱۶/۸۱	۱/۸۵	۰/۱۷۵	۰/۰۸۶
دشواری در تنظیم هیجان (نمره کل)	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰۸/۵۴	۶/۵۴	۰/۱۸۵	۰/۰۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۱۰۸/۳۲	۷/۸۹	۰/۰۹۸	۰/۰۵۲
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۹۵/۶۰	۷/۶۵	۰/۰۷۵	۰/۰۹۲
	پس‌آزمون	گواه	۱۰۸/۹۸	۸/۹۲	۰/۰۹۳	۰/۰۵۵
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۰/۸۶	۴/۷۴	۰/۱۶۳	۰/۰۸۵
	پس‌آزمون	گواه	۷۰/۴۱	۷/۳۵	۰/۰۶۹	۰/۰۷۶
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۷/۸۱	۷/۶۹	۰/۰۸۹	۰/۰۶۲
	پس‌آزمون	گواه	۷۰/۷۳	۳/۹۷	۰/۱۱۸	۰/۰۵۹

* P-value for *Shapiro-Wilk test* (S-W)

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری در مورد میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح‌معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۶۴	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۵۳	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
آزمون اثر هتلینگ	۷/۸۶۳	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۷/۸۶۳	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱

با توجه به جدول ۳، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۸۶ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری در مورد میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۸/۷۷	۲۲/۰۲	۱	۲۸/۷۷	۱/۱۰	۲۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۲۳/۸۶	۲۸/۸۳	۱	۲۳/۸۶	۱/۴۴	۱۶/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵
دشواری در کنترل تکانه	۴۴/۰۳	۲۷/۳۰	۱	۴۴/۰۳	۱/۳۶	۳۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱
نبود آگاهی هیجانی	۴۱/۱۶	۷۸/۳۷	۱	۴۱/۱۶	۳/۹۱	۱۰/۵۲	۰/۰۰۴	۰/۳۴
راهبردهای محدود	۵۷/۹۲	۳۵/۱۲	۱	۵۷/۹۲	۱/۷۵	۳۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲
نبود وضوح هیجانی	۳۹/۱۶	۲۹/۲۴	۱	۳۹/۱۶	۱/۴۶	۲۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
دشواری در تنظیم هیجان	۵۹۶/۴۸	۱۷۳/۹۴	۱	۵۹۶/۴۸	۸/۶۹	۷۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱
انعطاف‌پذیری شناختی	۳۴۱/۵۷	۱۹۵/۴۳	۱	۳۴۱/۵۷	۹/۷۸	۱۰/۰۲	۰/۰۰۸	۰/۳۲

با توجه به مندرجات جدول ۴، آماره F برای عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۲۶/۱۲)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۱۶/۵۵)، دشواری در کنترل تکانه (۳۲/۲۲)، نبود آگاهی هیجانی (۱۰/۵۲)، راهبردهای محدود (۳۲/۹۷)، نبود وضوح هیجانی (۲۶/۸۷)، دشواری در تنظیم هیجان (۷۴/۳۸) و انعطاف‌پذیری شناختی (۱۰/۰۲) در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۵۵ درصد از عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی، ۴۱ درصد از دشواری در انجام رفتار هدفمند، ۶۲ درصد از دشواری در کنترل تکانه، ۳۴ درصد از نبود آگاهی هیجانی، ۶۲ درصد راهبردهای محدود، ۵۷ درصد از نبود وضوح هیجانی و ۳۰ درصد از انعطاف‌پذیری شناختی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است.

• بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری انجام شد. نتایج به‌دست آمده نشان داد درمان شناختی- رفتاری به‌طور معناداری باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش گردید. این یافته‌ها همسو با مطالعات خسروانی و همکاران (۲۰۲۰)؛ وایت‌هید و سیوگ (۲۰۱۶)؛ برمن، شاو و ویلهلم (۲۰۱۸) است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان داشت افرادی که دارای مهارت تنظیم هیجان مطلوب نیستند در شرایط تنش‌ها و اضطراب‌آور نمی‌توانند جلوی افکار و رفتارهای وسواسی خود را بگیرند (ویلاتا و همکاران، ۲۰۱۸). از سویی، زمانی که فرد نسبت به محیط پیرامون خود از آگاهی هیجانی مناسبی برخوردار نیست، قادر به شناسایی و ارائه پاسخ درست نیست (تورسن و همکاران، ۲۰۱۹). توانایی تنظیم هیجان برای عملکرد مؤثر و موفق در شرایط دشوار و تنش‌زا امری حیاتی به حساب می‌آید (وکیلی‌هریس، لیوارجانی، محب، ۱۳۹۹). پژوهشگران راهبردهای شناختی و رفتاری مختلفی را برای تنظیم هیجانات شناسایی کرده‌اند که به‌طور کلی می‌توان آنها را به راهبردهای سازگار و ناسازگار تقسیم کرد (خسروانی و همکاران، ۲۰۲۰). راهبردهایی مانند پذیرش، ارزیابی مجدد شناختی و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی به‌صورت مثبت یا تمرکز بر یافتن راه‌حلی برای یک مشکل به‌طور معمول انطباقی در نظر گرفته می‌شود که منجر به کاهش هیجان و احساس منفی می‌شود (فرگیوس و باردین، ۲۰۱۴). در مقابل، سرکوب هیجانات، خودسرزنی، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری به‌عنوان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان شناخته می‌شوند که ممکن است هیجانات منفی را تشدید و طولانی‌تر نمایند (برمن و همکاران، ۲۰۱۸).

عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود و نبود وضوح هیجانی نیز می‌تواند فرد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری را با مشکلات فراوانی رو به رو کند و روند درمان آنها را مختل نمایند (وایت‌هید و سیوگ، ۲۰۱۶). در همین راستا، برمن، شاو و ویلهلم (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری پرداختند. یافته‌های به‌دست آمده حاکی از پایین بودن تنظیم هیجان در بیماران داشت که موجب تشدید علائم در افراد می‌شد. این بیماران نسبت به هیجانات خود آگاهی ندارند و نشخوار فکری زیاد موجب اضطراب در بیماران می‌شود. در مطالعه‌ای دیگر، فرگیوس و باردین (۲۰۱۴) ارتباط تنظیم هیجان و اختلال وسواسی- اجباری را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های به‌دست آمده

مشخص کرد بیماران وسواسی در ابعاد تنظیم هیجان دارای مشکلات زیادی بودند که موجب تشدید بیماری در آنها شده است. ایپهولز و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای به بررسی شفقت به خود، دشواری در تنظیم هیجان و اختلال وسواسی - اجباری پرداختند. نتایج به دست آمده حاکی از ارتباط مثبت دشواری در تنظیم هیجان با نشانگان وسواس داشت. در مقابل شفقت به خود با وسواس همبستگی منفی معناداری را نشان داد.

از طرفی دیگر، یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی - اجباری بود. این نتایج با پژوهش‌های پاست و همکاران (۲۰۱۶)؛ تومیاما و همکاران (۲۰۱۹)؛ ساهین و همکاران (۲۰۱۸)؛ روسا-آلکازار و همکاران (۲۰۲۱) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بیماران دارای نشانگان و علائم وسواس به علت اینکه نمی‌توانند با شرایط مختلف کنار بیایند و از انعطاف‌پذیری مناسبی بهره ببرند، مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند که باعث رنج آنها می‌شود (کنالچ، جسیوپ و اولاتانجی، ۲۰۱۸). در درمان شناختی - رفتاری با شناسایی و تقویت آسیب‌های بیمار در مهارت‌های اجرایی تلاش می‌شود تا فرد از توانایی‌های شناختی خود بیشتر استفاده نماید (پاست و همکاران، ۲۰۱۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک مفهوم فراشناختی است که شامل مهارت‌های بین فردی و درون فردی است و از آنجایی که با تاب‌آوری ارتباطی نزدیک دارد، عامل مهمی در سلامت روانی محسوب می‌شود (تومیاما و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر به انطباق فرد با تغییرات موقعیتی، شکل‌دهی مجدد منابع ذهنی، تغییر چشم‌انداز و برقراری تعادل در رقابت بین خواسته‌ها، نیازها و شرایط زندگی می‌شود (آبراموویتز و ریومن، ۲۰۲۰). به عبارتی دیگر، تأکید انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر ایجاد ارتباط متفاوت با تجارب روان‌شناختی فرد (به‌عنوان مثال، افکار، احساسات، احساسات جسمی)، به جای تلاش برای تغییر محتوا یا شدت خود آن تجربیات، است. در واقع، افرادی که دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالایی هستند، تلاش می‌کنند هنگام مواجهه با مشکل و مسئله از راهبردهایی استفاده کنند که کمترین آسیب را ببینند (ساهین و همکاران، ۲۰۱۸). بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری نیز به دلایل نقص در کارکردهای اجرایی مغز انعطاف‌پذیری شناختی پایینی دارند (روسا-آلکازار و همکاران، ۲۰۲۱). در این زمینه، ساهین و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به وسواسی - اجباری پرداختند. در این مطالعه ۵۰ بیمار مبتلا به وسواس و ۳۰ بیمار مبتلا به پانیک شرکت داشتند. بررسی‌های انجام شده حاکی از پایین‌تر بودن انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به وسواس در مقایسه با بیماران مضطرب بود.

در انتها لازم به ذکر است، مطالعه انجام شده دارای یکسری از محدودیت‌ها مانند جامعه آماری پژوهش، نبود انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان، نبود امکان کنترل وضعیت اجتماعی، تحصیلی و اقتصادی شرکت‌کنندگان پژوهش بود که ممکن است در تعمیم‌پذیری نتایج نقش داشته باشد. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، تلاش‌هایی به منظور کنترل این مولفه‌ها صورت گیرد. عدم امکان پیگیری بلندمدت تأثیر برنامه با استفاده از آزمون پیگیری، نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این موضوع مورد توجه قرار گیرد تا امکان بررسی تأثیر بلندمدت درمان شناختی - رفتاری میسر شود.

• نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی - رفتاری به‌طور معناداری باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش شد. از آنجایی که یکی از دلایل تشدید علائم و نشانگان اختلال وسواسی - اجباری باورهای ناکارآمد و ابعاد شناختی بیمار است، ارتقا تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی آنها نقش چشمگیری در پیشگیری و کنترل روند بیماری وسواس ایفا می‌کند. بدین منظور لازم است با شناسایی گروه‌های پرخطر، مداخلات شناختی - رفتاری مورد نیاز برای آنها اتخاذ گردد.

• تعارض منافع

هیچ گونه تعارضی بین نویسندگان وجود ندارد.

• قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولین کلینیک و تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت داشتند، تقدیر و تشکر کنند.

• منابع

- باقری شیخانگفته، فرزین؛ شریفی پور چوکامی، زینب؛ تاج بخش، خزر؛ حمیده مقدم، عارفه؛ حاجی علیانی، وحید. (۱۴۰۱). رابطه شبکه‌های اجتماعی انعطاف پذیری شناختی و حساسیت اضطرابی در پیش بینی کرونا فوبیا دانش‌آموزان. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۹(۱)، ۲۰۹-۲۲۸.
- شباهنگ، رضا؛ شجاعی، مهرانه؛ باقری شیخانگفته، فرزین؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ نیکوگفتار، منصوره. (۱۳۹۸). تحلیل ساختاری ارتباط اختکار با مشکلات بین فردی: نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۰(۴)، ۴۹-۶۷.
- کریم‌پور، مریم؛ فراهانی، محمدنقی؛ خانی‌پور، حمید. (۱۴۰۰). رابطه فرآیندهای خودنظم‌بخش (بهوشیاری، خودشناسی انسجامی و خودمهارگری) با شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی- جبری: نقش واسطه‌ای وجدان‌گرایی. *مجله روانشناسی*، ۲۵(۹۹)، ۳۸۹-۴۱۱.
- وکیلی‌هریس، شهرام؛ لیوارجانی، شعله؛ محب، نعیمه. (۱۳۹۹). مدل ساختاری اختلال وسواس جبری براساس کمالگرایی ناسازگار و کنترل روان‌شناختی والدین. *مجله روانشناسی*، ۲۴(۹۴)، ۲۳۱-۲۴۷.
- Abramowitz, J. S., & Reuman, L. (2020). Obsessive-compulsive disorder. *Encyclopedia of personality and individual differences*, 3304-3306.
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221.
- Berman, N. C., Shaw, A. M., & Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation in patients with the obsessive-compulsive disorder: Unique effects for those with “taboo thoughts”. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 674-685.
- Chase, T. E., Chasson, G. S., Hamilton, C. E., Wetterneck, C. T., Smith, A. H., & Hart, J. M. (2019). The mediating role of emotion regulation difficulties in the relationship between self-compassion and OCD severity in a non-referred sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 157-168.
- Caudek, C., Sica, C., Marchetti, I., Colpizzi, I., & Stendardi, D. (2020). Cognitive inflexibility specificity for individuals with high levels of obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(2), 103-113.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34(3), 241-253.
- Eichholz, A., Schwartz, C., Meule, A., Heese, J., Neumüller, J., & Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(5), 630-639.
- Ferreira, S., Couto, B., Sousa, M., Vieira, R., Sousa, N., Picó-Pérez, M., & Morgado, P. (2021). Stress influences the effect of obsessive-compulsive symptoms on emotion regulation. *Frontiers in psychiatry*, 11, 1622.
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243-248.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Goldin, P. R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 56, 7-15.
- Goodarzi, M. A., & Firoozabadi, A. (2005). Reliability and validity of the Padua Inventory in an Iranian population. *Behaviour Research and therapy*, 43(1), 43-54.
- Görmezoğlu, M., Bouwens van der Vlis, T., Schruers, K., Ackermans, L., Polosan, M., & Leentjens, A. F. (2020). Effectiveness, timing and procedural aspects of cognitive behavioral therapy after deep brain stimulation for therapy-resistant obsessive compulsive disorder: A systematic review. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2383.
- Huang, F. F., Wang, P. C., Yang, X. Y., Luo, J., Yang, X. J., & Li, Z. J. (2023). Predicting responses to cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder based on multilevel indices of rs-fMRI. *Journal of Affective Disorders*, 323, 345-353.
- Hoppen, L. M., Kuck, N., Bürkner, P. C., Karin, E., Wootton, B. M., & Buhlmann, U. (2021). Low intensity technology-delivered cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-17.
- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *Jama*, 317(13), 1358-1367.
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 28(1), 118-130.

- Kim, K. L., Christensen, R. E., Ruggieri, A., Schettini, E., Freeman, J. B., Garcia, A. M., ... & Dickstein, D. P. (2019). Cognitive performance of youth with primary generalized anxiety disorder versus primary obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 36*(2), 130-140.
- Knowles, K. A., Jessup, S. C., & Olatunji, B. O. (2018). Disgust in anxiety and obsessive-compulsive disorders: recent findings and future directions. *Current psychiatry reports, 20*(9), 1-10.
- Khosravani, V., Samimi Ardestani, S. M., Sharifi Bastan, F., & Malayeri, S. (2020). Difficulties in emotion regulation and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Current psychology, 39*(5), 1578-1588.
- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., Radziwon, C. D., Krasner, S. S., Firth, R. S., Naliboff, B. D., ... & Mayer, E. A. (2022). Cognitive flexibility improves in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome but not nonspecific education/support. *Behaviour Research and Therapy, 154*, 104033.
- Lewin, A. B., Peris, T. S., Bergman, R. L., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2011). The role of treatment expectancy in youth receiving exposure-based CBT for obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy, 49*(9), 536-543.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., ... & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research, 225*(3), 236-246.
- Macdonald, A. M., & de Silva, P. (1999). The assessment of obsessionality using the Padua Inventory: Its validity in a British non-clinical sample. *Personality and Individual differences, 27*(6), 1027-1046.
- Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Yazdi, F. R., & Mehrparvar, A. H. (2021). Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents. *Journal of Psychiatric Research, 141*, 192-198.
- Nielsen, S. K. K., Hageman, I., Petersen, A., Daniel, S. I. F., Lau, M., Winding, C., ... & Vangkilde, S. (2019). Do emotion regulation, attentional control, and attachment style predict response to cognitive behavioral therapy for anxiety disorders?—an investigation in clinical settings. *Psychotherapy Research, 29*(8), 999-1009.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research, 47*(1), 33-41.
- Oguz, G., Celikbas, Z., Batmaz, S., Cagli, S., & Sungur, M. Z. (2019). Comparison between obsessive compulsive disorder and panic disorder on metacognitive beliefs, emotional schemas, and cognitive flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*(3), 157-178.
- Paast, N., Khosravi, Z., Memari, A. H., Shayestehfar, M., & Arbabi, M. (2016). Comparison of cognitive flexibility and planning ability in patients with obsessive compulsive disorder, patients with obsessive compulsive personality disorder, and healthy controls. *Shanghai archives of psychiatry, 28*(1), 28.
- Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, Á., Martínez-Esparza, I. C., Storch, E. A., & Olivares-Olivares, P. J. (2021). Response Inhibition, Cognitive Flexibility and Working Memory in Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(7), 3642.
- Sarokhani, D., Sarokhani, M., Sayehmiri, K., & Azodi, M. Z. (2016). The evaluation of obsessive-compulsive disorder prevalence in iran: a meta-analysis and systematic review. *International Journal of Pharmacy & Technology, 8*(4), 21482-92.
- Suveg, C., Sood, E., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2009). Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*(3), 390-401.
- Şahin, H., Köşger, F., Eşsizoglu, A., & Aksaray, G. (2018). The relationship between obsessive belief level and cognitive flexibility in patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of Neuropsychiatry, 55*(4), 376.
- Sternberger, L. G., & Burns, G. L. (1990). Obsessions and compulsions: Psychometric properties of the Padua Inventory with an American college population. *Behaviour Research and therapy, 28*(4), 341-345.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour research and therapy, 26*(2), 169-177.
- Thorsen, A. L., de Wit, S. J., de Vries, F. E., Cath, D. C., Veltman, D. J., van der Werf, Y. D., ... & van den Heuvel, O. A. (2019). Emotion regulation in obsessive-compulsive disorder, unaffected siblings, and unrelated healthy control participants. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 4*(4), 352-360.
- Tomiyama, H., Nakao, T., Murayama, K., Nemoto, K., Ikari, K., Yamada, S., ... & Kanba, S. (2019). Dysfunction between dorsal caudate and salience network associated with impaired cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder: A resting-state fMRI study. *NeuroImage: Clinical, 24*, 102004.
- Villalta, L., Smith, P., Hickin, N., & Stringaris, A. (2018). Emotion regulation difficulties in traumatized youth: a meta-analysis and conceptual review. *European child & adolescent psychiatry, 27*(4), 527-544.
- Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and anxiety, 31*(6), 487-493.
- Whitehead, M. R., & Suveg, C. (2016). Difficulties in emotion regulation differentiate depressive and obsessive-compulsive symptoms and their co-occurrence. *Anxiety, Stress, & Coping, 29*(5), 507-518.
- Wolff, N., Giller, F., Buse, J., Roessner, V., & Beste, C. (2018). When repetitive mental sets increase cognitive flexibility in adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(9), 1024-1032.
- Wilhelm, S., & Steketee, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. New Harbinger Publications.
- Weinberg, A.; Klonsky, ED. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment, 21*(4), 616-621.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology, 74*(4), 695-709.

رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تعلل‌ورزی تحصیلی با نقش میانجی ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی

The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Academic Procrastination with the Mediating Role of Personality Traits and Perfectionism

Sadegh hekmatiyani-Fard, PhD Student

Seyed Mousa Golestaneh, PhD[✉]

صادق حکمتیان فرد^۱

سید موسی گلستانه^۲

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between early maladaptive schemas and Academic procrastination with the mediating role of personality traits and perfectionism. The method of the present study is descriptive-correlational and was performed by structural equation modeling. The statistical population of the study consisted of 8640 students of Persian Gulf University in 1400. 301 students were selected by available sampling method and completed the maladaptive schemas questionnaire (ISQ), active procrastination scale (APS), passive procrastination scale (PPS), Hexaco personality questionnaire (HPQ) and multidimensional perfectionist structures questionnaire (MPCQ). Structural equation model and SPSS and AMOS software were used to analyze the data. The results of structural equation model showed that the direct relationship between maladaptive schema variable with perfectionism and maladaptive schema with personality traits is significant. Also, the direct relationship between personality traits and Academic procrastination was significant, but the direct relationship between perfectionism and Academic procrastination was not significant. Indirect relationships of incompatible schema with Academic procrastination were also significant through personality traits, but indirect relationships of incompatible schema with Academic procrastination through perfectionism were not significant. Based on the research findings, we conclude that maladaptive schemas are well associated with Academic procrastination through personality traits. At the end, the necessary suggestions were presented.

Keywords: Early Maladaptive schemas, Academic procrastination, Personality Traits, Perfectionism, Students

چکیده

هدف پژوهش تعیین رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تعلل‌ورزی تحصیلی با نقش میانجی ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی بود. روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی و به روش مدل معادلات ساختاری انجام شده است. جامعه آماری پژوهش را دانشجویان دانشگاه خلیج فارس در سال ۱۴۰۰ به تعداد ۸۶۴۰ نفر تشکیل داد. ۳۰۱ نفر از دانشجویان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار (ISQ)، مقیاس اهمال‌کاری فعال (APS)، مقیاس اهمال‌کاری غیرفعال (PPS)، پرسشنامه شخصیتی هگزاکو (HPQ) و پرسشنامه ساختارهای کمال‌گرایی چندبعدی (MPCQ) را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل معادلات ساختاری و نرم افزار SPSS و AMOS استفاده شد. نتایج مدل معادلات ساختاری نشان داد رابطه مستقیم متغیر طرحواره ناسازگارانه با کمال‌گرایی و طرحواره ناسازگار با ویژگی‌های شخصیت معنادار است. همچنین رابطه مستقیم ویژگی‌های شخصیت با تعلل‌ورزی تحصیلی معنادار بود اما رابطه مستقیم کمال‌گرایی با تعلل‌ورزی تحصیلی معنادار نبود. همچنین روابط غیرمستقیم طرحواره ناسازگار با تعلل‌ورزی تحصیلی از طریق ویژگی‌های شخصیت معنادار بود اما روابط غیرمستقیم طرحواره ناسازگار با تعلل‌ورزی تحصیلی از طریق کمال‌گرایی معنادار نبود. بر اساس یافته‌های تحقیق نتیجه می‌گیریم که طرحواره‌های ناسازگار از طریق ویژگی‌های شخصیتی به خوبی با تعلل‌ورزی تحصیلی ارتباط پیدا می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تعلل‌ورزی تحصیلی، ویژگی‌های شخصیتی، کمال‌گرایی، دانشجویان

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۳/۲۹ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۹/۲۷

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

طرحواره‌های ناسازگار اولیه (early dysfunctional schemas) الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند (نصیری جوقانی، اصغری و پورصفر، ۱۴۰۰). از پدیده‌های شناختی مرتبط با تعلل‌ورزی، ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی، طرحواره‌ها هستند (دوزویس و همکاران، ۲۰۰۹)، که بنا بر نظریه یانگ ریشه در کودکی افراد دارد. یانگ و همکاران، (۲۰۰۳) بر این عقیده هستند که طرحواره‌های افراد تا حدودی بازتابی دقیق از محیط زندگی اولیه‌شان است. آنها از یک عمل متقابل بین حالت درونی و محیط سرچشمه می‌گیرند. لذا تجارب افراد است که به رشد طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه همانند چهارچوبی برای پردازش اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند و تعیین‌کننده واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به موقعیت‌های زندگی و روابط بین فردی هستند (میسون و همکاران، ۲۰۰۵). طرحواره‌های اولیه شامل باورهای افراد درباره خود، دیگران و محیط هستند که در اثر ارضا نشدن نیازهای اولیه به‌خصوص نیازهای عاطفی شکل می‌گیرند (باچ و همکاران، ۲۰۱۸). طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیر ما از رویدادها می‌شوند (کی، بارلاس، ۲۰۲۰) و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان‌فردی به‌صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده، هدف‌ها و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه خود را نشان می‌دهند (آنتوان و همکاران، ۲۰۰۸).

دانشجویان از جمله اقلیاری هستند که نیازمند مدیریت زمان در انجام فعالیت‌های‌شان چه در حوزه تحصیلی و چه غیرتحصیلی هستند و دانشجویان در خلال تحصیل به فعالیت‌های دیگری نیز می‌پردازند که این فعالیت‌ها می‌تواند بر دیگر تکالیف زندگی‌شان تأثیر منفی داشته باشد (ناکی، ۲۰۱۹). از جمله عواملی که می‌تواند بر طرحواره ناسازگارانه افراد تأثیر بگذارد، تعلل‌ورزی (procrastination) است. تعلل‌ورزی به معنای سهل‌انگاری، به تعویق انداختن کارها است (اوزر و یتکین، ۲۰۱۸). یافته‌های روانشناسان نمایانگر این مطلب است که تعلل‌ورزی تحصیلی با متغیرهای بسیاری در شخصیت و رفتار فرد مرتبط است که از این خیل عظیم می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: عوامل شخصیتی، سلامت روانی، اختلال‌ها شخصیت، خودتنظیمی پایین، خودکارآمدی ضعیف، کمال‌گرایی منفی، روابط بین‌فردی ناسالم، منبع کنترل بیرونی، برآورد بیش از حد زمان، احساس گناه، خودپنداره ضعیف، ناامیدی، عزت‌نفس پایین، اعتماد به‌نفس پایین، هوش هیجانی، تعلل‌ورزی والدین، جو کلاس، روش تدریس، ارتباط با مدرس و ... (هانگ و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به احتمال اینکه همه رفتارهای تعلل‌ورزی پیامد منفی ندارند، به لحاظ مفهومی دو نوع متفاوتی از تعلل‌ورزی، یعنی تعلل‌ورزی غیرفعال در برابر تعلل‌ورزی فعال وجود دارد (چان چو و چوی، ۲۰۰۵). تعلل‌ورزی فعال به لحاظ ابعاد شناختی و عاطفی و رفتاری متفاوت از تعلل‌ورزی غیرفعال هستند. یافته‌های محققان در ارتباط اثرات این دو نوع از تعلل‌ورزی بر تأخیر رفتاری متفاوت بوده است (چادهاری و پیکي، ۲۰۱۸؛ کیم، فرناندز و تریر، ۲۰۱۷). تعلل‌ورزی‌های فعال به لحاظ شناختی قصد تعلل‌ورزی را ندارند اما آنها اغلب به دلیل ناتوانی در تصمیم‌گیری سریع و سرعت عمل کم، وظایف خود را به تعویق می‌اندازند، آنها تصمیم می‌گیرند تا کار را کنار بگذارند تا بتوانند منابع و توانایی‌های خود را برای تکمیل کار به حداکثر برسانند، برخلاف تعلل‌ورزی غیرفعال، تعلل‌ورزی‌های فعال، فعالیت‌های کاری خود را به‌صورت سازمان‌یافته برنامه‌ریزی می‌کنند، هرچند که آنها پایبند به یک برنامه سخت یا ساختار زمانی نیستند، در واقع به‌طور عمد تصمیم می‌گیرند تا کارهای خود را به تعویق بیندازند و به جای تثبیت در فعالیت‌ها، برنامه‌ریزی می‌کنند یا برنامه زمانی خود را در کوتاه مدت تغییر می‌دهند، تعلل‌ورزی‌های فعال آزادانه و به‌عمد فعالیت‌هایشان را دوباره سازمان‌دهی می‌کنند تا بتوانند به تغییرات بیرونی پاسخ دهند. به لحاظ عاطفی نزدیک شدن به آخرین مهلت مقرر، احساس ناراحتی کمتر و تحت فشار زمان بودن، انگیزه بیشتری برای آنها ایجاد می‌کند. تعلل‌ورزی‌های فعال می‌توانند برآورد درستی از حداقل زمان لازم برای پایان دادن به یک کار داشته باشند و حتی با تحت فشار قرار دادن خود به‌صورت کارآمد به اهداف خود برسند. این تفاوت ممکن است به دلیل روش‌های متمایز برای مقابله با عوامل استرس‌زا باشد. برخلاف تعلل‌ورزی‌های غیرفعال که تا حد زیادی به راهبردهای اجتنابی-عاطفی تکیه می‌کنند، تعلل‌ورزی‌های فعال بیشتر به راهبردهای تکلیف‌محور تحت فشار تکیه می‌کنند (چان چو و چوی، ۲۰۰۵). از نظر رفتاری، تعلل‌ورزی‌های فعال نه اینکه قادر به تکمیل کار نباشند، بلکه می‌توانند تکلیف را تحت فشار زمان و وظایف خود قبل از رسیدن آخرین مهلت مقرر انجام دهند و نتایج

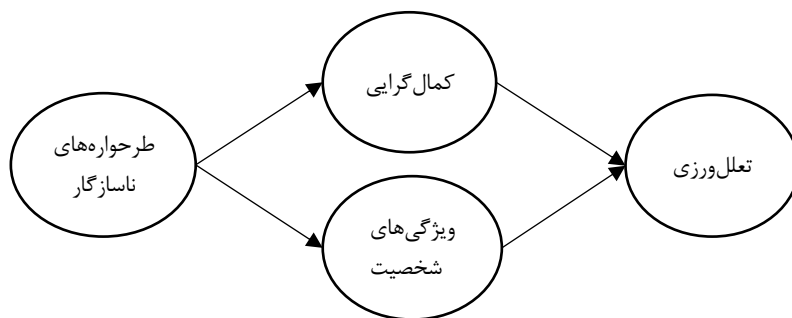
رضایت‌بخشی به‌دست آوردند (چوی و موران، ۲۰۰۹).

همان‌طور که گفته شد تعلل‌ورزی با ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی (perfectionism) منفی مرتبط است و کمال‌گرایی برای اولین بار به‌عنوان سازه‌ای تک‌بعدی توسط برنز ارائه گردید (هیل و همکاران، ۲۰۰۴). کمال‌گرایی را به‌عنوان سازه‌ای که شامل اجزای شناختی رفتاری است تعریف کرده‌اند (کاسترو و همکاران، ۲۰۱۷). کمال‌گرایی دارای جنبه‌های متعددی بوده و ابعاد مختلف کمال‌گرایی با ویژگی‌های متفاوت وجود دارد (سرشار و همکاران، ۱۳۹۶). از منظر کسانی که کمال‌گرایی را سازه‌ای تک‌بعدی می‌دانند معتقدند، افراد کمال‌گرا در تلاش برای دستیابی به نتایج کامل و بدون نقص هستند که این امر ممکن است آسیب‌های متعددی را متوجه آنان نمایند (استد و همکاران، ۲۰۱۰). افراد کمال‌گرا کسانی هستند که مجموعه‌ای از استانداردهای سخت، غیرواقعی و بالا ایجاد می‌کند و هنگام ارزیابی عملکرد خود درگیر تفکر همه یا هیچ می‌شود و موفقیت تنها زمانی رخ می‌دهد که یک معیار بالا به‌دست آید و عملکرد فقط در چارچوب آن معیار بی‌عیب و نقص است (بازدار و موسوی، ۱۳۹۷).

از دیگر عواملی که می‌تواند با تعلل‌ورزی مرتبط باشد، ویژگی‌های شخصیتی است. شخصیت هر فرد اصلی‌ترین ابعاد و ساختار روانشناختی اوست که به شکل‌گیری سبک زندگی وی کمک می‌کند (بیرکاس و همکاران، ۲۰۱۸) و علل زیربنایی رفتار و تجربه فرد به حساب می‌آید (نادی و همکاران، ۱۳۹۸). یکی از طبقه‌بندی‌های صفات شخصیت، طبقه‌بندی پنج عامل بزرگ شخصیت است. این پنج عامل شامل روان‌آزده‌گرایی، برون‌گرایی، موافق‌بودن، گشودگی و باوجدان‌بودن است. طبقه‌بندی پنج عامل بزرگ عملکرد الحاقی دارد؛ زیرا سیستم‌های مختلف توصیف شخصیت را در یک چارچوب مشترک ارائه می‌کنند؛ بنابراین می‌تواند نقطه شروعی برای پژوهش و نظریه‌پردازی باشد که حتی به تبیین و بازسازی طبقه‌بندی توصیفی علت و پویایی‌های شخصیت منجر می‌شود (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲).

ارتباط بین متغیرهای پژوهش حاضر را بر اساس تحقیقاتی که در گذشته انجام شده، مرور می‌کنیم. یعقوبی و قلائی (۱۳۹۴) تحقیقی تحت عنوان عوامل مرتبط با تعلل‌ورزی تحصیلی انجام دادند. نتایج نشان داد که متغیرهای کمال‌گرایی، خودتنظیم‌گری تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی؛ پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای تعلل‌ورزی کلی محسوب می‌شوند. کلائی راد و همکاران (۱۳۹۹) تحقیقی با عنوان رابطه کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سندرم ایمپاستر در دختران دانشجو انجام دادند. نتایج نشان داد که با وجود اینکه بین نمره کل طرحواره ناسازگار اولیه و تمامی ابعاد آن با نشانگان وانمودگرایی همبستگی معناداری وجود دارد اما تنها ابعاد خویش‌گرفتار/ تحول‌نیافته، خویش‌داری/ خودانضباطی ناکافی، محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، اطاعت و بازداری هیجانی توان تبیین تغییرات مرتبط با نشانگان وانمودگرایی را داشته‌اند.

بنابراین، با توجه به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی در تعلل‌ورزی تحصیلی و با توجه به موارد مطروحه، هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تعلل‌ورزی تحصیلی با نقش میانجی ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

• روش

روش تحقیق حاضر توصیفی-پیمایشی از نوع همبستگی بود و به روش مدل معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش را دانشجویان دانشگاه خلیج فارس بوشهر در سال ۱۴۰۰ به تعداد ۸۶۴۰ نفر تشکیل داد. ۳۰۱ نفر از دانشجویان با روش نمونه‌گیری در

دسترس انتخاب شدند. به دلیل شرایط کرونایی حاکم بر کشور از نمونه‌گیری در دسترس و به صورت آنلاین در گروه‌ها و فضاهای مجازی پرسشنامه‌ها ارسال و تکمیل شد. دانشجویان شرکت‌کننده در این تحقیق شامل ۱۶۰ (۵۳/۲ درصد) نفر دانشجوی مونث و ۱۴۱ (۴۶/۸ درصد) نفر دانشجوی مذکر هستند. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل معادلات ساختاری و نرم‌افزار SPSS و AMOS استفاده شد.

• ابزار پژوهش

الف. پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار (incompatible schema questionnaires- ISQ): برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار، از پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ استفاده شد. فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ و براون (۲۰۰۳) یک پرسشنامه ۷۵ ماده‌ای است که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. در این پرسشنامه، نمره بالا نشان‌دهنده طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه است. در پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) اعتبار پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. این ضریب برای حوزه‌های طرحواره‌ها، در دامنه‌ای از ۰/۵۵ تا ۰/۸۹ قرار داشت.

ب. مقیاس اهمال‌کاری فعال (active procrastination scale- APS): این مقیاس توسط چوی و موران در سال ۲۰۰۹ طراحی شده است که شامل ۱۶ ماده است که چهار بعد ترجیح فشار، تصمیم عمده برای به تعویق انداختن، توانایی مواجهه با آخرین مهلت مقرر و رضایت از نتیجه را می‌سنجد. اعتبار این ابعاد این در نسخه انگلیسی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ است و اعتبار کل ابزار ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی مقیاس اهمال‌کاری فعال از طریق محاسبه ضریب همبستگی با سایر مقیاس‌ها محاسبه شده است، به گونه‌ای که نمره اهمال‌کاری فعال با نمره اهمال‌کاری غیرفعال مرتبط نبوده ($r=0/07$) و نتایج نشان داده که این دو مقیاس متفاوت از هم هستند (چان چو و چوی، ۲۰۰۵). همچنین اهمال‌کاری فعال رابطه منفی با ساختار زمانی داشته است ($r=0/22$) که نشان می‌دهد اهمال‌کاری فعال مفهوم انعطاف‌پذیری از زمان است (چو و موران، ۲۰۰۹). وانگ (۲۰۱۳) اعتبار این زیر مقیاس را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۳، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ و اعتبار کل مقیاس را ۰/۸۳ را گزارش کرده است. در ایران هاشمی و همکاران (۱۳۹۱) ضریب پایایی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آوردند.

ج. مقیاس اهمال‌کاری غیرفعال (passive procrastination scale- PPS): برای سنجش اهمال‌کاری غیرفعال از مقیاس استاندارد تاکمن (۱۹۹۱) استفاده شد. این مقیاس از ۱۶ ماده و یک عامل تشکیل شده است که بر مبنای طیف لیکرت طراحی شده است. گرفتن نمره بالا در این مقیاس نشانه تعلل بالا است. تاکمن (۱۹۹۱) اعتبار این مقیاس را ۰/۸۶ و آکینسولا، تلا تلا (۲۰۰۷) نیز طی مطالعه‌ای آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. لی (۲۰۰۵) و همکاران (۲۰۰۸) نیز از این مقیاس برای سنجش اهمال‌کاری تحصیلی استفاده کرده و مقدار آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۳ به دست آورده‌اند. در پژوهش شهنی بیلاق و همکاران (۱۳۸۵) نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد و روایی این مقیاس با استفاده از بررسی همبستگی آن با مقیاس تعلل‌ورزی شوارزر، شمیتز و دیپل (۲۰۰۰) برای کل نمونه ۰/۵۶، در نمونه دختران ۰/۶۲ و در نمونه پسران ۰/۴۸ به دست آمد که همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

د. پرسشنامه شخصیتی هگزاکو (hexaco personality questionnaire- HPQ): دی و رایز (۲۰۱۳) با استفاده از مدل‌های اخیر هگزاکو، فرم کوتاه شده پرسشنامه شخصیتی هگزاکو را مطرح کرد که دارای ۲۴ ماده است. این پرسشنامه شامل شش بعد وسیع صداقت- تواضع، تهییج‌پذیری، برون‌گرایی، خوشایندی، وظیفه‌شناسی و گشودگی به تجربه است که هر یک از پرسشنامه‌ها شامل ۴ ماده است. در مطالعات قبلی اعتبار و اعتبار خرده‌مقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش شده‌اند (دی و رایز و همکاران، ۲۰۰۹). اعتبار بازآزمایی و ضریب همبستگی موازی قابل قبولی بین خرده مقیاس‌ها با فرم بلند هگزاکو گزارش شده است. ضریب اعتبار مقیاس صداقت- تواضع ۰/۵۵، تهییج‌پذیری ۰/۵۴، برون‌گرایی ۰/۶۹، خوشایندی ۰/۵۳، وظیفه‌شناسی ۰/۶۱ و گشودگی به تجربه ۰/۶۰ با میانگین ۰/۵۹ گزارش شده است (دی و رایز، ۲۰۱۳). در ایران پرسشنامه فرم کوتاه هگزاکو توسط بشیرپور، طاهری‌فرد و محمدی (۱۳۹۸) اعتبارسنجی شده است که ضرایب اعتبار مقیاس صداقت- تواضع برابر با ۰/۷۸، تهییج‌پذیری ۰/۸۷، برون‌گرایی ۰/۷۴، خوشایندی ۰/۸۸، وظیفه‌شناسی ۰/۸۸ و گشودگی به تجربه برابر با ۰/۶۳ گزارش کردند. همچنین به منظور بررسی روایی سازه این پرسشنامه از روش آماری تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد که نتایج به دست آمده دال بر ۶ عاملی بودن این پرسشنامه بود (بشیرپور و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین روایی

همگرای پرسشنامه نیز از طریق پرسشنامه‌های فرم کوتاه NEO مورد سنجش قرار گرفت که نتایج حاکی از روایی همگرای قابل قبول برای پرسشنامه هگزاکو- ۲۴ بود (بشیرپور و همکاران، ۱۳۹۸).

ه. پرسشنامه شناختارهای کمال‌گرایی چندبعدی (multidimensional perfectionism cognition questionnaire- MPCQ)

این پرسشنامه در دانشگاه توکیو با هدف سنجش فراوانی شناختارهای مربوط به کمال‌گرایی‌گرایی توسط کابوری و تانو (۲۰۰۴) ساخته شده است و دارای ۱۵ ماده است. این پرسشنامه دارای سه بعد استانداردهای فردی، پیگردی کمال و نگرانی مفرد درباره اشتباهات است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی معتمدیگانه و شکری (۱۳۹۲) نشان داد که عامل استانداردهای فردی، پیگردی کمال و بیش‌نگرانی درباره اشتباهات هر یک به ترتیب ۳۳/۵۵ درصد، ۱۴/۳۴ درصد و ۸/۵۴ درصد (در مجموع ۵۶/۴۳) درصد از واریانس عامل کلی شناختارهای کمال‌گرا را تبیین کردند. مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش شامل مجذور خی، مجذور خی بر درجه آزادی، برازش مقایسه‌ای، نیکویی برازش، شاخص نیکویی برازش انطباقی و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب به ترتیب برابر با ۱۶۷/۷۰، ۱/۹۹، ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۵۸ نیز برازش خوب الگوی مفروض سه عاملی را با داده‌ها نشان داد. در پژوهش معتمدیگانه و شکری (۱۳۹۲) نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای هر دو مقیاس عاطفه مثبت و منفی ۰/۸۳ به دست آمد.

• یافته‌ها

از دانشجویان شرکت‌کننده در این تحقیق شامل ۳۰۱ نفر که ۱۶۰ نفر (۵۳/۲ درصد) دانشجوی مونث و ۱۴۱ نفر (۴۶/۸ درصد) دانشجوی مذکر هستند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	زیرمقیاس	میانگین	انحراف معیار	کولموگروف-اسمیرنوف
طرحواره‌های ناسازگار	محرومیت هیجانی	۶/۲۲	۳/۳۶	۰/۱۳
	جدایی / طرد	۶/۵۰	۳/۱۰	۰/۱۲
	بی‌اعتمادی و بد رفتاری	۶/۲۳	۲/۶۱	۰/۰۹
	انزوای اجتماعی	۶/۱۹	۲/۷۹	۰/۱۴
	نقص و شرم	۵/۵۰	۲/۹۵	۰/۱۷
	شکست	۵/۱۶	۳/۱۹	۰/۱۸
	بی‌کفایتی و وابستگی	۵/۵۶	۳/۲۳	۰/۱۸
	آسیب‌پذیری- بیماری	۶/۲۹	۳/۲۹	۰/۱۲
	خود تحول‌نا یافته- رفتاری	۵/۹۷	۳/۹۳	۰/۱۲
	اطاعت	۶/۷۹	۲/۶۳	۰/۱۴
	قربانی کردن خود	۷/۳۰	۲/۶۰	۰/۰۹
	بازداری هیجانی	۵/۹۷	۳/۲۵	۰/۱۷
	معیارهای سختگیرانه	۷/۸۱	۲/۷۱	۰/۱۱
	استحقاق/ بزرگ منشی	۷/۵۷	۲/۶۴	۰/۱۱
خودکنترلی ناکافی	۶/۹۳	۲/۹۶	۰/۱۰	
تعامل‌ورزی فعال	رضایت از نتیجه	۸/۰۸	۳/۰۱	۰/۱۰
	ترجیح فشار	۸/۷۳	۳/۰۶	۰/۱۰
	تصمیم‌عمدی به تعویق انداختن	۹/۱۶	۲/۹۶	۰/۱۰
	توانایی مواجهه با آخرین مهلت مقرر	۱۲/۳۷	۴/۴۶	۰/۰۷
تعامل‌ورزی منفعل	تعامل‌ورزی منفعل	۱۸/۷۱	۳/۸۱	۰/۱۳
ویژگی‌های شخصیتی	صداقت- تواضع	۱۱/۸۵	۰/۲	۰/۱۲
	تهییج‌پذیری	۱۲/۱۶	۲/۵۱	۰/۱۲
	برون‌گرایی	۱۳/۱۷	۲/۸۶	۰/۱۱
	خوشایندی	۱۱/۴۷	۲/۲۴	۰/۱۴
	وظیفه‌شناسی	۱۲/۷۳	۲/۴۴	۰/۱۳
	گشودگی به تجربه	۱۳/۹۴	۱/۹۴	۰/۱۱
	استانداردهای فردی	۱۵/۸۰	۳/۴۶	۰/۱۰
کمال‌گرایی	تعقیب یا پیگردی کمال	۹/۵۴	۲/۸۰	۰/۱۰
	نگرانی مفرد	۱۱/۴۰	۳/۶۷	۰/۱۶

طبق نتایج حاصل از جدول ۱، در بین مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار بیشترین میانگین به معیارهای سختگیرانه مرتبط است و کمترین میانگین به شکست مرتبط است و در رابطه با تعلق‌ورزی فعال بیشترین میانگین مربوط به توانایی مواجهه با آخرین مهلت مقرر و کمترین میانگین مربوط به رضایت از نتیجه است و در رابطه با تعلق‌ورزی منفعل نیز میانگین ۱۸/۷۱ به دست آمد و در رابطه با ویژگی‌های شخصیتی بیشترین میانگین شامل گشودگی به تجربه و کمترین میانگین مربوط به خوشایندی است و در خصوص کمال‌گرایی نیز، بیشترین میانگین مربوط به استانداردهای فردی و کمترین میانگین مربوط به تعقیب یا پیگردی کمال است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرها

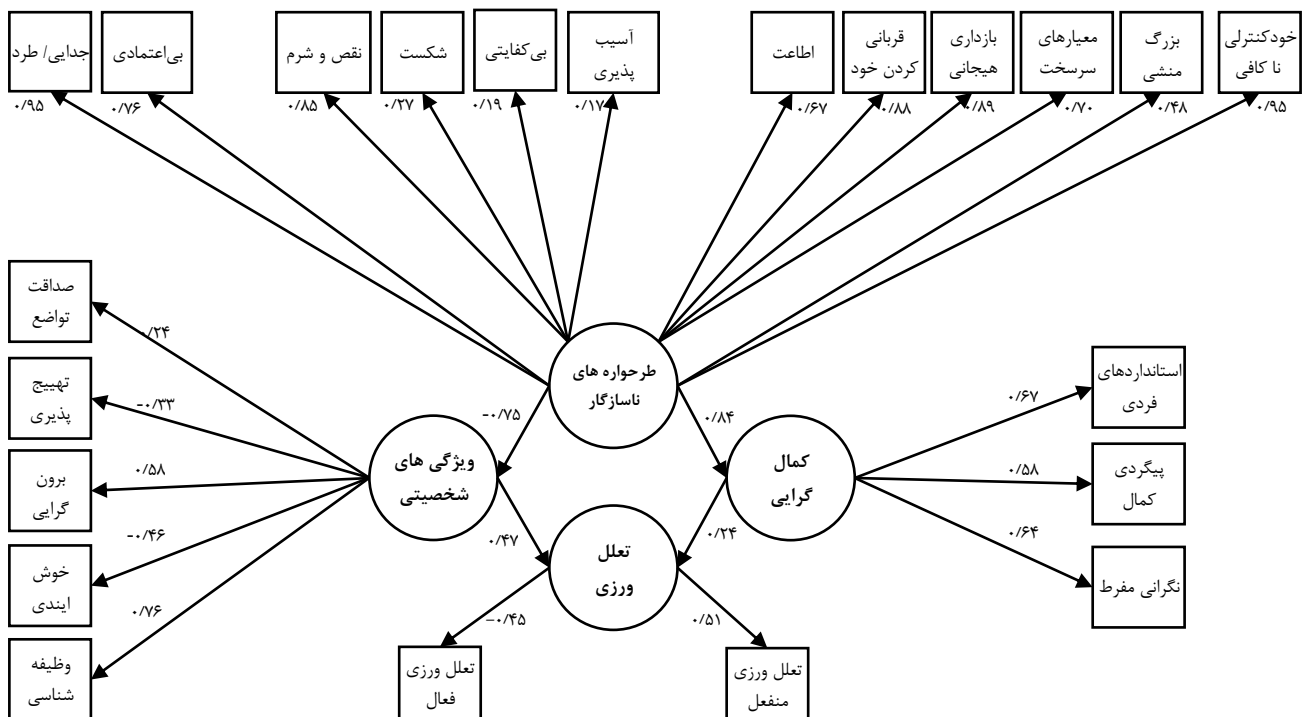
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	
۱ محرومیت هیجانی																			
۲ جدایی / طرد	۰/۴۸**																		
۳ بی‌اعتمادی و بدرفتاری	۰/۴۳**	۰/۴۳**																	
۴ انزوای اجتماعی	۰/۴۳**	۰/۴۳**	۰/۵۱**																
۵ نقص و شرم	۰/۵۲**	۰/۵۱**	۰/۵۲**	۰/۵۰**															
۶ شکست	۰/۵۸**	۰/۵۴**	۰/۵۷**	۰/۵۶**	۰/۷۲**														
۷ بی‌کفایتی و وابستگی	۰/۴۹**	۰/۵۰**	۰/۴۱**	۰/۵۲**	۰/۶۶**	۰/۷۸**													
۸ آسیب‌پذیری - بیماری	۰/۴۶**	۰/۴۸**	۰/۴۹**	۰/۴۸**	۰/۶۰**	۰/۶۸**	۰/۶۵**												
۹ خود تحول نیافته	۰/۴۳**	۰/۵۶**	۰/۴۹**	۰/۵۰**	۰/۵۲**	۰/۶۵**	۰/۷۸**	۰/۶۰**											
۱۰ اطاعت	۰/۵۱**	۰/۵۰**	۰/۵۶**	۰/۵۰**	۰/۵۶**	۰/۶۲**	۰/۵۶**	۰/۵۸**	۰/۵۳**										
۱۱ قربانی کردن خود	۰/۴۱**	۰/۴۳**	۰/۳۴**	۰/۴۰**	۰/۳۹**	۰/۴۴**	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۵۳**	۰/۴۲**									
۱۲ بازداری هیجانی	۰/۵۰**	۰/۳۹**	۰/۳۳**	۰/۳۷**	۰/۵۶**	۰/۵۳**	۰/۴۷**	۰/۴۶**	۰/۴۵**	۰/۳۶**	۰/۳۹**								
۱۳ معیارهای سختگیرانه	۰/۲۳**	۰/۱۹**	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۰/۱۶**	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۲۲**	۰/۲۸**	۰/۵۰**	۰/۲۹**	۰/۲۳**							
۱۴ استحقاق / بزرگ منشی	۰/۳۵**	۰/۴۱**	۰/۳۳**	۰/۳۷**	۰/۲۹**	۰/۴۵**	۰/۴۹**	۰/۵۵**	۰/۴۷**	۰/۴۶**	۰/۳۹**	۰/۲۷**	۰/۴۸**						
۱۵ خودکنترلی ناکافی	۰/۴۷**	۰/۵۳**	۰/۳۸**	۰/۴۶**	۰/۴۷**	۰/۵۴**	۰/۵۴**	۰/۶۰**	۰/۵۵**	۰/۴۴**	۰/۴۷**	۰/۴۵**	۰/۵۶**	۰/۵۶**					
۱۶ طرحواره ناسازگار	۰/۶۹**	۰/۷۰**	۰/۶۵**	۰/۶۹**	۰/۷۵**	۰/۸۵**	۰/۷۹**	۰/۷۸**	۰/۷۷**	۰/۷۵**	۰/۶۲**	۰/۶۵**	۰/۴۶**	۰/۶۳**	۰/۷۳**				
۱۷ وظیفه‌شناسی	۰/۱۷**	۰/۱۴**	۰/۰۲	۰/۱۰	۰/۱۵**	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۱۳*	۰/۱۵**	۰/۰۴	۰/۱۶**	۰/۱۶**	۰/۲۶**	۰/۱۷**	۰/۱۱*	۰/۳۰**	۰/۱۹**	۰/۱۰	۰/۱۰
۱۸ تهیه‌پذیری	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۱۶**	۰/۱۰	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳

۰/۵۸ است که همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین نگرانی مفرط از مؤلفه‌های کمال‌گرایی با مؤلفه‌های طرحواره ناسازگار: محرومیت هیجانی، جدایی / طرد، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص و شرم، شکست، بی‌کفایتی و وابستگی، آسیب‌پذیری بیماری، خود تحول‌نیافته، اطاعت، قربانی کردن خود، بازدارنده هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق / بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی و طرحواره ناسازگار به ترتیب دارای همبستگی ۰/۵۱، ۰/۵۵، ۰/۵۲، ۰/۵۷، ۰/۵۲، ۰/۷۱، ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۵۴، ۰/۶۲، ۰/۴۱، ۰/۳۹، ۰/۳۰، ۴۱، ۰/۵۸، ۰/۷۴ است که همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۴: ضرایب همبستگی متغیرها

۶	۵	۴	۳	۲	۱	
					۱	وظیفه‌شناسی
				۱	-۰/۱۰	تهییج‌پذیری
			۱	۰/۱۳*	-۰/۲۰**	نگرانی مفرط
		۱	۰/۶۴**	۰/۰۰	۰/۱۳*	تعقیب یا پیگردی کمال
	۱	-۰/۰۷	-۰/۳۷**	-۰/۱۶**	۰/۴۷**	تعامل‌ورزی منفعل
۱	-۰/۲۵**	۰/۰۸	۰/۲۷**	۰/۰۳	-۰/۲۳**	تعامل‌ورزی فعال

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که نگرانی مفرط از مؤلفه‌های کمال‌گرایی با وظیفه‌شناسی و تهییج‌پذیری از مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیت به ترتیب دارای همبستگی ۰/۲۰- و ۰/۱۳ است که در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۵ معنادار است. همچنین تعقیب کمال از مؤلفه‌های کمال‌گرایی با وظیفه‌شناسی از مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیت دارای همبستگی ۰/۱۳ است که در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است. تعامل‌ورزی منفعل از مؤلفه‌های تعامل‌ورزی به ترتیب با مؤلفه‌های وظیفه‌شناسی، تهییج‌پذیری (مؤلفه‌های ویژگی شخصیت) و نگرانی مفرط (مؤلفه کمال‌گرایی) دارای همبستگی ۰/۴۸، ۰/۱۷- و ۰/۳۸- است که در سطح ۰/۰۰۱، ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۵ معنادار است. همچنین تعامل‌ورزی فعال از مؤلفه‌های تعامل‌ورزی به ترتیب با مؤلفه وظیفه‌شناسی و نگرانی مفرط دارای همبستگی معنادار ۰/۲۴- و ۰/۲۸ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. جهت بررسی مدل معادلات ساختاری نیاز به بررسی پیش فرض‌های هم خطی چندگانه، نرمال بودن، داده‌های گمشده و بررسی داده‌های پرت بود، که پیش فرض‌ها رعایت شده است.



شکل ۲. مدل اصلاح شده معادلات ساختاری به همراه ضرایب استاندارد شده

با توجه به معنادار نبودن برخی از مسیرها در مدل پیشنهادی، این مسیرها در مدل نهایی (شکل ۲)، حذف گردید. همچنین با توجه به ارتباط برخی از خطاها به یکدیگر و ایجاد ارتباط بین آنها موجب گردید شاخص‌های برازش مدل بهبود پیدا کند. ۰/۵۱

جدول ۵. نتایج ضرایب استاندارد مدل ساختاری و معناداری آن‌ها

برآورد استاندارد	مقدار معناداری	ناحیه بحرانی	خطای استاندارد	برآورد	طرحواره	معناداری
۰/۸۴	۰/۰۰۱	۱۱/۶۴	۰/۱۰	۱/۲۴	طرحواره	<---
-۰/۷۵	۰/۰۰۱	-۵/۴۱	۰/۰۵	-۳۰	طرحواره	<---
۰/۲۴	۰/۱۱	۱/۵۵	۰/۱۲	۰/۱۹	کمال‌گرایی	<---
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۴/۳۷	۰/۷۶	۳/۳۲	ویژگی شخصیت	<---

طبق جدول ۵، متغیر طرحواره ناسازگارانه بر کمال‌گرایی و ویژگی‌های شخصیت تأثیر دارد و ویژگی‌های شخصیت بر تعلل‌ورزی تأثیر دارد ولی کمال‌گرایی بر تعلل‌ورزی تأثیر ندارد. طبق ضرایب استاندارد، طرحواره ناسازگارانه بر کمال‌گرایی (۰/۸۴) است و رابطه مستقیمی وجود دارد ولی بین طرحواره ناسازگارانه با ویژگی‌های شخصیت (۰/۷۵) است و رابطه معکوس وجود دارد. همچنین بین ویژگی‌های شخصیت بر تعلل‌ورزی (۰/۴۷) است و رابطه مستقیم است و ضریب استاندارد بین کمال‌گرایی بر تعلل‌ورزی (۰/۲۴) است و رابطه مستقیم ندارد.

جدول ۶. مقادیر شاخص‌های برازندگی مدل نهایی تحقیق

مدل	شاخص	نوع شاخص
مدل نهایی تحقیق	CMIN	مطلق
۱۴۸۸/۵۰	DF	
۲۹۵	P	
۰/۰۰۱	RMSEA	نسبی
۰/۰۶	CMIN/DF	
۵/۰۴	TLI	تطبیقی
۰/۸۵	CFI	
۰/۸۱	PNFI	مقتصد
۰/۹۰	PCFI	
۰/۸۴		

همچنان که در جدول ۶ مشخص شده است شاخص‌های کلی برازش مدل وضعیت مطلوبی را نشان می‌دهند. وجود کای اسکور غیرمعنادار برابر با ۱۴۸۸/۵۰ است و سطح معناداری برابر با ۰/۰۰ نشان دهنده نتیجه‌ای مناسب است. شاخص مناسب دیگری که معمولاً به منظور قضاوت در مورد مدل تدوین شده و حمایت داده‌ها از آن به کار می‌رود، نسبت کای اسکور به درجه آزادی است. در جدول بالا مقدار کای اسکور نسبی برابر با ۵/۰۴ است. ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده نشان می‌دهد که آیا مدل تدوین شده را می‌توان قابل قبول دانست یا خیر. مقدار ۰/۰۶ برای مدل تحقیق حاکی از قابل قبول بودن مدل است. شاخص‌های تطبیقی در جدول بالا شاخص توکر-لویس برابر با ۰/۸۵ و شاخص برازش تطبیقی برابر با ۰/۸۱ است. در جدول فوق مقدار شاخص برازش هنجار شده مقتصد برابر با ۰/۹۰ و مقدار شاخص برازش تطبیقی مقتصد برابر با ۰/۸۴ است که هر دو مقادیری قابل قبول را نشان می‌دهند. با توجه به توضیحات فوق می‌توان نتیجه گرفت مدل نهایی تحقیق قابل قبول است.

به منظور بررسی معناداری اثر غیرمستقیم متغیر برون‌زا بر درون‌زا و معناداری نقش میانجی ویژگی‌های شخصیت و کمال‌گرایی در رابطه بین این متغیرها، از تحلیل بوت استرپ نرم افزار AMOS 24 استفاده شد. نتیجه آزمون بوت استرپ برای مسیر طرحواره‌های ناسازگار به صورت غیرمستقیم از طریق ویژگی‌های شخصیت با تعلل‌ورزی برابر با ۰/۳۵ است. فاصله اطمینان ۰/۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استرپ ۲۰۰۰ است. با توجه به اینکه در این مسیر، صفر بیرون از فاصله اطمینان قرار می‌گیرد، رابطه میانجی مفروض معنادار است. نتیجه آزمون بوت استرپ برای مسیر طرحواره‌های ناسازگار به صورت غیرمستقیم از طریق کمال‌گرایی با تعلل‌ورزی برابر با ۰/۲۰ است که با توجه به فاصله اطمینان ۰/۹۵ رابطه میانجی مفروض معنادار نبود. با توجه به توضیحات فوق می‌توان نتیجه گرفت مدل نهایی تحقیق قابل قبول است.

● بحث

این پژوهش با هدف تعیین رابطه طرحواره‌های ناسازگار با تعلل‌ورزی تحصیلی با نقش میانجی ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی انجام شده است. نتایج نشان داد که، متغیر طرحواره ناسازگاران بر کمال‌گرایی و ویژگی‌های شخصیت تأثیر دارد و ویژگی‌های شخصیت بر تعلل‌ورزی تأثیر دارد ولی کمال‌گرایی بر تعلل‌ورزی تأثیر ندارد.

مطابق نتایج حاصل از پژوهش، متغیر طرحواره ناسازگاران بر کمال‌گرایی تأثیر دارد. طبق ضرایب استاندارد، طرحواره ناسازگاران بر کمال‌گرایی (۰/۸۴) است و رابطه مستقیمی بین آنها وجود دارد و با افزایش طرحواره ناسازگانه، کمال‌گرایی افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش حاضر با تحقیقات کلان‌راد و همکاران (۱۳۹۹) و مقدم و همکاران (۲۰۲۱)، در خصوص رابطه طرحواره ناسازگاران بر کمال‌گرایی، همسو است و می‌توان بیان داشت طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان‌فردی به‌صورت سوء تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، هدف و چشمداشت‌های غیرواقعی‌بینانه خود را نشان می‌دهند. زمانی که طرحواره‌ها فعال می‌شوند، تبدیل به اتاق فرمان افکار خودآیند منفی می‌گردند و به‌طور منفی موجب سوگیری در اطلاعات می‌شوند و کمال‌گرایی را افزایش می‌دهد.

رابطه متغیر طرحواره ناسازگاران بر ویژگی‌های شخصیت معنی داری بود. بدین صورت که طرحواره ناسازگاران، ویژگی‌های شخصیتی مانند تهییج‌پذیری را فعال می‌کنند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً خارج از آگاهی عمل می‌کنند و فرد را از نظر روانشناختی در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد و سایر اختلال‌های روانی قرار می‌دهند (تیمم، ۲۰۱۰). در چند مطالعه روی نوجوانان و دانشجویان، نتایج حاکی از رابطه معنادار طرحواره ناسازگار طرد و بریدگی با تعدادی از مشکلات رفتاری (ون و یک-هربرک و همکاران، ۲۰۱۸)، علائم افسردگی (کامارا و کالوت، ۲۰۱۲) و اضطراب جدایی (کالوت و همکاران، ۲۰۱۳) است که با نتایج تحقیق همسو است. طرحواره‌های ناسازگاران در عمیق‌ترین سطح شناخت معمولاً خارج از آگاهی عمل می‌کنند و فرد را از نظر روانشناختی در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد و سایر اختلال‌های روانی قرار می‌دهند. لذا طرحواره‌های ناسازگاران اولیه می‌تواند ویژگی‌های شخصیتی را پیش‌بینی نمایند.

طبق نتایج، کمال‌گرایی بر تعلل‌ورزی (۰/۲۴) تأثیر ندارد و با یافته‌های فلت و هویت (۲۰۱۵) همسو نیست. بین ویژگی‌های شخصیت بر تعلل‌ورزی رابطه مستقیمی وجود دارد. یافته‌های حاصل از آزمایش این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های صورت گرفته توسط فلت و همکاران (۲۰۱۵)؛ کاستا و مک کری (۱۹۹۲) و دیاز مورالز، کوهن و فراری (۲۰۰۸) همسو است. برخی پژوهشگران در تلاش‌های خود برای فهم تعلل‌ورزی معمولاً آن را به عنوان یک ویژگی یا گرایش شخصیت تغییرناپذیر تلقی کرده‌اند، در نتیجه آنها به طور ضمنی فرض می‌کنند که تعلل‌ورزی، در زمینه‌ها و زمان‌های مختلف ثابت است (درتاج و مهرعلیان، ۱۳۹۷). از طرف دیگر چندین مدل نظری، تعلل‌ورزی را به عنوان یک رفتار موقعیتی در برابر یک خصیصه شخصیتی مفهوم‌سازی کرده‌اند (ون ایرده، ۲۰۰۰). برخی پژوهش‌ها نیز تعلل‌ورزی را به عنوان یک رفتار وابسته به موقعیت در نظر گرفته‌اند (روتبلوم، ۱۹۹۰)، همچنین نتایج جدیدترین پژوهش‌ها نیز بیانگر روابط میان ویژگی‌های شخصیتی و تعلل‌ورزی تحصیلی در میان دانشجویان مقطع کارشناسی است (یازیچی، بولوت، ۲۰۱۵)، همانطور که در تحقیق حاضر نیز به این امر دست یافتیم.

● نتیجه‌گیری

در نهایت بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که، متغیر طرحواره ناسازگاران بر کمال‌گرایی و ویژگی‌های شخصیت تأثیر دارد و ویژگی‌های شخصیت بر تعلل‌ورزی تأثیر دارد ولی کمال‌گرایی بر تعلل‌ورزی تأثیر ندارد.

محدود بودن جامعه آماری این پژوهش به دانشجویان دانشگاه خلیج فارس بوشهر، جمع‌آوری داده‌ها به روش پرسشنامه‌ای از محدودیت‌های این پژوهش بودند. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه با جامعه آماری گسترده‌تر انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود علاوه بر استفاده از پرسشنامه از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات مانند مصاحبه (فردی و خانوادگی) و مشاهده استفاده شود تا

اطلاعات کامل تر و دقیق تر به دست آید. با توجه به این که رشد اولیه طرحواره‌های ناسازگار ریشه در تجربه‌های کودکی داشته و تعاملات نخستین والدین با کودک در گسترش آنها نقش دارد، تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی با هدف آشناسازی خانواده‌ها با فرایندهای شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیشنهاد می‌شود.

• تعارض منافع

نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

• سپاسگزاری

نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که با نقد و مشورت در تکمیل این پژوهش مؤثر بوده‌اند اعلام می‌دارند.

• منابع

- بشیرپور، سجاد، طاهری فرد، مینا و محمدی، گلاویژ (۱۳۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی هگراکو- ۲۴ سؤالی در دانشجویان. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۹(۳۶)، ۸۹-۶۵.
- بازدار، خالد و موسوی، سید اصغر (۱۳۹۷). بررسی و تحلیل نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی در پیش‌بینی طلاق عاطفی بین زوجین. *فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۱۳(۴۳)، ۱۱۶-۹۳.
- درتاج، فریبرز و مهرعلیان، ابراهیم (۱۳۹۷). اثربخشی امید درمانی بر اهمال کاری تحصیلی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهر قزوین. *فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه تربیتی*، ۱۴(۴۸)، ۸۶-۷۳.
- سرشار، عاطفه، ملتفت، قوام و نیکدل، فریبرز (۱۳۹۶). بررسی رابطه کمال‌گرایی و سازگاری هیجانی با نقش واسطه باورهای انگیزشی. *مجله روانشناسی*، ۲۱(۴)، ۴۲۷-۴۱۲.
- شهنی بیلاق، منیجه، مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز، حقیقی، جمال و سلامتی، عباس (۱۳۸۵). بررسی میزان شیوع تعلل و تأثیر آموزش مدیریت زمان و مدیریت رفتار بر کاهش آن در بین نوجوانان شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱۳(۳)، ۳۰-۱.
- کلائی راد، مهرنوش، مدنی پور، نادیا و صالحی، مهدیه (۱۳۹۹). رابطه کمال‌گرایی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با سندرم ایمپاستر در دختران دانشجو. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان در مانی*، ۹(۳۶)، ۳۳-۲۴.
- معمدیکانه، نگین و شکری، امید (۱۳۹۲). آزمون روانسنجی سیاهه شناختارهای کمال‌گرایی چندبعدی. *فصلنامه روانشناسی تحولی روانشناسان ایرانی*، ۱(۳۸)، ۱۸۵-۱۷۵.
- نصیری جونقابی، مهناز، اصغری، فرهاد و پور صفر، علی (۱۴۰۰). بررسی رابطه ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تمایز یافتگی خود و عملکرد جنسی با تمایل به روابط فرازنشویی. *مجله روانشناسی*، ۲۵(۳)، ۳۴۹-۳۲۹.
- نادی، محمد علی، عزیزی، هاجر و مسجدی، نفیسه (۱۳۹۸). رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، رفتار اخلاقی و احساس گناه با رفتار شهروندی اجباری. *مجله روانشناسی*، ۲۳(۱)، ۹۸-۸۳.
- هاشمی، تورج؛ مصطفوی، فریده؛ ماشینچی عباسی، نعیمه و بدری، رحیم (۱۳۹۱). نقش جهت‌گیری هدف، خودکارآمدی خودتنظیم‌گری و شخصیت در تعلل ورزی، روانشناسی معاصر، ۷(۱)، ۸۴-۷۳.
- یعقوبی، ابوالقاسم و قلائی، بهروز (۱۳۹۴). عوامل مرتبط با تعلل ورزی تحصیلی، *مجله روانشناسی تربیتی*، ۱۱(۳۷)، ۱۸۵-۱۶۱.
- یوسفی، رحیم، عابدین، علیرضا؛ تیرگری، عبدالحکیم و فتح‌آبادی، جلیل (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طرحواره‌ها در ارتقاء رضایت زناشویی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۷)، ۳۸-۲۵.
- Akinsola, M. K., Tella, A., & Tella, A. (2007). Correlates of academic procrastination and mathematics achievement of university undergraduate students. *Eurasia Journal of Mathematics, science and technology education*, 3(4), 363-370.
- Antoine, P., Antoine, C., & Nandrino, J. L. (2008). Development and validation of the cognitive inventory of subjective distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(11), 1175-1181.
- Birkás, B., Láng, A., & Meskó, N. (2018). Self-rated attractiveness moderates the relationship between dark personality traits and romantic ideals in women. *Psychological Reports*, 121(1), 184-200.
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328-349.

- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of anxiety disorders*, 27(3), 278-288.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment*, 4(1), 5.
- Choi, J. N., & Moran, S. V. (2009). Why not procrastinate? Development and validation of a new active procrastination scale. *The Journal of social psychology*, 149(2), 195-212.
- Chun Chu, A. H., & Choi, J. N. (2005). Rethinking procrastination: Positive effects of "active" procrastination behavior on attitudes and performance. *The Journal of social psychology*, 145(3), 245-264.
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68.
- Castro, J., Soares, M. J., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2017). Perfectionism and negative/positive affect associations: the role of cognitive emotion regulation and perceived distress/coping. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39, 77-87.
- Chowdhury, S. F., & Pychyl, T. A. (2018). A critique of the construct validity of active procrastination. *Personality and Individual Differences*, 120, 7-12.
- Díaz-Morales, J. F., Cohen, J. R., & Ferrari, J. R. (2008). An integrated view of personality styles related to avoidant procrastination. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 554-558.
- Dozois, D. J., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(6), 1078.
- De Vries, R. E., Ashton, M. C., & Lee, K. (2009). De zes belangrijkste persoonlijkheidsdimensies en de HEXACO Persoonlijkheidsvragenlijst. *Gedrag & Organisatie*, 22(3).
- De Vries, R. E. (2013). The 24-item brief HEXACO inventory (BHI). *Journal of Research in Personality*, 47(6), 871-880.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2015). Measures of perfectionism. In *Measures of personality and social psychological constructs* (pp. 595-618). Academic Press.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of personality assessment*, 82(1), 80-91.
- Hong, J. C., Lee, Y. F., & Ye, J. H. (2021). Procrastination predicts online self-regulated learning and online learning ineffectiveness during the coronavirus lockdown. *Personality and individual differences*, 174, 110673.
- Kobori, O., & Tanno, Y. (2004). Development of multidimensional perfectionism cognition inventory. *Japanese Journal of Personality*, 13(1), 34-43.
- Kim, S., Fernandez, S., & Terrier, L. (2017). Procrastination, personality traits, and academic performance: When active and passive procrastination tell a different story. *Personality and Individual differences*, 108, 154-157.
- Lee, E. (2005). The relationship of motivation and flow experience to academic procrastination in university students. *The Journal of Genetic Psychology*, 166(1), 5-15.
- Moghadam, F., Ebrahimi Moghadam, H., & Jahangir, P. (2021). The relationship between perfectionism, early maladaptive schemas, attachment styles, and body image concern by the mediating role of self-esteem in cosmetic surgery applicants. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(1), 27-42.
- Mason, O., Tyson, M., Jones, C., & Potts, S. (2005). Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(1), 113-125.
- Naki, E. (2019). Determining the effect of reducing procrastination tendency on the academic achievement in physics course. *International Journal of Educational Administration and Policy Studies*, 11(1), 1-11.
- Ozer, Z., & Yetkin, R. (2018). Walking through different paths: Academic self-efficacy and academic procrastination behaviors of pre-service teachers. *Journal of Language and Linguistic Studies*, 14(2), 89-99.
- Rothblum, E. D. (1990). Fear of failure. In *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 497-537). Springer, Boston, MA.
- 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.
- Schwarzer, R. G., & Diehl, M. (2000). Compensatory health beliefs. Scale Development and psychometric properties. Available
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 373-380.
- Tuckman, B. W. (1991). The development and concurrent validity of the procrastination scale. *Educational and psychological measurement*, 51(2), 473-480.
- Tan, C. X., Ang, R. P., Klassen, R. M., Yeo, L. S., Wong, I. Y., Huan, V. S., & Chong, W. H. (2008). Correlates of academic procrastination and students' grade goals. *Current Psychology*, 27(2), 135-144.
- Ke, T., & Barlas, J. (2020). Thinking about feeling: Using trait emotional intelligence in understanding the associations between early maladaptive schemas and coping styles. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 93(1), 1-20.
- Yazıcı, H., & Bulut, R. (2015). Investigation into the academic procrastination of teacher candidates' social studies with regard to their personality traits. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 174, 2270-2277.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide: New York: Guilford Publication.

- Young, J. E., & Brown, G. (2003). Young schema questionnaire—L3a. *New York, NY: Cognitive Therapy Centre of New York.*
- van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018). Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. *Journal of abnormal child psychology, 46*(5), 907-920.
- Van Eerde, W. (2000). Procrastination: Self-regulation in initiating aversive goals. *Applied Psychology, 49*(3), 372-389.
- Wang, J. (2013). Active and Passive Procrastination of University Students Enrolled in Writing Courses Across Varying Course Delivery Models.

تبیین الگوی پیش‌بینی تعارضات زناشویی دانشجویان بر اساس نیازهای اساسی Explaining the prediction model of students' marital conflicts based on basic needs

Abdollah Shafieabadi, Ph.D

Kobra Qasemi-Moghadam MSc ✉

Asghar Sharifi Ph.D

عبدالله شفیعی آبادی^۱

کبری قاسمی مقدم^۲

اصغر شریفی^۳

Abstract

The aim of this study was to explain the model of predicting marital conflicts of students based on basic needs. This study is of descriptive method and the design is correlational based on structural equation modeling. The statistical population included all married students of 4 Azad University of Tehran in 2018. A sample of 172 students of Islamic Azad University (131 females, 41 males) were selected by cluster sampling method and within each cluster through purposive sampling method. Data were collected using marital conflict questionnaire (MCQ) and Glaser's basic needs questionnaire (GBNQ) and analyzed using spss-22 software. The findings indicated that there is a significant positive relationship between the levels of satisfaction of basic needs. The correlation between marital conflicts with the need for love and belonging and the need to pleasure is also negative and significant. The correlation between the five basic needs is positive and significant; therefore, marital conflicts can be predicted using basic needs.

Keywords: Marital conflicts, Glaser's basic needs, students

چکیده

هدف پژوهش حاضر تبیین الگوی پیش‌بینی تعارضات زناشویی دانشجویان بر اساس نیازهای اساسی بود. پژوهش حاضر همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان متأهل ۴ دانشگاه آزاد شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه به تعداد ۱۷۲ دانشجو شامل ۱۳۱ زن و ۴۱ مرد با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و در داخل هر خوشه با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی (MCQ) و نیازهای اساسی گلاسر (GBNQ) گردآوری و با استفاده از نرم افزار SPSS-22 تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که میان میزان ارضاشدگی و نیازهای اساسی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همبستگی میان تعارضات زناشویی با نیاز به عشق و تعلق خاطر و نیاز به تفریح منفی و معنادار است. همبستگی میان ۵ نیاز اساسی مثبت و معنادار است؛ لذا تعارضات زناشویی با استفاده از نیازهای اساسی قابل پیش‌بینی است.

واژه‌های کلیدی: تعارضات زناشویی، نیازهای اساسی، دانشجویان

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۹/۱۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹

۱. گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۲. گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه علوم تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

● مقدمه

تعارض زناشویی پدیده‌ای شایع در روابط همسران بوده و نحوه مواجه شدن با آن نقش اساسی در سازگاری زناشویی و به تبع آن سلامت و کارآمدی خانواده ایفا می‌کند (براتی، ۱۳۷۵). در دانشنامه روان‌شناسی APA تعارض به معنی وجود نیروهای مخالف یا متخاصم در رویدادها، رفتارها، آرزوها، نگرش‌ها و هیجانات است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۸). تعارض‌های زناشویی حاصل اختلاف نظر زوج‌ها در زمینه اهداف شخصی، انگیزه‌ها، ارزش‌ها و یا اولویت‌های رفتاری (زیدنر و کلود، ۲۰۱۴). امری اجتناب‌ناپذیر و طبیعی تلقی می‌شود و به‌گونه معمول زمانی اتفاق می‌افتد که عدم توافق، ناسازگاری و یا بی‌تفاوتی بین زوج‌ها وجود داشته باشد (هوشمندی و همکاران، ۱۳۹۸). تعارض شدید زوجین با پیامدهایی از قبیل والدگری ضعیف، افزایش دیدگاه منفی فرزندان نسبت به ازدواج و افزایش احتمال خشونت والدین نسبت به دختران در ارتباط است (پهلوان و همکاران، ۱۳۹۴).

از آنجایی که اصلی‌ترین دلیل ازدواج و شکل‌گیری زندگی زناشویی، تلاش برای پاسخگویی به نیازهای طرفین است، مفهوم نیاز در بررسی زمینه‌های شکل‌گیری تعارض‌های زناشویی نقش محوری دارد. نیاز عبارت است از نیروی زیست-شیمیایی در مغز که توانایی‌های عقلانی و ادراکی را سازمان می‌دهد. امکان دارد نیازها از فرایندهای درونی مانند گرسنگی یا تشنگی یا از رویدادهای موجود در محیط ناشی شوند. نیازها سطحی از تنش را به وجود می‌آورند که ارگانیزم سعی می‌کند با ارضا کردن نیازها، آن تنش را کاهش دهد. نیازها رفتار را نیرومند و هدایت می‌کنند. آنها رفتار را در مسیر مناسب برای ارضا کردن خود فعال می‌کنند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹).

یکی از نظریه‌هایی که بر اساس سازه بنیادین «نیاز» به مطالعه روابط زناشویی و ثبات و پایداری ازدواج‌ها می‌پردازد، نظریه موسوم به «انتخاب» است. این نظریه در سیر تحول خود ابتدا واقعیت درمانی سپس نظریه کنترل و آن‌گاه نظریه انتخاب نامیده شد (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۶). نظریه نیاز گلاسر بیان می‌کند که هدف تمام رفتارهای انسان برآورده کردن ۵ نیاز اساسی بقاء، عشق و تعلق، قدرت (پیشرفت/ شایستگی)، آزادی (استقلال) و تفریح (لذت) است. ارضای موفقیت‌آمیز این نیازها حس کنترل را به بار می‌آورد. طبق نظر گلاسر در زمینه کنترل، مغز انسان مانند ترموستاتی عمل می‌کند که می‌خواهد برای تغییر دادن دنیای اطرافش فعالیت خود را تنظیم کند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹).

به اعتقاد گلاسر، نیازهای مربوط به بقاء در تمام جانوران، به‌طور ژنتیک برنامه‌ریزی شده است و در انسان علاوه بر این نیاز، ۴ نیاز بالاتر و پیچیده‌تر روان‌شناختی نیز به‌طور ژنتیک، برنامه‌ریزی شده است (گلاسر، ۱۹۹۸). همه انسان‌ها دارای این ۵ نیاز اساسی هستند، ولی در هر فردی یک یا چند مورد از این ۵ نیاز، مهم‌تر و برجسته‌تر از سایر نیازها مطرح می‌شود. بر اساس نظریه انتخاب، بسیار حائز اهمیت است که افراد از الگوی منحصر به فرد نیازهای اساسی خود آگاهی یابند، زیرا این آگاهی می‌تواند نقش مهمی در اتخاذ انتخاب‌های سالم و سازنده در زندگی فردی و اجتماعی افراد داشته باشد (گلاسر، ۲۰۰۱). گلاسر نشان داد که تمام رفتارهای انسان‌ها در جهت ارضای این ۵ نیاز اساسی هدایت می‌شوند. ارضای مؤثر این نیازها در انسان منجر به احساس کنترل می‌شود که در نظریه‌های دیگر، خودشکوفایی یا تحقق خود نامیده می‌شود (پژوهشی‌نیا و گلستانیان، ۱۳۹۶). ازدواج به‌عنوان یکی از مهمترین رفتارهای انسانی (انتخاب‌ها) نقش مهمی در چگونگی پاسخ به بخش مهمی از نیازهای انسانی ما دارد. از نظر گلاسر تعارض زناشویی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و نیز روش ارضای آن، خودمحموری، اختلاف در خواسته‌ها، طرحواره‌های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج نشأت می‌گیرد (شارف، ۲۰۱۵).

این پژوهش در صدد تبیین عوامل مرتبط با تعارض‌های زناشویی است تا با استفاده از آن دانش مبتنی بر شواهد طراحی برنامه‌های پیشگیری از بروز و دوام تعارض‌های غیرکارکردی زناشویی فراهم شود. فقدان دانش علمی در این زمینه‌ها باعث تحمیل هزینه‌های سنگین‌تر روانی-اجتماعی به همسران و سایر اعضا خانواده‌هایی می‌شود که ناتوان از پیشگیری از ایجاد تعارض‌های غیرکارکردی و حل آنها هستند و در معرض پیامدهای ناگوار ناخشنودی مزمن زناشویی قرار می‌گیرند. تعارض سبب بروز پیامدهای منفی جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌شود. تشدید و ناتوانی در حل آن ممکن است خانواده را دچار آسیب نماید و حتی منجر به طلاق شود. لذا فرضیه ما در پژوهش این بود که تعارضات زناشویی با استفاده از نیازهای اساسی قابل پیش‌بینی است.

• روش

طرح پژوهش حاضر همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) است. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه آزاد و جمعیت آماری آن نیز شامل دانشجویان شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ دانشگاه‌های آزاد شهر تهران بودند. حجم نمونه به تعداد ۱۷۲ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شامل ۱۳۱ نفر زن و ۴۱ نفر مرد در دامنه سنی ۱۹ تا ۵۷ سال و میانگین سنی ۳۳ سال بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و در داخل هر خوشه با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، انتخاب شدند.

• ابزارها

الف. پرسشنامه تعارض‌های زناشویی (marital conflict questionnaire- MCQ). یک ابزار خودگزارش‌دهی و شامل ۴۲ ماده است. سوال‌های این پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن به منظور سنجیدن ماهیت و میزان تعارضات زن و شوهر ساخته شده است. این پرسشنامه از ۷ خرده‌مقیاس کاهش همکاری؛ کاهش رابطه جنسی؛ افزایش جلب حمایت فرزند؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود؛ کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر و افزایش واکنش‌های هیجانی تشکیل شده است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ است. گزینه‌ها به صورت لیکرت (همیشه، اکثراً، گاهی، به ندرت، هرگز) بیان می‌شوند. به گزارش براتی و ثنایی (۱۹۹۶)، این پرسشنامه از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار است. در هنجاریابی مجدد ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۷۱ و برای کاهش همکاری ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۰، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۴، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۸۱، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۶۵، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۱ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۹ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲۵ به دست آمد.

ب. پرسشنامه نیازهای اساسی گلاسر (Glaser's basic needs questionnaire -GBNQ). این پرسشنامه یک ابزار مبتنی بر روش خودگزارشی است که برای ارزیابی شدت نیازهای اساسی افراد بر مبنای تئوری انتخا توسط صاحبی طراحی و ارائه شده است. این مقیاس دارای ۱۴ ماده برای هر یک از ۵ نیاز اساسی شامل نیاز به بقاء، عشق و تعلق، قدرت، آزادی و تفریح است و هر یک از ماده‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵) است. بنابراین به هر یک از ماده‌ها نمره ۱ تا ۵ اختصاص می‌یابد و نمره هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از ۵ تا ۷۰ در نوسان است که ۵ به معنای عدم ارضا نیاز و ۷۰ به معنای ارضا شدن نیاز است. ضریب آلفای کرونباخ برای ۳۵ عنوان مقیاس ۰/۹۲ گزارش گردید و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب عبارتند از: ۰/۷۱ برای بقاء، ۰/۶۹ برای عشق و تعلق، ۰/۶۹ برای قدرت، ۰/۷۵ برای آزادی و ۰/۷۱ برای تفریح. اعتبار بازمیابی برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب عبارت است از: ۰/۴۴ برای بقاء، ۰/۴۸ برای عشق و تعلق، ۰/۶۱ برای قدرت، ۰/۶۴ برای آزادی و ۰/۶۴ برای تفریح (فتحی و همکاران، ۱۳۸۹). میزان اعتبار پرسشنامه نیازهای اساسی گلاسر در این پژوهش با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد که نشان می‌دهد این پرسشنامه از اعتبار مورد قبولی برخوردار است و امکان تعمیم‌پذیری را در جامعه مورد مطالعه دارد. اعتبار این پرسشنامه برای جمعیت مردان، به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و به شیوه دونیمه‌سازی ۰/۸۳ و برای زنان به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و به شیوه دونیمه‌سازی ۰/۶۵ محاسبه شده است (وزیری، ۱۳۹۴).

• شیوه انجام پژوهش

بر اساس طرح پژوهش، دانشگاه آزاد رودهن و واحدهای چهارگانه دانشگاه آزاد در شهر تهران به‌عنوان واحدهای نمونه‌گیری تعیین و سپس پژوهشگر به منظور گردآوری داده‌ها با معرفی‌نامه رسمی به دانشگاه‌های مذکور مراجعه و پس از هماهنگی با اداره آموزش دانشگاه‌ها و اخذ مجوز حضور در محل تجمع دانشجویان در سالن ورزش، نمازخانه، رستوران و یا قبل و بعد از حضور اساتید در کلاس‌های درس، از دانشجویان متأهلی که حاضر به مشارکت بوده و واجد معیارهای شمول و عدم شمول بودند خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 پردازش شد.

• یافته‌ها

بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (جدول ۱)، با در نظر گرفتن کجی و کشیدگی در بازه (+۲ و -۲) نشان داد که کجی و کشیدگی در تمامی متغیرها در سطح مطلوبی قرار داشت. در بررسی عدم هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین الگو، اگر شاخص تحمل کوچک‌تر از ۱ و بزرگ‌تر از ۰/۴۰ و شاخص تورم واریانس (VIF) کوچکتر از ۱۰ باشد مفروضه عدم چندخطی چندگانه محقق شده است. نتایج نشان داد که ضرایب تحمل از ۰/۶۴ تا ۰/۹۴ و تورم واریانس از ۱/۰۶ تا ۱/۵۷ در تغییر بودند. بر این اساس می‌توان رأی به تحقق مفروضه داد. در بررسی مفروضه استقلال خطاها از آماره توربین واتسن استفاده شد. ضرایب نزدیک ۲ برای این آماره نشان از استقلال خطاها دارند. این ضریب در پژوهش حاضر برابر با ۱/۷۱ بود. پس از تحقق مفروضات الگوی مفهومی پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱. مشخصه‌های آمار توصیفی متغیرها براساس زیرمقیاس‌ها

چولگی	انحراف معیار	میانگین	زیرمقیاس
۱/۲۷	۲/۸۴	۸/۴۷	کاهش همکاری
۰/۷۹	۳/۲۲	۹/۸۴	کاهش رابطه جنسی
۰/۷۷	۳/۴۱	۹/۷۰	افزایش جلب حمایت فرزندان
۱/۹۰	۳/۹۰	۹/۶۲	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود
۱/۶۰	۳/۵۵	۹/۵۳	کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر
۰/۴۴	۴/۴۶	۱۴/۶۷	جداکردن امور مالی از یکدیگر
۱/۲۴	۵/۰۴	۱۶/۴۵	افزایش واکنش‌های هیجانی
۱/۶۴	۲۰/۹۶	۷۷/۰۲	کل تعارضات
-۰/۳۲	۷/۰۶	۵۰/۶۳	نیاز به بقا
-۰/۷۷	۷/۸۵	۵۵/۲۳	نیاز به عشق و تعلق خاطر
-۰/۱۴	۷/۲۱	۵۲/۴۱	نیاز به آزادی
-۰/۲۸	۸/۱۲	۵۱/۵۵	نیاز به قدرت
-۰/۴۱	۸/۳۷	۵۱/۷۰	نیاز به تفریح
-۰/۵۹	۲۹/۲۳	۲۶۱/۵۳	کل نیازها

در جدول ۲، خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی تعارضات و مؤلفه‌های آن آمده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود ضریب رگرسیون برای مؤلفه‌های نیازهای اساسی و تعارضات زناشویی ($F=2/107$, $P < 0/05$, $r^2=0/060$) معنادار نیست؛ بنابراین هیچ یک از زیرمقیاس‌های نیازهای اساسی و تعارضات زناشویی نیست. ضریب رگرسیون برای مؤلفه‌های نیازهای اساسی و زیرمقیاس کاهش همکاری ($F=1/618$, $P < 0/05$, $r^2=0/046$) معنادار نیست؛ بنابراین هیچ یک از زیرمقیاس‌های نیازهای اساسی پیش‌بینی‌کننده زیرمقیاس کاهش همکاری نیست؛ اما در مورد متغیر کاهش رابطه جنسی، تنها ضریب رگرسیون برای نیاز به تفریح و زیرمقیاس کاهش رابطه جنسی ($F=2/467$, $P < 0/05$, $r^2=0/069$) معنادار است. ضریب رگرسیون سایر مؤلفه‌های کاهش رابطه جنسی و زیرمقیاس نیازهای اساسی معنادار نیست.

افزون بر آن همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تنها ضریب رگرسیون برای مؤلفه نیاز به بقا و زیرمقیاس افزایش جلب حمایت فرزند ($F=1/232$, $P < 0/05$, $r^2=0/036$) معنادار است؛ بنابراین مؤلفه نیاز به بقا پیش‌بین زیرمقیاس افزایش جلب حمایت فرزند است؛ یعنی با افزایش نیاز به بقا جلب حمایت فرزندان افزایش پیدا می‌کند. ضریب رگرسیون سایر مؤلفه‌های نیازهای اساسی و زیرمقیاس افزایش جلب حمایت فرزندان معنادار نیست. ضریب رگرسیون برای هیچ یک از مؤلفه‌های نیازهای اساسی و زیرمقیاس رابطه با خویشاوندان خود ($F=1/261$, $P < 0/05$, $r^2=0/037$) معنادار نیست؛ بنابراین هیچ یک از زیرمقیاس‌های نیازهای اساسی پیش‌بینی‌کننده زیرمقیاس افزایش رابطه با خویشاوندان خود نیست. همچنین تنها ضریب رگرسیون برای مؤلفه نیاز به عشق و تعلق خاطر و زیرمقیاس کاهش رابطه با خویشاوندان همسر ($F=3/264$, $P < 0/05$, $r^2=0/090$) معنادار است؛ بنابراین مؤلفه نیاز به عشق و تعلق خاطر پیش‌بین زیرمقیاس کاهش رابطه با خویشاوندان همسر است؛ یعنی با افزایش نیاز به عشق و تعلق خاطر رابطه با خویشاوندان همسر افزایش پیدا می‌کند. ضریب رگرسیون سایر مؤلفه‌های نیازهای اساسی و زیرمقیاس کاهش رابطه با خویشاوندان همسر معنادار نیست.

جدول ۲. خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی تعارضات زناشویی و مؤلفه‌های آن بر اساس متغیر پیش‌بین

Sig	Beta	B	F	R ²	متغیر وابسته	متغیر پیش‌بین
۰/۴۴۳	۰/۰۶۵	۰/۱۹۴			تعارضات زناشویی	نیاز به بقا
۰/۱۸۰	-۰/۱۲۹	-۰/۳۴۴				نیاز به عشق
۰/۸۶۵	-۰/۰۱۸	-۰/۰۵۱	۰/۰۶۰	۲/۱۰۷		نیاز به آزادی
۰/۷۴۶	۰/۰۳۴	۰/۰۸۷				نیاز به قدرت
۰/۰۵۱	-۰/۱۸۵	-۰/۴۶۴			کاهش همکاری	نیاز به تفریح
۰/۰۳۱	-۰/۰۱۶	-۰/۰۲۸	۰/۰۲۵	۳/۱۲		نمره کل
۰/۶۲۷	-۰/۰۴۲	-۰/۰۱۷				نیاز به بقا
۰/۴۰۳	-۰/۰۸۱	-۰/۰۲۹				نیاز به عشق
۰/۵۸۹	۰/۰۵۶	۰/۰۲۲	۰/۰۴۶	۱/۶۸	کاهش رابطه جنسی	نیاز به آزادی
۰/۴۴۸	-۰/۰۸۰	-۰/۰۲۸				نیاز به قدرت
۰/۲۲۱	-۰/۱۱۷	-۰/۰۴۰				نیاز به تفریح
۰/۹۱۳	-۰/۰۰۹	-۰/۰۰۴۰				نیاز به بقا
۰/۴۴۴	-۰/۰۷۳	-۰/۰۳۰			کاهش حمایت	نیاز به عشق
۰/۶۹۸	-۰/۰۴۰	-۰/۰۱۸	۰/۰۶۹	۲/۴۶۷		نیاز به آزادی
۰/۵۴۲	۰/۰۶۳	۰/۰۲۵				نیاز به قدرت
۰/۰۱۷	-۰/۲۲۷	-۰/۰۸۷				نیاز به تفریح
۰/۰۲۸	۰/۱۹۱	۰/۰۹۲			رابطه با خویشاوند خود	نیاز به بقا
۰/۵۹۹	-۰/۰۵۱	-۰/۰۲۲				نیاز به عشق
۰/۵۰۸	-۰/۰۶۹	-۰/۰۳۳	۰/۰۳۶	۱/۲۳۳		نیاز به آزادی
۰/۴۸۹	۰/۰۷۳	۰/۰۳۱				نیاز به قدرت
۰/۳۱۸	-۰/۰۹۶	-۰/۰۳۹			رابطه با خویشاوندان همسر	نیاز به تفریح
۰/۷۲۱	۰/۰۳۱	۰/۰۱۷				نیاز به بقا
۰/۲۵۶	-۰/۱۱۰	-۰/۰۵۵				نیاز به عشق
۰/۹۰۷	-۰/۰۱۲	-۰/۰۰۷	۰/۰۳۷	۱/۲۶۱		نیاز به آزادی
۰/۳۵۵	۰/۰۹۸	۰/۰۴۷			جدا کردن امور مالی از یکدیگر	نیاز به قدرت
۰/۰۸۹	-۰/۰۱۶۳	-۰/۰۷۶				نیاز به تفریح
۰/۲۳۶	۰/۱۰۰	۰/۰۵۰				نیاز به بقا
۰/۰۴۴	-۰/۱۹۱	-۰/۰۸۶				نیاز به عشق
۰/۶۶۱	-۰/۰۴۵	-۰/۰۲۲	۰/۰۹۰	۳/۲۶۴	واکنش‌های هیجانی	نیاز به آزادی
۰/۹۳۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۴				نیاز به قدرت
۰/۰۷۹	-۰/۱۶۴	-۰/۰۷۰				نیاز به تفریح
	۰/۱۶۶	۰/۱۰۵				نیاز به بقا
	-۰/۱۵۶	-۰/۰۸۹			جدا کردن امور مالی از یکدیگر	نیاز به عشق
	-۰/۰۱۴	-۰/۰۰۸	۰/۰۴۷	۱/۶۳۵		نیاز به آزادی
	۰/۰۳۱	۰/۰۱۷				نیاز به قدرت
	-۰/۱۱۳	-۰/۰۶۰				نیاز به تفریح
۰/۴۳۱	-۰/۰۶۷	-۰/۰۴۸			واکنش‌های هیجانی	نیاز به بقا
۰/۴۷۳	-۰/۰۶۹	-۰/۰۴۴				نیاز به عشق
۰/۹۵۳	۰/۰۰۶	۰/۰۰۴	۰/۰۵۶	۱/۹۸۵		نیاز به آزادی
۰/۹۴۶	۰/۰۰۷	-۰/۰۰۴				نیاز به قدرت
۰/۰۹۲	-۰/۱۶۰	-۰/۰۹۷			نیاز به تفریح	

به علاوه همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود ضریب رگرسیون برای مؤلفه نیاز به آزادی و زیرمقیاس جدا کردن امور مالی از یکدیگر ($F=1/635, P < 0/05, r^2=0/047$) معنادار است؛ بنابراین مؤلفه نیاز به آزادی پیش‌بین زیرمقیاس جدا کردن امور مالی از یکدیگر است؛ یعنی با افزایش نیاز به آزادی جدا کردن امور مالی از یکدیگر کاهش پیدا می‌کند. همچنین ضریب رگرسیون برای مؤلفه نیاز به قدرت و زیرمقیاس جدا کردن امور مالی از یکدیگر ($F=1/635, P < 0/05, r^2=0/047$) معنادار است؛ بنابراین مؤلفه نیاز به قدرت

پیش‌بین زیرمقیاس جدا کردن امور مالی از یکدیگر است؛ یعنی با افزایش نیاز به قدرت جدا کردن امور مالی از یکدیگر افزایش پیدا می‌کند. ضریب رگرسیون سایر مؤلفه‌های نیازهای اساسی و زیرمقیاس جدا کردن امور مالی از یکدیگر معنادار نیست.

ضریب رگرسیون برای هیچ یک از مؤلفه‌های نیازهای اساسی و زیرمقیاس افزایش واکنش‌های هیجانی ($F=1/985$, $P < 0/05$) معنادار نیست؛ بنابراین هیچ‌یک از زیرمقیاس‌های نیازهای اساسی پیش‌بینی‌کننده زیرمقیاس افزایش واکنش‌های هیجانی نیست.

در نتیجه بر اساس بررسی‌ها (جدول ۲) مؤلفه نیاز به تفریح با کاهش رابطه جنسی رابطه مثبت و معنادار دارد؛ یعنی با افزایش نیاز به تفریح، رابطه جنسی افزایش پیدا می‌کند. مؤلفه نیاز به بقا با افزایش جلب حمایت فرزندان رابطه مثبت و معنادار دارد؛ یعنی با افزایش نیاز به بقا، رفتارهای مبتنی بر جلب حمایت فرزندان افزایش می‌یابد. مؤلفه نیاز به عشق و تعلق خاطر با کاهش رابطه با خویشاوندان همسر رابطه منفی و معنادار دارد؛ یعنی با افزایش نیاز به عشق و تعلق خاطر، رابطه با خویشاوندان همسر افزایش می‌یابد. مؤلفه نیاز به آزادی با جدا کردن امور مالی از یکدیگر رابطه منفی و معنادار دارد؛ یعنی با افزایش نیاز به آزادی رفتارهای مبتنی بر جدا کردن امور مالی از یکدیگر کاهش می‌یابد. مؤلفه نیاز به قدرت با جدا کردن امور مالی از یکدیگر رابطه مثبت و معنادار دارد؛ یعنی با افزایش نیاز به قدرت، جدا کردن امور مالی از یکدیگر افزایش می‌یابد.

• بحث

فرض مورد بررسی در این پژوهش مبنی بر اینکه تعارضات زناشویی با استفاده از نیازهای اساسی قابل پیش‌بینی است، اشاره به این انتظار دارد که با افزایش میزان ارضاشدگی نیازهای اساسی در یک رابطه زناشویی، از میزان تعارض زناشویی همسران کاسته شود. همان‌طور که نتایج حاصل از آزمون فرض نشان می‌دهد، فرضیه این پژوهش، تأیید نشده است. در عین حال این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های سلطانی‌فر و همکاران (۲۰۱۸)، سنگار (۲۰۱۶)، وزیر (۱۳۹۴)، براون و استوارت (۲۰۱۲) و گلاسر و گلاسر (۲۰۰۰) ناهمخوان است. این نتایج را چگونه می‌توان تبیین کرد؟

به نظر می‌رسد که برای تبیین نتیجه غیرمنتظره مبنی بر نبود رابطه معنادار بین دو متغیر باید به ساختار ابزارهای مورد استفاده برای سنجش ارضای نیازهای اساسی و تعارض‌های زناشویی توجه کرد. توضیح اینکه ابزار مذکور سعی کرده است تا وضعیت فرد را در ارتباط با هر یک از ۵ حوزه نیاز اساسی اصلی (بقا، عشق و تعلق، قدرت، آزادی و تفریح) از طریق ۷ جفت سؤال که یکی از این جفت سؤال‌ها وضعیت ایده‌آل و سؤال دیگر ارزیابی فرد از وضعیت موجود را می‌سنجد، مورد اندازه‌گیری قرار دهد. در بررسی دقیق پرسشنامه، مشخص می‌شود که ماهیت سؤال‌ها به گونه‌ای است که کمترین تأکید را بر وضعیت یا پیامد رابطه موجود بین همسران دارد. در واقع سؤالات این پرسشنامه بیشتر به ارتباط عمومی فرد با عوامل ارضاکندنده نیازهای پنج‌گانه اساسی مورد نظر در رویکرد انتخاب می‌پردازد و از این روی این امکان وجود دارد که درحالی‌که فرد به‌طور کلی از ارضاشدگی نیازهای اساسی خود در محیط عمومی زندگی راضی باشد اما از رابطه خاص خود با همسر احساس رضامندی نکند (و برعکس).

در عین حال ساختار سؤالات پرسشنامه تعارض زناشویی نیز به گونه‌ای است که اگرچه اختلافات همسران را در ۷ حوزه از تعامل زناشویی اندازه‌گیری می‌کند اما ماهیت سؤال‌ها به گونه‌ای است که بالا بودن نمره فرد در تعارض‌های زناشویی لزوماً به معنی بالا بودن نارضایتی فرد از میزان ارضای نیازهای اساسی نیست. به‌عنوان مثال فرد ممکن است از اقوام همسر فاصله گرفته، با اقوام خود رابطه بیشتر برقرار کرده، رابطه جنسی خوبی با همسر نداشته، مشغول پارگیری از بین فرزندان در مقابل همسر بوده و شروع به پرده‌پوشی مسائل شغلی و مالی با همسر خود کرده باشد اما هیچ‌یک از این رفتارهای کناره‌گیرانه، اجتنابی، دفاعی و پنهان‌کارانه که حاکی از فاصله و تعارض حل نشده است را به سایر عرصه‌های رابطه اجتماعی و به رابطه با سایر افراد تعمیم نداده و بتواند نیازهای بقا، تعلق، اقتدار، آزادی و تفریح خود را از سایر منابع تأمین کند. به تعبیر دیگر درحالی‌که ممکن است برآیند ارزیابی فرد از مقایسه «حد ایده‌آل» در ارضای نیازهای اساسی با «برداشتش از واقعیت موجود» مثبت باشد، اما همچنان در زمینه ارضای نیازهای اساسی که مرتبط با کاهش تعارض زناشویی است، وضعیت خوبی را تجربه نکند.

بر این اساس این واقعیت که انتظار مبتنی بر نظریه پژوهشگر در مورد وجود رابطه معکوس بین «میزان ارضا نیازهای اساسی» با «تعارض زناشویی» تأیید نشده را می‌توان به این پدیده نسبت داد که ابزار مورد استفاده برای اندازه‌گیری میزان ارضا نیازهای اساسی، مؤلفه‌هایی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد که کم یا بی‌ارتباط با "تعارض‌زاهای" زناشویی و حل این تعارض‌ها است. در عین حال به نظر می‌رسد که در ارتباط بین دو متغیر ارضا نیازهای اساسی و تعارض زناشویی، ادراک طرفین از میزان تلاش متقابل برای پاسخ به نیازهای اساسی مرتبط با زندگی زناشویی است که مهم است و نه صرفاً میزان ارضا نیازهای اساسی که ممکن است به وسیله منابع دیگر تأمین نیاز نیز تأمین شود.

به دلیل تفاوت در سازه‌های اصلی مورد بررسی این پژوهش یعنی میزان ارضا نیازهای اساسی و تعارض زناشویی و ابزار مورد استفاده برای اندازه‌گیری آن، نمی‌توان آنها را به راحتی با مطالعات دیگری که تاکنون منتشر شده مقایسه کرد. به‌عنوان نمونه در پژوهش هفت لنگ و همکاران، (۱۳۹۸)، که با عنوان رابطه شدت نیازهای اساسی در نظریه گلاسر با رضایت از زوجیت، سلامت روان و بهزیستی روانی دانشجویان متأهل انجام شده، نیازهای اساسی با پرسشنامه ۲۸ سوالی گلاسر و وضعیت زناشویی با پرسشنامه رضایت زوجیت سنجیده شده است که پرسشنامه اولی به لحاظ ساختار مواد و مؤلفه‌ها و پرسشنامه دوم نیز به لحاظ مبنای نظری و ساختار و مواد آزمون با دو پرسشنامه نظیرشان در پژوهش حاضر فرق دارند.

در مطالعه سلطانی‌فر و همکاران (۲۰۱۸) که با عنوان ارتباط بین رضایت‌مندی نیازها (براساس نظریه انتخاب)، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در افراد معتاد تحت معالجه انجام شده است، نمونه مورد بررسی به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و در دسترس و از بین جمعیت معتادان بستری در بخش ترک اعتیاد بیمارستان ابن سینای مشهد انتخاب شده بودند. سازه نیاز بر اساس نظریه ویلیام گلاسر و به‌وسیله ابزار موسوم به برآورده شدن نیازها و رضایت زناشویی به‌وسیله پرسشنامه انریچ ۲۸ سوالی اندازه‌گیری شد. درحالی که در پژوهش حاضر، سازه نیاز بر اساس نظریه «انتخاب» ویلیام گلاسر مفهوم‌پردازی شده و به‌وسیله ابزار موسوم به «پرسشنامه نیازهای اساسی گلاسر» اندازه‌گیری شده و به جای متغیر «سازگاری زناشویی» نیز، متغیر «تعارض زناشویی» سنجیده شده است. به این ترتیب ناهمخوانی یافته‌ها در این دو مطالعه محصول تفاوت در متغیرهای مورد اندازه‌گیری و ابزارهای مورد استفاده برای اندازه‌گیری آنها است. در مطالعه وزیری (۱۳۹۴) نیز وضعیت زناشویی با ابزار موسوم به «وضعیت زناشویی کلوبوک» اندازه‌گیری شده که سازه‌ای غیر از «تعارض زناشویی» را که در این مطالعه به‌کار رفته، سنجیده است. در مطالعه سنگار (۲۰۱۶) نیز برای سنجش نیازها از ابزار محقق ساخته‌ای موسوم به «رضامندی روان‌شناختی» که بر اساس نظریه نیازهای گلاسر تهیه شده است، استفاده شده و برای سنجش وضعیت زناشویی هم از پرسشنامه «رضایت‌مندی زناشویی» مبتنی بر نظریه‌هایی که نیازهای زناشویی را به‌صورت تعهد خانوادگی، مشارکت در فعالیت‌های تفریحی، صداقت و پذیرندگی، ارضای جنسی، حمایت مالی، ارتباط، جذابیت همسر و سپاسگزاری تعریف کرده، بهره برده است که ساختار و مواد هر دو پرسشنامه با ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش یعنی «پرسشنامه نیازهای اساسی گلاسر» و پرسشنامه «تعارض زناشویی» سنجیده شده است، متفاوت هستند.

• نتیجه گیری

یکی از محدودیت‌های این پژوهش منبعث از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه است، زیرا این مطالعه تنها در میان دانشجویان انجام شده و تعمیم آن به سایر جمعیت‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. عدم کنترل متغیرهای مزاحم چون تعداد فرزندان، سابقه کار و وضعیت اقتصادی زوجین نیز می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد. به‌منظور افزایش قدرت تعمیم اندازه و الگوها و شناسایی بیشتر روابط بین متغیرها و مؤلفه‌های آن در گروه‌های مختلف، پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی از سایر گروه‌های سنی و جمعیت‌شناختی نیز نمونه معرف انتخاب و مورد مطالعه قرار گیرند.

• تعارض منافع

تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

• تقدیر و تشکر

از کلیه دانشجویانی که در اجرای این پژوهشی همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

• منابع

- براتی، طاهره. (۱۳۷۵). تأثیر تعارضات زناشویی بر روابط متقابل زن و شوهر. کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- پروچاسکا، جیمز، نورکراس جان. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان درمانی*. مترجم سیدمحمدی، یحیی. (۱۳۹۵) چاپ ۱۱. تهران: نشر روان.
- پژوهشی‌نیا، خدیجه، گلستانیان آزیئا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر ارتقا روابط زناشویی زوجین. *فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*.
- پهلوان، مینا، موتابی فرشته، مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۴). واکنش به تعارض زناشویی: مطالعه ای بین نسلی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۲۱(۳).
- شفیع‌آبادی، عبدالله، ناصری، غلامرضا. (۱۳۹۶). *نظریه‌های مشاوره و روان درمانی*. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- گلاسر، ویلیام (۱۹۹۸). *تئوری انتخاب*. ترجمه نورالدین رحمانیان. (۱۳۸۵). تهران: انتشارات آشتیان.
- هفت‌لنگ، فاطمه، ابراهیمی، محمد اسماعیل، زمانی، نرگس، صاحبی، علی. (۱۳۹۸). رابطه شدت نیازهای اساسی در نظریه گلاسر با رضایت از زوجیت، سلامت روان و بهزیستی روانی دانشجویان متأهل. *فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۱۴(۴۸)، ۳۸-۲۳.
- هوشمند، رودابه، احمدی، خدابخش، کیامنش، علیرضا. (۱۳۹۸). تحلیلی بر علل تعارضات زناشویی در دو دهه اخیر (یک مرور نظامند). *مجله علمی-پژوهشی علوم روانشناختی*. دوره ۱۸، شماره ۷۹.
- وزیری، مزده. (۱۳۹۴). پیش‌بینی رضایت زناشویی زوجها براساسی آنها. *رویش روانشناسی*، سال ۳، شماره ۴، صص ۹۶-۸۷.
- American Psychological Association, A. (2018). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.
- Glasser, W. (2000). *Counseling with choice theory: The new Reality Therapy*; New York, Harper Collins Publisher.
- Brown, T. Stuart, S. (2012). Identifying basic needs: the contextual need assessment. *Int J Real Ther*. 24, 2, pp 7-10.
- Barati, T. Sanai, B. (1996). *Inventory marital conflict. Measures of family structure and marriage*. Tehran: The Institute's Bethat Publications, pp 53-48.
- Zeidner M, Kloda I. (2014) Emotional intelligence (EI), conflict resolution patterns and relationships satisfaction, actor and partner effect revisited. *Pers Individ Diff*. 54: 278- 283.
- Brown T, Stuart S. (2012). Identifying basic needs: the contextual need assessment. *Int J Real Ther*. 24(2):7-10.
- Sanger, F. (2016). Psychological needs satisfaction and marital satisfaction. *Journal of international scholars conference*. 1(2). 90-95.
- Soltanifar, Atefeh; Adinehpour, Moosalreza; Borhani, Mahdieh; & Ziaee, maliheh. (2018). The relationship between satisfying the needs (based on the choice theory), quality of life and marital satisfaction among addict individuals who undergone treatment. *Fundamentals of Mental Health*. 20(4): 271-277.
- Sharf, Richard S. (2015). *Theories of Psychotherapy & Counseling: Concepts and Cases* (6th Edition) (2015-01-16).

پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت بر اساس ترومای پیچیده و روابط موضوعی با میانجی‌گری توان‌مندی ایگو در دانشجو معلمان

The Prediction of Personality Disorders based on Complex Trauma and Object Relations with the Mediating of Ego Empowerment in Student teachers

Jamshid Jarare, PhD

Omid Seifouri MSc✉

جمشید جراه^۱

امید سیفوری^۲

Abstract

The aim of this study was to examine the prediction of personality disorders based on complex trauma and object relations with the mediating of ego empowerment. The research method was descriptive-correlational. The statistical population of the present study was all male and female undergraduate students of Shahid Rajae Teacher Training University in Tehran in the first semester of the academic year 2020-2021. A total of 161 girls and boys participated in this study by available random sampling method. To collect research data, structured clinical interview for axis II (personality disorders) (SCID-II), Bell object relationship questionnaire (BORI), childhood trauma questionnaire (CTQ) and ego empowerment scale (EES) were used. The collected data were analyzed through Pearson correlation coefficient and path analysis. The findings showed Complex trauma and object relationships with the mediating role of ego empowerment predict personality disorders in student-teachers. And there is a relationship between personality disorders and complex trauma, between personality disorders and object relationships, and between personality disorders and ego empowerment in student-teachers. Also, object relationships with the mediating role of ego empowerment predict personality disorders in student-teachers. In general, when a childhood complex trauma and weak object relations with parents develops in the student teachers, the ego also grows poorly, and as a result, the student teachers are exposed to personality disorders..

Keywords: Personality Disorders, Complex Trauma, Object Relations, Ego Empowerment, Student Teachers

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت بر اساس ترومای پیچیده و روابط موضوعی با نقش میانجی‌گری توان‌مندی ایگو انجام شد. روش پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری، کلیه دانشجویان دبیری دانشگاه تربیت دبیر شهید رجائی در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ شامل شد. شرکت‌کنندگان ۱۶۱ نفر دختر و پسر بودند که به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور ۲ (اختلالات شخصیت) (SCID-II)، پرسشنامه روابط ایزه بل (BORI)، پرسشنامه ترومای دوره کودکی (CTQ) و مقیاس توان‌مندی ایگو (EES) استفاده شد. داده‌های از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد؛ ترومای پیچیده و روابط ایزه با نقش میانجی توان‌مندی ایگو، اختلال‌های شخصیت در دانشجو معلمان را پیش‌بینی می‌کنند. بین اختلال‌های شخصیت و ترومای پیچیده، بین اختلال‌های شخصیت و روابط ایزه و بین اختلال‌های شخصیت و توان‌مندی ایگو در دانشجو معلمان رابطه وجود دارد. همچنین روابط ایزه با نقش میانجی توان‌مندی ایگو، اختلال‌های شخصیت در دانشجو معلمان را پیش‌بینی می‌کنند. به‌طور کلی زمانی که ترومای پیچیده و روابط موضوعی ضعیف با والدین از دوران کودکی در دانشجو معلمان شکل گرفته شده باشد، ایگو هم ضعیف رشد می‌کند و در نتیجه فرد در معرض اختلال‌های شخصیت قرار خواهد گرفت.

واژه‌های کلیدی: اختلال‌های شخصیت، ترومای پیچیده، روابط موضوعی، توان‌مندی ایگو، دانشجو معلمان

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۱۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹

۱. گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران.

۲. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

در نهاد آموزش و پرورش، معلمان و دانشجو معلمان مهم‌ترین نقش را بر عهده دارند و نقطه شروع تحول آموزشی به حساب می‌آیند. بدون شک تمام کشورهای جهان به معلمان و دانشجو معلمان اتربخش نیاز دارند تا این امکان را داشته باشند که کودکان و نوجوانان خود را پرورش داده و در جهت پیشرفت آن کشور گام بردارند (محمدپور و همکاران، ۱۳۹۸). دانشجو معلمان به دلیل پذیرش مسئولیت خطیر معلمی موقعیت منحصر به فرد و ویژه‌ای دارند؛ آنها پس از فارغ‌التحصیلی از دانشگاه، وظیفه توسعه دانش معلمی، تربیت دانش‌آموزان و رشد آنها در ابعاد مختلف شخصیتی را برعهده دارند (خسروی و جهانگیری، ۱۳۹۹).

پیشرفت تعلیم و تربیت در هر کشوری در گرو پیشرفت کیفیت معلمان و دانشجو معلمان آن است. عامل سلامت روانی یکی از عوامل مهم پیشرفت دانشجو معلمان به حساب می‌آید و ارتباط تنگاتنگی با عملکرد فردی و شغلی آنها خواهد داشت (نبوی، ۱۳۹۹). یکی از عوامل تأثیرگذار و مخل تدریس برای معلمان و دانشجو معلمان، اختلال‌های شخصیت است. شخصیت، الگوهای پایدار ادراک، شیوه‌های ارتباط و طرز تفکر انسان نسبت به خود و محیط پیرامونش است (تمنایی فر و قاسمی، ۱۳۹۶). شخصیت مجموعه سازمان یافته‌ای است که در نهایت یک انسان را از انسان‌های دیگر متمایز می‌کند (حبیب الهی و همکاران، ۱۳۹۳). اختلال شخصیت، نمونه دیرینه‌ای از تجربه رفتاری است که از چشمداشت‌های فرهنگی جامعه دور است؛ انعطاف‌ناپذیر بوده و از دوره نوجوانی آغاز می‌شود و سبب کاهش کارکرد انسان می‌گردد (بشرپور و عینی، ۱۳۹۶). تأثیر ساختار شخصیت در ارزیابی، تشخیص و درمان روان‌تحلیلی از یکسو، پراکندگی بالای اختلال‌های شخصیت و خصوصیت‌های ویژه آنها از سوی دیگر، دلایل واضح بر نظارت دقیق‌تر این متغیر است (زارعی و همکاران، ۱۳۹۹). اختلال شخصیت عبارت است از سبک‌های رفتاری و الگوی رفتاری بادوام ناسازگارانه و انعطاف‌ناپذیر نسبت به دریافت و تفکر درباره محیط و خویشتن (رحیمی احمدآبادی و همکاران، ۱۳۹۹). راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی اختلال‌های شخصیت را به‌عنوان الگوهای رفتاری نابهنجاری مشخص می‌کند. این اختلال‌ها در همه حوزه‌های زندگی انسان راه پیدا می‌کند و دلیل رنجی درونی می‌شود که خود به محدودیت در ارتباطات و شغل منجر خواهد شد (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

در ساختار سلسله مراتبی صفات شخصیتی بر اساس پنجمین نسخه از راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-5)، پنج صفت شخصیتی ناهنجار مرتبه بالا شناسایی شدند که خرده مقیاس‌های اختلال‌های شخصیت هستند و عبارت‌اند از: عاطفه منفی (شامل بی‌لذتی، مضطرب بودن، افسردگی‌پذیری، حواس‌پرتی، ناپایداری هیجانی، ناامنی در جدایی و سلطه‌پذیری)، گسیختگی (گریز از صمیمیت، انزوا و شکاکیت)، ستیزه‌گری (دغل‌کاری، خصومت، خودبزرگ‌بینی و سنگ‌دلی)، مهارگسیختگی (تکانش‌گری، درجا زدگی، کمال‌طلبی نامتعطف، مسئولیت‌پذیری و خطرپذیری) و روان‌گسسته‌گرایی (باورها و تجارب نامعمول و کژتنظیمی ادراکی) (کروگر و همکاران، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند بر سلامت روانی و اختلال‌های شخصیت بسیار تأثیرگذار باشد، توان‌مندی ایگو است (فهمیده و همکاران، ۱۳۹۷). کرمی حاجی‌خواجه‌لو (۱۳۹۵) و بشارت و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهش‌های خود به رابطه بین توان‌مندی ایگو و سلامت روانی پرداخته‌اند و عنوان کرده‌اند که ایگو نقش مهمی را در عملکرد روان‌شناختی ذهن بر عهده دارد. توان‌مندی ایگو به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی، ریشه در نظریه‌های فروید (۱۹۲۳) و اریکسون (۱۹۶۵) دارد. اریکسون در نظریه روانی-اجتماعی خود از تحول انسان، مفهوم توان‌مندی ایگو را مطرح کرده است (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۸).

نیرومندی پایین من با اختلال‌های شخصیت ارتباط دارد؛ به‌عنوان مثال دایس و همکاران نشان داده‌اند که عدم توان‌مندی ایگو باعث پایین آمدن عزت‌نفس خواهد شد (دیویس و همکاران، ۱۹۸۳). به این خاطر که ایگو نقش ریاست نظام روانی را بر عهده دارد، تمام مشکلات روانی در وهله‌ای نمایان می‌شود که ایگو به وظایفش عمل نکند. قدرت ایگو نمایان‌گر پتانسیل انسان در سازگاری با استرس بدون تجربه اضطراب فلج‌کننده است. همچنین به معنای پتانسیل انسان برای فهم واقع‌بینانه شرایط مشکل و جواب دادن به آنها به‌صورت مفید است. قدرت ایگو ما را راهنمایی می‌کند تا به یک برابری عاطفی دست پیدا کنیم و با استرس‌ها و تنش‌های درونی و بیرونی سازگار شویم (بشرپور و عینی، ۱۳۹۶).

ضعیف یا توانمند بودن ایگو در افراد همچنین با تروماهایی که شخص تجربه می‌کند، در ارتباط است (انگلت و همکاران، ۲۰۱۹). تروما، قسمت مهمی از زندگی انسان‌ها است. تحقیقات نشان داده است که ۹۰ درصد انسان‌ها برای یک‌بار هم که شده حوادث آسیب‌زایی مثل بلاهای طبیعی، تجاوز جنسی، جنگ و مرگ عزیزان را در طی زندگی‌شان تجربه می‌کنند (کسلر و همکاران، ۲۰۱۷). تروما تجربه تلاطم شدیدی است که این احتمال را دارد پیامدهای نامطلوب فیزیکی و اجتماعی را در برداشته باشد و بازتاب‌های آن از حد معمول بیشتر شود (باقری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). خرده مقیاس‌های ترومای پیچیده در این تحقیق عبارت‌اند از: سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی. (سلطانی عظمت و همکاران، ۱۳۹۶).

دبیران نیز در طول دوران زندگی خود، تروماهایی تجربه کردند که این تروماها تأثیراتی در زندگی آنان گذاشته است. اگر چه بیشتر افراد در مقابل حوادث تروماتیک تاب می‌آورند، اما برخی دچار مشکلات روان‌شناختی طولانی‌مدت می‌شوند (کوهن و همکاران، ۲۰۱۰).

دبیران بر اساس تجربیات و آموخته‌های زندگی دارای ایگو ضعیف یا قوی می‌شوند یا دچار تروما می‌شوند که آسیب‌های روانی برای آنها به‌جا می‌گذارد. همچنین بر اساس تجربیات روابط با والدین و سرپرست‌های اولیه خود روابط موضوعی برای خود تعریف می‌کنند. فرض اساسی رویکرد روابط موضوعی این است که تصاویر اولیه خود، دیگران و محیط بیرونی در درون روان حفظ می‌شوند و چگونگی دریافت و پاسخ دادن فرد به دیگران را شکل می‌دهند. بر اساس این رویکرد، پس‌مانده‌های درونی شده روابط گذشته (اغلب تصاویر تحریف‌شده از واقعیت) که در ابتدا زندگی تشکیل شده‌اند، حفظ می‌شوند و متعاقباً در روابط کنونی فرد خود را نشان می‌دهند. (آندرسون و همکاران، ۲۰۰۷). آشفته‌گی‌های روابط موضوعی می‌تواند، پایه‌های امنیت شخصی را متزلزل کند و به افزایش آسیب‌پذیری شخص منجر شود (مسگریان و همکاران، ۱۳۹۶).

در واقع روابط موضوعی سازه‌ای بنیادین است که نقش اساسی در تبیین سلامت، انواع ریخت‌های آسیب‌شناسی و حتی ساختارهای شخصیتی دارد. روابط موضوعی را می‌توان بازنمایی‌های فرد از خود و دیگران و عواطف همراه با این بازنمایی‌ها (فیشر و ناوت، ۲۰۱۴)، یا به عبارتی ظرفیت افراد برای برقراری روابط انسانی تعریف کرد که در سال‌های نخست زندگی شکل می‌گیرد (کلی، ۲۰۱۳).

یکی از کارکردهای اولیه روابط موضوعی تنظیم درون‌فردی تجربه‌های عاطفی است، افراد به دنبال حمایت‌های اجتماعی برای کنار آمدن با استرس‌های عاطفی هستند. با توجه به اینکه تنیدگی به ایجاد تنش و برانگیختگی هیجانی و روانی در فرد منتهی می‌شود. شخص می‌کوشد تا به طریقی تنیدگی را کاهش دهد. در نظریه روان‌تحلیلگری عقیده بر آن است که افراد برای مقابله با اضطراب از راهبردهای ناهشیار یعنی مکانیسم‌های دفاعی به وفور استفاده می‌کنند (رحمتیان و همکاران، ۱۳۹۵).

با توجه به پیشینه موجود و ارتباط تروماهای پیچیده در دوران زندگی دانشجوی معلمان و روابط آنها با آسیب‌های روان، پژوهش حاضر بر آن شده است تا به پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت بر اساس تروماهای پیچیده و روابط موضوعی با میانجی‌گری توان‌مندی ایگو در دانشجوی معلمان بپردازد.

• روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانشجوی معلمان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دانشکده‌های دانشگاه تربیت دبیر شهید رجائی در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. تعداد کل افراد شرکت‌کننده در این پژوهش ۱۶۱ نفر، تعداد ۱۲۱ پسر (۷۵/۶ درصد) و ۳۹ دختر (۲۴/۴ درصد) بودند که به‌صورت نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. میانگین سن شرکت‌کننده‌های پژوهش ۲۵/۲۰ و انحراف معیار آن ۱/۰۷ بود. کلیه شرکت‌کنندگان مجرد و دانشجوی دبیری دوره کارشناسی رشته‌های مهندسی برق ۴۱ نفر (۲۵/۶ درصد)، مهندسی عمران ۲۱ نفر (۳۱/۱ درصد)، مهندسی مکانیک ۲۴ نفر (۱۵ درصد)، مهندسی کامپیوتر ۱۴ نفر (۸/۸ درصد)، مهندسی معماری ۱۵ نفر (۹/۴ درصد)، فیزیک ۱۰ نفر (۶/۳ درصد)، شیمی ۱۳ نفر (۸/۱ درصد)، ریاضی ۱۶ نفر (۱۰ درصد) و تربیت‌بدنی ۶ نفر (۳/۸ درصد) شرکت داشتند. جهت اجرای پرسشنامه‌ها با اطلاع‌رسانی و بارگذاری به‌صورت پرس‌لاین و تهیه لینک پرسشنامه‌ها از طریق گوگل، در شبکه‌های مجازی اطلاع‌رسانی شد و از طریق گروه‌های مختلف

استادان، در اختیار دانشجویان علاقه‌مند و داوطلب قرار داده شد و بدین صورت به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. سپس داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها، با کمک نرم‌افزار SPSS و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با استفاده از رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

• ابزارها:

الف. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور ۲ (اختلالات شخصیت) (structured clinical interview for axis II (personality disorders)

توسط فرست، اسپیتزر و گی بن در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است (به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۹). این پرسشنامه شخصیتی ۱۱۹ ماده‌ای به‌عنوان یک ابزار غربال‌گری است که برای پاسخ دادن به ماده‌ها حداقل به هشت کلاس سواد نیاز دارد و قابلیت خودگزارشی بله یا خیر دارد که برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیتی موجود در محور DSM-IV به انضمام اختلال شخصیت NOS (اختلال شخصیتی که به گونه دیگر تعریف نشده است) تحت پوشش قرار می‌دهد. (محمدخانی، ۱۳۸۹).

ب. پرسشنامه روابط ابژه بل (Bell object relationship questionnaire- BORQ):

این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی و حاوی ۴۵ ماده صحیح و غلط است که در بردارند الگوهای روابط ابژه و باورهای بین‌فردی است (بل و همکاران، ۱۹۸۶). این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس شامل بیگانگی، دلبستگی نایمن، خودمحوری، بی‌کفایتی اجتماعی است (بل، ۱۹۹۵). در پژوهش جمیل و همکاران (۱۳۹۴)، ضریب آلفای کرونباخ برای چهار مقیاس بیگانگی، دلبستگی نایمن، خودمحوری و بی‌کفایتی اجتماعی، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به‌دست آمد.

ج. پرسشنامه ترومای دوره کودکی (childhood trauma questionnaire- CTQ):

فرم کوتاه این پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای توسط برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده است که پنج حوزه تروماهای پیچیده را به‌ترتیب زیر پوشش می‌دهد: سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی. این پرسشنامه در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (هرگز رخ نداده = ۱ تا اکثر اوقات رخ داده = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها از ۵-۲۵ است و دامنه نمرات برای کل پرسشنامه ۱۲۵-۲۵۰ است. در ایران ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ آن برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برآورد کرده‌اند که نشان می‌دهد از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است.

د. مقیاس توان‌مندی ایگو (ego empowerment scale -EES):

مقیاس روان‌شناختی توان‌مندی ایگو توسط مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده است. این پرسشنامه ۸ نقطه توان‌مندی ایگو که شامل: امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد هستند را می‌سنجد و دارای ۶۴ ماده است. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است. نمره بالا در این آزمون به معنی سطح بالای قدرت ایگو است. نمره فرد در این مقیاس از حاصل جمع نمره فرد در ماده‌ها به‌دست می‌آید. مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷) روایی صوری، محتوا و سازه این مقیاس را مورد تأیید قرار دادند و همچنین برای بررسی اعتبار آن از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، آن را ۰/۶۸ گزارش کردند.

• یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی یعنی میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، در مؤلفه‌های اختلال‌های شخصیتی بالاترین میانگین مربوط به مهارت‌گسیختگی (۱۱۸/۴۷) و کمترین میانگین مربوط به روان‌گسسته‌گرایی (۶۲/۱۱) است. در متغیر ترومای پیچیده بالاترین میانگین مربوط به مؤلفه غفلت عاطفی (۹/۰۲) و کمترین میانگین مربوط به سوءاستفاده جسمی (۶۲/۱۱) است. در متغیر روابط موضوعی بالاترین میانگین مربوط به دلبستگی نایمن (۲۹/۹۰) و کمترین میانگین مربوط به بیگانگی (۲/۳۶) است. در متغیر توان‌مندی ایگو بالاترین میانگین مربوط به مؤلفه مراقبت (۳۰/۰۴) و کمترین میانگین مربوط به هدف (۱۷/۳۲) است.

در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش از جمله اختلال‌های شخصیت، ترومای پیچیده، روابط موضوعی و توان‌مندی ایگو نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	زیرمقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه نمره‌ها	بیشینه نمره‌ها
اختلال‌های شخصیت	عاطفه منفی	۱۱۰/۴۹	۱۹/۶۴	۶۹	۱۶۱
	گسیختگی	۹۴/۴۷	۱۴/۱۳	۱۴۵	۷۰
	ستیزه‌گری	۱۰۱	۹/۵۱	۷۸	۱۲۳
	مهارت‌گسیختگی	۱۱۸/۴۷	۷/۱۹	۱۰۰	۱۳۸
نمره کل اختلال شخصیت	روان‌گسسته‌گرایی	۶۲/۱۱	۱۷/۲۴	۳۳	۱۱۷
	سوء استفاده عاطفی	۴۸۶/۳۲	۵۰/۳۶	۳۷۷	۶۱۳
	سوء استفاده جسمی	۶/۴۵	۲/۲۶	۵	۱۸
	سوء استفاده جنسی	۵/۶۵	۱/۴۱	۵	۱۶
ترومای پیچیده	غفلت عاطفی	۶/۱۳	۱/۹۲	۵	۱۸
	غفلت جسمی	۹/۰۲	۳/۷۷	۵	۲۰
	نمره کل تروما	۶/۹۰	۲/۳۸	۵	۱۶
	بی‌کفایتی اجتماعی	۳۴/۱۵	۵۰/۳۶	۲۵	۶۷
روابط موضوعی	خودمیان‌بینی	۸/۱۱	۳/۶۹	۰	۱۷
	دل‌بستگی ناپایمن	۷/۹۷	۴/۱۱	۰	۱۸
	بیگانگی	۲۹/۹۰	۳/۱۲	۲۴	۳۸
	نمره کل روابط موضوعی	۲/۳۶	۱/۷۲	۰	۶
توان‌مندی ایگو	امید	۴۸/۳۴	۱۰/۵۲	۲۸	۷۷
	خواسته	۲۸/۴۹	۶/۱۶	۸	۴۰
	هدف	۲۹/۹۸	۵/۰۲	۱۳	۴۰
	شایستگی	۱۷/۳۲	۳/۱۵	۱۰	۲۹
توان‌مندی ایگو	وفاداری	۲۹/۶۳	۴/۳۷	۱۲	۳۹
	عشق	۲۹/۸۱	۳/۴۴	۱۵	۳۶
	مراقبت	۲۴/۴۱	۳/۹۹	۱۵	۳۴
	خرد	۳۰/۰۴	۵/۱۳	۱۵	۴۰
نمره کل توان‌مندی ایگو	۲۴/۵۷	۳/۴۶	۱۵	۳۳	۲۶۲
نمره کل توان‌مندی ایگو	۲۱۴/۶۲	۲۰/۶۳	۱۴۵	۲۶۲	

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

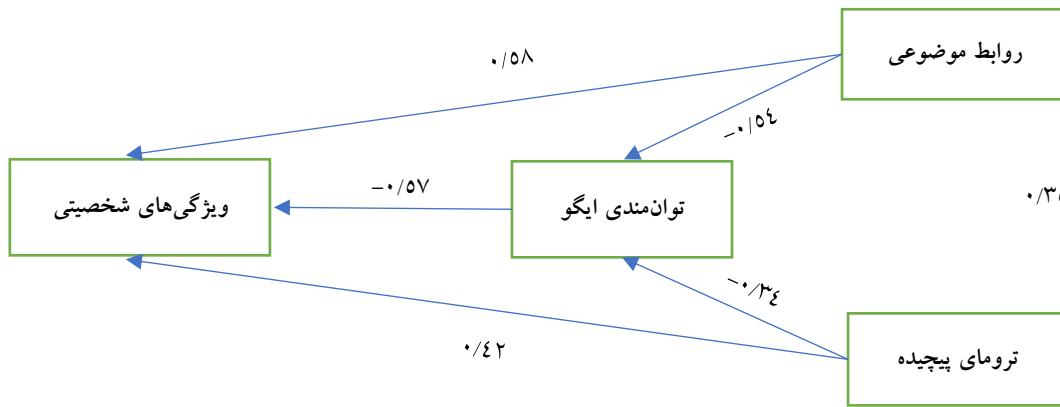
۴	۳	۲	۱
			۱. اختلال‌های شخصیت
		۱	۰/۴۲
	۱	۰/۳۵	۰/۵۸
۱	-۰/۵۴	-۰/۳۴	-۰/۵۷
			۲. ترومای پیچیده
			۳. روابط موضوعی
			۴. توان‌مندی ایگو

در جدول ۳ خلاصه مدل برازش تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد (یکنواخت) به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفته است. در این جدول تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد برای بررسی خط پایه اجرای تحلیل مسیر انجام شده است. در این مدل همه متغیرهای پیش‌بین ترومای پیچیده، روابط موضوعی و توان‌مندی ایگو موقعیت برابری در مدل دارند. همبستگی‌های میان زوج متغیرها به نمایش در آمده است. متغیر وابسته ویژگی‌های شخصیتی با سه متغیر دیگر بسیار همبستگی دارد. با توجه به همبستگی همه پیش‌بین‌ها با هم، امکان وجود ساختار مسیر کاربردی، ارزش بررسی دارد. در این مدل نزدیک به ۴۴ درصد از واریانس ($R^2 = 0.44$) متغیر ویژگی‌های شخصیتی تبیین شده است. ضرایب مرتبط با هر یک از پیش‌بین‌ها در مدل زیر ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه مدل برازش تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد (یکنواخت) به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل مسیر

مدل	R	R ²	R ² سازگار شده	خطای R square change	F change	Df ₁	Df ₂	sig
۱	۰/۶۷	۰/۴۶	۰/۴۴	۳۷/۵۱	۰/۴۶	۳	۱۵۶	۰/۰۰۰۱

پیش‌بین: ترومای پیچیده، روابط موضوعی و توان‌مندی ایگو
متغیر درون‌زاد: ویژگی‌های شخصیتی



نمودار ۱. مدل مسیر متغیرهای پژوهش و ضرایب آنها

جدول ۴ تحلیل مسیر با رگرسیون چندگانه اثرات غیرمستقیم را نشان می‌دهد.

جدول ۴. تحلیل مسیر با رگرسیون چندگانه اثرات غیرمستقیم

مدل	R	R ²	R ² سازگار شده	خطای استاندارد برآورد	R square change	F change	Df ₁	Df ₂	sig
۱	۰/۶۵	۰/۴۲	۰/۴۲	۳۸/۴۲	۰/۴۲	۵۸/۰۸	۲	۱۵۷	۰/۰۰۰۱

پیش‌بین: روابط موضوعی و توان‌مندی ایگو
متغیر درون‌زاد: ویژگی‌های شخصیتی

در جدول ۴ تحلیل مسیر با رگرسیون چندگانه و متغیر پیش بین روابط موضوعی و توان‌مندی ایگو برای پیش‌بینی ویژگی‌های شخصیتی استفاده شده است. این دو متغیر در مجموع ۴۲/۵ درصد از واریانس متغیر ویژگی‌های شخصیتی را تبیین می‌کنند. جدول ۵ تحلیل مسیر با رگرسیون چندگانه اثرات مستقیم را نشان می‌دهد. در این جدول تحلیل مسیر با رگرسیون چندگانه و متغیر پیش‌بین روابط موضوعی و ترومای پیچیده برای پیش‌بینی متغیر درون‌زاد ویژگی‌های شخصیتی استفاده شده است. این دو متغیر در مجموع ۳۸/۸ درصد از واریانس متغیر ویژگی‌های شخصیتی را تبیین می‌کنند.

جدول ۵. تحلیل مسیر با رگرسیون چندگانه اثرات مستقیم

مدل	R	R ²	R ² سازگار شده	خطای استاندارد برآورد	R square change	F change	Df ₁	Df ₂	sig
۱	۰/۶۲	۰/۳۹	۰/۳۸	۳۹/۶۳	۰/۳۹	۴۹/۸۴	۲	۱۵۷	۰/۰۰۰۱

پیش‌بین: روابط موضوعی و ترومای پیچیده
متغیر درون‌زاد: ویژگی‌های شخصیتی

جدول ۶ تحلیل مسیر با رگرسیون چندگانه اثرات غیرمستقیم را نشان می‌دهد. در این جدول تحلیل مسیر با رگرسیون چندگانه و متغیر پیش‌بین ترومای پیچیده و توان‌مندی ایگو برای پیش‌بینی متغیر درون‌زاد ویژگی‌های شخصیتی استفاده شده است. این دو متغیر در مجموع ۳۶/۹ درصد از واریانس متغیر ویژگی‌های شخصیتی را تبیین می‌کنند.

جدول ۶. تحلیل مسیر با رگرسیون چندگانه اثرات غیرمستقیم

مدل	R	R ²	R ² سازگار شده	خطای استاندارد برآورد	R square change	F change	Df ₁	Df ₂	sig
۱	۰/۶۱	۰/۳۸	۰/۳۷	۴۰/۰۲	۰/۳۷	۴۷/۳۹	۲	۱۵۷	۰/۰۰۰۱

پیش‌بین: ترومای پیچیده، توان‌مندی ایگو
متغیر درون‌زاد: ویژگی‌های شخصیتی

● بحث

در پژوهش حاضر بین اختلال‌های شخصیت و ترومای پیچیده دانشجویان معلمان رابطه وجود دارد و بخشی از واریانس اختلال‌های شخصیت به‌طور مستقیم توسط ترومای پیچیده دوران کودکی تبیین می‌شود. این یافته با یافته‌های کوهن و همکاران (۲۰۱۰)، مورومانسو و همکاران (۲۰۱۸)، بنومی و همکاران (۲۰۰۸)، رضاپور و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

براساس پژوهش باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹) سابقه ترومای پیچیده در کودکی می‌تواند به تأثیرات روان‌شناختی قابل توجهی در بزرگسالی منجر شود. همچنین ارتباط بین ترومای پیچیده دوران کودکی و ابتلا به انواع اختلال‌های روانپزشکی در بزرگسالی در تحقیقات بسیاری گزارش شده است. برای نمونه ابتلا به افسردگی (نوول و همکاران، ۲۰۱۸)، اختلال دوقطبی (راس و همکاران، ۲۰۱۵)، اختلال سوء مصرف مواد (مگلر و همکاران، ۲۰۱۸) اختلال هراس (زو و همکاران، ۲۰۱۶) و علائم سایکوتیک (هانگ و همکاران، ۲۰۱۹)، به‌طور کلی، شواهد دلالت بر آن دارد که فراوانی و شدت تجربه تروماهای دوران کودکی، در مبتلایان به اختلال‌های روان‌پزشکی در مقایسه با افرادی که تشخیص روان‌پزشکی ندارند، بیش‌تر است (ایکسی و همکاران، ۲۰۱۸).

در تبیین این یافته می‌توان گفت تجربه تروماهای پیچیده دوره کودکی یکی از عوامل خطر در رشد اختلال‌های شخصیت و نیز در ایجاد نشانه‌های بالینی اختلال‌های شخصیت به‌شمار می‌رود. دوران کودکی و نوجوانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت با دشواری‌ها و آشوب‌های زیادی همراه بوده است که مهم‌ترین آنها انواع چهارگانه بدرفتاری (جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت) و تجربه فقدان یا جدا شدن از اعضای خانواده است. درباره سبب‌شناسی اختلال شخصیت، حوزه مربوط به تروماهای پیچیده دوران کودکی، انواع سوء رفتار جسمی، سوء رفتار جنسی، سوء رفتار عاطفی، غفلت فیزیکی و عاطفی از مهم‌ترین عوامل هستند که می‌تواند به‌تنهایی یا همراه با موارد دیگر اتفاق بیافتد و زندگی بزرگ‌سالی فرد را دستخوش انواع اختلال‌ها نماید. در دوره کودکی معمولاً به علت توان‌مندی کم و قوای شناختی رشدنیافته کودکان، مورد سوء استفاده جسمی بزرگسالان و بخصوص فامیل‌های نزدیک قرار می‌گیرند. بهره‌کشی از کودکان، کار و فعالیت‌هایی که در حد توان و سن آنها نیست، می‌تواند تولید ترومای جسمی کند. بسیاری از کودکان مورد سوء استفاده‌های جنسی نزدیکان خود قرار می‌گیرند. عده‌ای از آنان از طرف والدین خود به‌علت مشغله‌های فراوان و یا به‌علت آگاهی پایین مورد غفلت عاطفی و ارتباطی قرار می‌گیرند و با کمبود عاطفی شدید مواجه می‌شوند که خود تولید تروما می‌کند.

مسیر بعدی پژوهش مسیر مستقیم رابطه روابط موضوعی با اختلال‌های شخصیت دانشجویان معلم بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر این مسیر معنادار شد و روابط موضوعی می‌تواند اختلال‌های شخصیت در دانشجویان معلم را پیش‌بینی کند که این یافته، یافته‌های قبلی پژوهشگران را تأیید می‌کند از جمله یافته‌های آندرسون و همکاران (۲۰۰۷)، مسگریان و همکاران (۱۳۹۶)، فیشر و ناوت (۲۰۱۴) و کلی (۲۰۱۳).

مسیر بعدی پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین اختلال‌های شخصیت و توان‌مندی ایگو در دانشجویان معلمان رابطه وجود دارد و بخشی از واریانس اختلال‌های شخصیتی دانشجویان معلمان توسط توان‌مندی ایگو به‌صورت منفی تبیین می‌شود. که با یافته‌های دراموند و فلیپ (۲۰۱۷)، حشمتی و همکاران (۱۳۹۷)، پرویز و همکاران (۱۳۹۵) همسو است.

ایگو وظیفه مدیریت نظام روانی را در هر وضعیتی بر عهده دارد. تمام مشکلات روانی و ناهنجاری‌های رفتاری، زمانی ظاهر می‌شوند که ایگو نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند و روابط موضوعی نیز یکی از کارکردهای ایگو است که در کانون زندگی روان‌شناختی سالم قرار دارد و در آسیب‌شناسی روانی مهم تلقی می‌شود (بل، ۱۹۹۵).

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که ایگو وظیفه مدیریت نظام روانی را بر عهده دارد، تمام مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شوند که ایگو نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند. توان‌مندی ایگو نشان‌دهنده ظرفیت فرد در تحمل استرس بدون تجربه اضطراب فلج‌کننده است. توان‌مندی‌هایی مانند امید، هدف، مراقبت، خواسته، شایستگی، وفاداری، عشق و خرد در صورتی که در خانواده و ارتباط کودک با دنیای خود و دیگران و حتی با خودش به‌درستی برآورده شوند باعث توان‌مندی ایگو خواهند شد. شکل‌گیری ویژگی‌های مثبت نامبرده در کودک عامل مهمی در توان‌مندی ایگو و عملکرد سالم انسان به‌شمار می‌رود. اصطلاح توان‌مندی ایگو به توانایی خود برای برخورد مؤثر با خواست‌های رقابت‌آمیز و موقعیت‌های توان‌فرسا به‌رغم خواسته‌ها و توقعات نیروهای متعارض به‌کار می‌رود. وجود یک ایگوی توانمند باعث می‌شود که افراد نشانه‌های آسیب روانی کمتر نشان دهند و در برابر تنش ناشی از شرایط فشارزای

زندگی تحمل و ظرفیت کافی داشته باشند. لذا در صورتی که من نتواند به وظیفه خود به درستی عمل کند، مکانیسم‌های دفاعی شکل می‌گیرند و چنانچه این مکانیسم‌ها به‌طور غیرانعطاف‌پذیر به‌کار گرفته شود، موجب شکل‌گیری اختلال‌های شخصیت می‌گردد. در واقع بسته به نوع روابط بین کودک و والد که در دوران کودکی رخ می‌دهد، سبک‌های ویژه روابط ابژه و توان‌مندی ایگو در کودک شکل می‌گیرد. لذا افراد دچار اختلال شخصیت، درماندگی عاطفی و هیجانی، بسیاری را تجربه می‌کنند به‌طوری‌که این افراد خود را گرفتار هیجانات و احساساتی می‌بینند که گریزی از آن برای خود نمی‌یابند؛ همچنین آگاهی چندانی از عواطف خود نداشته و با احساس عدم کنترل بر زندگی خود مواجه هستند.

مسیر بعدی پژوهش، نقش میانجی‌گری توان‌مندی ایگو بین ترومای پیچیده و اختلال‌های شخصیت است که حدود ۲۵ درصد از واریانس متغیر وابسته ویژگی‌های شخصیتی به‌صورت غیرمستقیم توسط ترومای پیچیده با میانجی‌گری توان‌مندی ایگو تبیین شده است. این یافته با بررسی‌های باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹)، آندرسن و همکاران (۲۰۰۷) و کلی (۲۰۱۳) همسو است.

تروما در فرد در زمان کودکی که ایگو کامل شکل نگرفته یا ضعیف شکل گرفته است می‌تواند منجر به آسیب‌های شخصیت در فرد شود. بر طبق پژوهش‌ها تروما در رابطه اولیه شخص زمانی روی می‌دهد که ایگو هنوز به‌اندازه‌ای رشد نیافته که دلایل و اثرات آسیب را بازنمایی کند و توانایی خود به‌عنوان یک مرکز راهبردی هنوز گسترش پیدا نکرده است. نتیجه این عدم تمایز، احساس آشفتگی، گیجی و احساس شکل نیافته‌ای از شرم و گناه است. از دیدگاه روان‌شناسی خود نیز، تروماهای رابطه‌ای اولیه، بر چگونگی شکل‌گیری خود اثر می‌گذارند و از این طریق در پیدایش آسیب‌شناسی و تداوم در سال‌های بعدی زندگی نقش ایفا می‌کنند.

زمانی که ایگو افراد قدرتمند نباشد و تهی شود، کارکردهای اجرایی از قبیل کنترل خود و حافظه که بر اساس تروما آسیب دیده است را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ساین و گریتز، ۲۰۱۸). همچنین بر اساس پژوهش باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹) مشکلات مربوط با خود، تحت عنوان درک مرکزی آشفته از خود، مهم‌ترین پیامدی است که در افرادی با سابقه ترومای پیچیده در دوران کودکی، شناخته شده است.

مسیر بعدی پژوهش، نقش میانجی‌گری توان‌مندی ایگو بین روابط موضوعی با اختلال‌های شخصیت بود که این مسیر همسو با پژوهش‌های پیشین مانند انگلرت و همکاران (۲۰۱۹)، ساین و گریتز (۲۰۱۸) و مورومانسو و همکاران (۲۰۱۸) است.

افراد از طریق تعامل با افراد حقیقی که در محیط اطراف‌شان حضور دارند، رشد می‌کنند و از این رهگذر در درون‌شان بازنمایی‌هایی از این تجربیات شکل می‌گیرد. این بازنمایی‌ها روند رشد اطفال و کودکان را شکل می‌دهند و از این رهگذر، مجموعه‌ای از توان‌مندی‌ها در طفل شکل می‌گیرد و بر نحوه پیش‌بینی افراد بزرگسال از رویدادهای بین‌فردی محیط اطراف و برداشتی که آنها از این رویدادها دارند، تأثیر می‌گذارند. ماهیت این روابط ساختارهای اید (Id) و ایگو (Ego) و سوپر ایگو (Super ego) را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. وقتی روابط موضوعی ضعیف باشد پس ایگوی توان‌مندی شکل نخواهد گرفت و زمانی که ایگو توانمند نباشد شخص در معرض انواع اختلال‌های شخصیتی قرار خواهد گرفت.

• نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد ترومای پیچیده، روابط موضوعی و توان‌مندی ایگو می‌توانند اختلال‌های شخصیت را در دانشجویان معلم پیش‌بینی کنند. همچنین توان‌مندی ایگو نقش میانجی‌گری در پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت دانشجویان معلم بر اساس ترومای پیچیده شخصیت و روابط موضوعی دارد.

در مجموع می‌توان گفت که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ترومای پیچیده دوران کودکی، یعنی آسیب‌های به‌جا مانده از دوران کودکی در ناهشیار و همچنین روابط موضوعی، اختلال‌های شخصیتی دانشجو معلمان را به‌صورت مستقیم و به‌صورت غیرمستقیم با نقش میانجی‌گری توان‌مندی ایگو پیش‌بینی می‌کند. با توجه به حجم نمونه مورد نیاز و عدم دسترسی آسان به نمونه بالینی به‌علت شرایط پاندمی کووید ۱۹، باعث شد نمونه موردپژوهش غیربالینی باشد که همین مسئله تعمیم نتایج را به افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت دچار تردید می‌کند. استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی در شرایط پاندمی کووید ۱۹ و اجرا به‌صورت پرس‌لاین از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. بررسی، ارزیابی و شناسایی مشکلاتی از قبیل ترومای دوران کودکی و ضعف در توان‌مندی ایگو

در دانشجو معلمان و کمک در رفع آنها در کلاس‌های درس، مشاوره‌های گروهی و فردی در طول دوران تحصیل دانشجویان و قبل از ورود به مدارس برای تدریس، به مسئولان وزارت آموزش و پرورش و دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی پیشنهاد می‌گردد.

• تعارض منافع

نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منفعی وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش یاری‌گر ما بودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

• منابع

- اسلامی، نرگس؛ حشمتی، رسول و اسماعیل پور، خلیل. (۱۳۹۸). اثربخشی روایت درمانی گروهی بر توان‌مندی ایگو بر توان‌مندی ایگو زنان سرپرست خانوار. *مطالعات پلیس زنان*. ۱۴(۳۲)، ۵-۱۷.
- باقری‌نژاد، مینا؛ روشن چسلی، رسول؛ رضانی، محمدآرش و رسول‌زاده طباطبایی، کاظم. (۱۳۹۹). ادراک خود در مراجع ایرانی باسابقه‌ای از ترومای پیچیده: یک مطالعه پدیدارشناسی. *فصلنامه علمی مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۱۰(۳۸)، ۱-۳۴.
- بشارت، محمدعلی؛ شفیعی، رزا و رحیمی نژاد، عباس. (۱۳۹۶). رابطه بین کنش وری ادراک‌شده خانواده و سبک‌های هویت: نقش واسطه‌ای استحکام من. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۱(۴۹)، ۷-۲۴.
- بشرپور، سجاد و عینی، ساناز. (۱۳۹۶). پیش‌بینی اختلالات شخصیت بر پایه مدل پنج‌عاملی جایگزین زاگرمین-کلمن و قدرت ایگو. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. ۱۹(۵)، ۸۴-۹۳.
- پرویز، کوروش؛ آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی و دهقانی، محمود. (۱۳۹۵). رابطه توان‌مندی ایگو و فراشناخت در دانشجویان دختر و پسر. *راهبردهای آموزش (راهبردهای آموزش در علوم پزشکی)*. ۹(۲)، ۱۱۸-۱۲۶.
- تمنایی‌فر، محمدرضا و قاسمی، المیرا. (۱۳۹۶). تبیین اهمالکاری تحصیلی براساس صفات شخصیت و مهارت مدیریت زمان. *دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*. ۵(۸)، ۲۲۳-۲۴۴.
- حبیب‌الهی، سعید؛ حسینی، طیبه؛ طیبی چوبری، مرتضی و عاشوری، جمال. (۱۳۹۳). رابطه صفات شخصیت، سبک‌های یادگیری و راهبردهای یادگیری با پیشرفت تحصیلی فیزیک. *دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*. ۲(۲)، ۱-۱۵.
- حشمتی، رسول. ناصری، الهه. پرنیان خوی؛ مریم. (۱۳۹۷). نقش سرکوبگی عاطفی و توان‌مندی ایگو در پیش‌بینی مصرف و عدم مصرف سیگار در بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*. ۷(۴)، ۷-۱۹.
- خسروی، رحمت‌الله و جهانگیری، مهدی. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر خودکارآمدی دانشجو معلمان دانشگاه فرهنگیان. *دو فصلنامه مطالعات و برنامه درسی آموزش عالی*. ۱۰(۱۹)، ۸۷-۶۵.
- رحمتیان، فاطمه؛ هاشمیان، سیدسپهر؛ برجعلی، احمد و حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۵). رابطه ادراک فرد از والدگری پدر با روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی. *مجله طب نظامی*. ۱، ۳۰-۱۷.
- رحیمی احمدآبادی، سمیه؛ عطاران، حمید و فتوت، اکرم. (۱۳۹۹). بررسی رابطه اختلالات شخصیت و بهره‌هوشی در مجرمین قتل عمد ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی خراسان رضوی در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۷. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۷(۵)، ۵۱-۴۱.
- زارعی، گیتی؛ رحیمیان بوگر، اسحق؛ معاضدیان، آمنه و جهان، علی. (۱۳۹۹). تغییرات سازمان شخصیت در بازه‌های زمانی مختلف درمان معطوف به انتقال در اختلالات شخصیت خوشه B. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی کاربردی*. ۱۴(۶)، ۴۹۳-۴۷۳.
- سلطانی‌عظمت، ابراهیم؛ محمدیان، ابوالفضل؛ عزیزی، سولماز؛ گلزار پور، مجید و یارمحمدی واصل، مصیب. (۱۳۹۶). آزمون مقایسه‌ای تروماهای کودکی در معتادان جنسی و افراد سالم. *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*. ۵(۲)، ۴۳-۵۱.
- شریفی، ونادا؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف و همکاران. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID) تازه‌های علوم شناختی. ۶(۱ و ۲)، ۲۲-۱۰.
- صالحی، مسلم. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای عزت نفس در رابطه ی بین ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد شغلی دبیران شهر مرودشت. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۹(۳۱)، ۲۴-۱.

فهمیده، سمانه؛ پور حسین، رضا و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین تحول من و سلامت روانی در دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه تهران. *فصلنامه علوم شناختی*. ۱۷(۶۷)، ۳۰۹-۳۰۳.

محمدپور، ابراهیم؛ حیدری، الناز و جمشیدی، سمانه. (۱۳۹۸). بررسی روند علاقه‌مندی دانشجو معلمان دانشگاه فرهنگیان استان کردستان به حرفه معلمی. *فصلنامه توسعه حرفه‌ای معلم*. ۴(۳)، ۱۴-۱.

محمد خانی، پروانه. (۱۳۸۹). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV-TR*. تهران: دانژه.

مسگریان، فاطمه؛ آزادفلاح، پرویز؛ فراهانی، حجت اله و قربانی، نیما. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس روابط موضوعی بل. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۲(۲۹)، ۲۰۴-۱۹۳.

نبوی، سید صادق. (۱۳۹۹). پیش‌بینی سلامت روانی دانشجو معلمان بر اساس متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی. *فصلنامه پژوهش در تربیت معلم*. ۳(۲)، ۱۵۳-۱۳۵.

- Andersen B, Lavoie Jc, Dunkel Cs. Individuation and Parents as People: Measurement Concerns Re-garding Two Aspects of Autonomy. *Journal of Ado-lescence*. 2007; 30 (5): 721-60.
- America Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Translated to Persian by Rezai F, Fakhraie A, Farmand A, Hashemi. Azar G, Shamloo F, Nilufari A, Tehran: Arjmand PUB: 2013:648.
- Bell M d. *Bell object relations and reality testing inventory (BORRTI)*: Manual Los Angele CA: Western Psychological Services: 1995.
- Bonomi AE, Cannon EA, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse Negl*. 2008; 32(7): 693– 70
- Coetzer BR. Obsessive-compulsive disorder following brain injury: a review. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34(4):363-77. doi: 10.2190/XENN-NNWT-7N2K-R26A
- Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(4): 414– 430.
- Cramer P. Defense Mechanisms in Psychology Today: Further Processes for Adaptation. *American Psychologist*. 2000; 55(6):637.
- Davis,S.F., Bremer, S.A., Anderson, B.J., Tramill, J.L. The interrelationships of ego strength, self- steem, death anxiety and gender in under graduate college students. *J Gen Psychol* 1983 Jan 1; 108(1),9-55
- Drummond, A., & Philipp, M. C. (2017). Commentary: “misguided effort with elusive implications” and “a multi-lab pre-registered replication of the ego depletion effect”. *Frontiers in psychology*, 8, 273
- Englert, C., Koroma, D., Bertrams, A., & Martarelli, C. S. (2019). Testing the validity of the attention control video: An eye-tracking approach of the ego depletion effect. *PloS one*, 14(1), e0211181.
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*. Core competencies in psychotherapy. American Psychiatric Pub.
- Hibbard MR, Uysal S, Kepler K, Bogdany J, Silver J. Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 1998 Aug;13(4):24-39
- Huang, Z. H., Hou, C. L., Huang, Y. H., He, X. Y., Wang, Q. W., Chen, X., Wang, Z. L., Wang, S. B., & Jia, F. J. (2019). Individuals at high risk for psychosis experience more childhood trauma, life events and social support deficit in comparison to healthy controls. *Psychiatry Research*, 273, 296-302. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.060>
- Kessler, R.C., Aguilar- Gaxiola,s., Alonso, T., Benjet, C., Bromet, E.J., Cardoso, G., & Florescu, S. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup 5), 1353383. Doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383
- Kisiel, C., Patterson, N., Torgersen, E., den Dunnen, W., Villa, C., & Fehrenbach, T. (2018). Assessment of the complex effects of trauma across child serving settings: Measurement properties of the CANS-Trauma Comprehensive. *Children and Youth Services Review*,86,64-75.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*. 42(9),1879-1890
- Mergler, M., Driessen, M., Havemann-Reinecke, U., Wedekind, D., Lüdecke, C., Ohlmeier, M., Chodzinski,C., Teuniben, S., Weirich, S., Kemper, U., Renner, W & Schafer, I. (2018). Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 93, 57-63.
- Moreno-Manso JM, García-Baamonde ME, Blázquez-Alonso M, Guerrero-Barona E, GodoyMerino MJ. Empathy and coping strategies in youths subject to protection measures. *Child Youth Serv Rev*. 2018; 93: 100–107
- Novelo, M., von Gunten, A., Jardim, G. B. G., Spanemberg, L., de Lima Argimon, I. I., & Nogueira, E. L. (2018). Effects of childhood multiple maltreatment experiences on depression of socioeconomic disadvantaged elderly in Brazil. *Child Abuse & Neglect*, 79, 350-357.
- Pur, I. G. (2014). Emotion regulation intervention for complex developmental trauma: working with street children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 697-701. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.471>
- Russo, M., Mahon, K., Shanahan, M., Solon, C., Ramjas, E., Turpin, J., & Burdick, K. (2015). The association between childhood trauma and facial emotion recognition in adult with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 229, 771- 776.
- Simpson, L., & Jenny, C. (2010). *An exploration of ego impairment in Bipolar Mood Disorder using the Impairment Index-2*. University of Pretoria, Faculty of Humanities. University of Pretpri.

- Singh, N., & Anand, A. (2015). Ego- strength and self-concept among adolescents. A study on gender differences. *International Journal of Indian Psychology*, 3, 54-46.
- Singh R. K. & Goritz A. S. (2018). Ego Depletion Does Not Interfere with Working Memory Performance, 9. Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662.
- Waqas, A., Rehman, A., Malik, A., & Muhammad, U. S. N. (2015). Association of ego defense mechanisms with academic performance, anxiety and depression in medical students: *A mixed methods study. Cures*, 7(9), 337-347.
- Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J., Ding, Y., & Peng, H. (2018). (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *Journal of Affective Disorders*, 228, 41-48
- Zou, Z., Huang, Y., Wang, J., He, Y., Min, W., Chen, X., Wang, J., & Zhou, B. (2016). Association of childhood trauma and panic symptom severity in panic disorder: Exploring the mediating role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 206, 133-139.

مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان نابارور دارای سطوح بالا و پایین انگ ناباروری

The Comparison of Resilience and Perceived Social Support in Infertile Women with High and Low Levels of Infertility Stigma

Mahdieh Shafiee-Tabar, PhD ✉

مهديه شفيعی تبار^۱

Abstract

This study aimed to compare resilience and perceived social support in infertile women with high and low levels of infertility stigma. The design of the present study was a descriptive and causal-comparative design. The statistical population was infertile women who referred to Jihad Arak University's Royan Infertility Center in 1401. 98 infertile women were selected as the research sample by available and purposeful sampling method (49 infertile women with high and 49 infertile women with low levels of infertility stigma). Participants answered the Infertility Stigma Consciousness Questionnaire, Resilience Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Multivariate analysis of variance was used to analyze the data. The present study showed that infertile women with high levels of infertility stigma had significantly lower scores than the comparing group in resilience and perceived social support ($P < 0.05$). Findings of this study clarify the importance of paying attention to psychosocial factors in dealing with the stigma of infertility.

Keywords: Resilience, Perceived Social support, Infertility Stigma

چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناخت و مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان نابارور دارای انگ ناباروری بالا و پایین انجام گرفت. پژوهش توصیفی و از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری رویان جهاد دانشگاهی اراک در سال ۱۴۰۱ بودند. ۹۸ زن نابارور به‌عنوان نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و به‌صورت هدفمند انتخاب شدند (۴۹ زن نابارور دارای انگ ناباروری بالا و ۴۹ زن نابارور دارای انگ ناباروری پایین). شرکت‌کنندگان به پرسشنامه انگ ناباروری ادراک‌شده، مقیاس تاب‌آوری و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد زنان نابارور دارای انگ ناباروری بالا در مقایسه با زنان نابارور دارای انگ ناباروری پایین در تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری دارند ($P < 0/05$). یافته‌های این پژوهش اهمیت توجه به عوامل روانی-اجتماعی در مقابله با انگ ناباروری را روشن می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، انگ ناباروری

● مقدمه

ناباروری (infertility) به‌عنوان شرایطی تعریف شده است که با وجود داشتن رابطه جنسی منظم حداقل دو بار در هفته حاملگی در یک سال به‌دست نمی‌آید (آلتیپارماک و دریا، ۲۰۱۸). در حدود ۲۰ درصد زوجین نابارور هستند (کنها و همکاران، ۲۰۱۶) و هر سال دو میلیون زوج نابارور به تعداد این افراد اضافه می‌شود (استرابل و همکاران، ۲۰۱۶). بر اساس گزارشی که توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ منتشر شده است، در کشورهای در حال توسعه از هر ۴ زوج، یک زوج یعنی ۲۵ درصد، مشکل ناباروری دارند. البته به‌دلیل تعاریف مختلفی که از ناباروری شده است آمارهایی نیز که در مورد برآورد ناباروری ارائه و منتشر می‌شود متفاوت است. کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست و دامنه آن در مطالعات مختلف از ۷/۸ درصد (ساعی قره‌ناز، ۲۰۲۰)، تا ۲۰ درصد (آخوندی و همکاران، ۲۰۱۹)، گزارش شده است. در دو دهه اخیر، صرف نظر از رشد جمعیت، با وجود توسعه پیشرفت‌های فنی و پزشکی در تکنیک‌های تشخیصی و جراحی تغییر قابل توجهی در نرخ ناباروری در سراسر جهان دیده نشده است (ماسکارنهاس و همکاران، ۲۰۱۲).

در تمام جوامع، ناباروری یک موضوع مهم برای هر دو جنس است زیرا نه تنها یک رفتار بیولوژیکی برای داشتن فرزند است، بلکه موضوع مهم خانواده بودن به‌عنوان بخشی از یک جامعه در نظر گرفته می‌شود. با این حال، اخیراً جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری مانند افسردگی، اختلال عملکرد جنسی و اثرات منفی آن بر روابط زوجین مورد توجه قرار گرفته است. از این رو، مقابله و تشخیص جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری برای مراقبت‌های پزشکی حوزه ناباروری موضوع مهمی است (ارگین و همکاران، ۲۰۱۸).

بیماران مبتلا به ناباروری در فرهنگ‌های مختلف طیف گسترده‌ای از هیجان‌های منفی از جمله اضطراب، افسردگی، انگ، اجتناب اجتماعی و پریشانی را تجربه می‌کنند (راس و همکاران، ۲۰۱۹)؛ اما در جوامعی که هنجارهای فرهنگی به زن در برابر نقش مادر بودن ارجح بیشتری می‌نهند، این پیامدها تشدید شده و عوارضی همچون بی‌ثباتی زندگی مشترک، خشونت خانگی و انزوا را به‌دنبال خواهد داشت.

یکی از مهم‌ترین پیامدهای ناباروری، انگ (stigma) است که سازه مهمی در حوزه سلامت روانی محسوب می‌شود. انگ در بیماران نابارور بسیار شایع است و اعتقاد بر این است که یکی از شایع‌ترین ویژگی‌های این بیماری است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعه‌ای در مورد ۴۳۲ زن نابارور در ایالات متحده نشان داد که افراد نابارور وقتی متوجه شدند که دیگران درباره ناباروری آنها صحبت می‌کنند، به‌شدت احساس انگ می‌کردند (ژائو و همکاران، ۲۰۲۲). ناباروری ناخواسته در بسیاری از فرهنگ‌ها به انگ‌زنی (stigmatization) منجر می‌شود و زنان را در معرض پیامدهای اجتماعی و هیجانی جدی قرار می‌دهد (دایس و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر انگ اجتماعی، افراد در معرض خودانگ‌زنی مربوط به بیماری خود نیز هستند. خودانگ‌زنی به‌عنوان تأثیر درونی شده شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش‌های منفی دیگران بر فردی توصیف می‌شود که دارای یک ویژگی بی‌ارزش است (رائو و همکاران، ۲۰۰۹). طبق الگوی کوریگان و همکاران (۲۰۰۶)، انگ درونی شده یا خودانگ‌زنی فرآیندی را توصیف می‌کند که در آن ابتدا فرد یک انگ واقعی را از طرف شخص دیگری تجربه می‌کند، از کلیشه منفی مرتبط با بیماری خود آگاه می‌شود و حس موافقت با آن را در خود ایجاد می‌کند. کلیشه درونی می‌شود و در نتیجه فرد دچار پریشانی روانی می‌شود. انگ درونی شده، زمانی اتفاق می‌افتد که فرد انگ را که احساس کرده است بپذیرد و آن را معتبر بداند. انگ درونی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی افراد داشته باشد که با بیماری مزمن زندگی می‌کنند (والوانو و همکاران، ۲۰۱۶).

از آنجایی که تاب‌آوری (resilience) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری موفق با شرایط ناگوار شناخته می‌شود، می‌توان انتظار داشت در مقابله با انگ ناباروری نقش مهمی ایفا کند. تاب‌آوری سازه‌ای پیچیده، پویا و چندبعدی است که نتیجه تعامل بین عوامل نورویبولوژیکی، اجتماعی و شخصی است و نشان‌دهنده توانایی مقابله سازگارانه با استرس و سختی برای حفظ سطح نرمال عملکرد جسمی و روان‌شناختی است (فرناندز فررا و همکاران، ۲۰۲۲).

تاب‌آوری شامل حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خلاص شدن از موانع درونی است. افراد تاب‌آور درجه‌هایی از سلامتی و استقلال را نشان

می‌دهند. آنها قادرند که خود فکر کنند و آن را عملی سازند و وقتی از محیط خود انتقاد دارند، قادر هستند که نظرات خود را به دیگران انتقال دهند. آنها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان دارند و توانایی‌های‌شان را برای تغییر دادن محیط باور دارند (بوگار و هالس کیلاکی، ۲۰۰۶). بیماران تاب‌آور معمولاً دارای عزت نفس، خودکارآمدی و مهارت حل مسئله مؤثر برای مقابله با استرس هستند (پوپاولیا و همکاران، ۲۰۱۷). یو و همکاران (۲۰۱۴)، در پژوهش خود نشان دادند تاب‌آوری یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی به حساب می‌آید که می‌تواند احتمال کاهش مشکلات روان‌شناختی به‌خصوص افسردگی و ناسازگاری‌های زناشویی زنان ناباور را کاهش دهد و زمینه‌ساز پذیرش و کنار آمدن با آن را فراهم کند. در واقع تاب‌آوری روانی نقش دفاعی مهمی در مواجهه با مشکلات ایفا می‌کند و با ناسازگاری اجتماعی، کیفیت زندگی پایین بیماران، عاطفه منفی و انگ بیماری مرتبط است (داویدو و همکاران، ۲۰۱۰؛ هرمان و همکاران، ۲۰۱۱). پست و همکاران (۲۰۲۱)، نیز دریافته‌اند در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی، تاب‌آوری بالا با انگ رابطه منفی دارد؛ دوتلی و همکاران (۲۰۲۱)، نیز نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی دارای انگ بالا، از تاب‌آوری پایینی برخوردارند.

علاوه بر عوامل توانمندی‌های روان‌شناختی چون تاب‌آوری، شرایط و عوامل اجتماعی نیز می‌تواند به سازگاری با نابآوری و کاهش انگ ناباورری کمک کند. یکی از مهم‌ترین متغیرهای اجتماعی تأثیرگذار مطرح در حوزه روان‌شناسی سلامت، حمایت اجتماعی (social support) است. منظور از حمایت اجتماعی ایجاد یک تعامل اجتماعی است که با برقراری ارتباط شروع می‌شود و با تداوم آن ارتباطی همدلانه و در نهایت یک شبکه ایمن برای بیمار فراهم می‌گردد. ارتباط به افراد کمک می‌کند تا با شرایط مقابله کنند و احساس بهتری درباره خود ایجاد کنند. حمایت اجتماعی کمک دوجانبه است که از یک سو سبب می‌شود مکانیسم‌های دفاعی مؤثرتری برای جلوگیری از آثار مخرب استرس توسط فرد به‌کار گرفته شود و از سوی دیگر موجب خلق تصویر مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایت‌مندی می‌گردد و اضطراب را کاهش می‌دهد؛ به‌طوری‌که به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می‌دهد. حمایت اجتماعی شامل حمایت ابزاری (به‌عنوان مثال، ارائه کمک‌های مادی یا کاری)، حمایت اطلاعاتی (به‌عنوان مثال، ارائه راهنمایی‌هایی که رفتارهای مقابله‌ای یا حل مسئله را تسهیل می‌کند) و حمایت عاطفی (به‌عنوان مثال، ارائه همدلی و عاطفه) است (لی و همکاران، ۲۰۲۰). حمایت از سوی اعضای خاصی از شبکه حمایت اجتماعی می‌تواند مهم‌تر از بقیه باشد، برای مثال حمایت هیجانی که از سوی دوستان نزدیک و صمیمی ارائه شود تأثیر و اهمیت بیشتری دارد، در حالی که حمایت اطلاعاتی و ابزاری اگر از جانب متخصصان باشد دارای اهمیت بیشتری است. به‌طور کلی زنان در مقایسه با مردان ارتباط نزدیک‌تری با خانواده و دوستان دارند و بیشتر تمایل دارند درصدد کسب حمایت اجتماعی برآیند. زنانی که بچه‌دار نمی‌شوند و از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند، احساس راحتی، دوست داشته شدن، ارزشمندبودن و مراقبت خواهند داشت. حمایت اجتماعی قدرت هیجانی روانی به زنان می‌دهد تا بتوانند راه حلی پیدا کنند برای مواجهه با باری که به‌عنوان زنان ناباور با آن روبه‌رو هستند. از طرفی زنانی که بچه‌دار نمی‌شوند و از حمایت اجتماعی پایینی برخوردارند احساس ناراحتی می‌کنند، تصور می‌کنند هیچ‌کس آنها را دوست ندارد، نادیده گرفته می‌شوند. بنابراین قدرت عاطفی که آنها را وادار کند راه‌حلی برای باری که به‌عنوان زنان ناباور با آن روبه‌رو هستند پیدا کنند، را ندارند (سفیتری و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج مطالعه صحرائیان و همکاران (۲۰۱۵)، نشان داد زنانی که خود عامل ناباورری هستند کمتر از زنانی که همسرشان عامل ناباورری هستند حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند. همچنین میزان رضایت زناشویی در زنان با عامل ناباورری مردانه بیشتر از زنانی است که خود عامل ناباورری هستند. همچنین های و همکاران (۲۰۱۴)، مطالعه‌ای برای تعیین کفایت حمایت اجتماعی در ۳۰۰ نفر از زنان ناباور انجام دادند و نتایج نشان داد که اغلب زنان ناباور حمایت اجتماعی کمتر از آنچه انتظار داشتند از خانواده، همسر، دوستان و پزشکان دریافت می‌کردند. بیشترین میزان شکاف و عدم توافق در رابطه با حمایت متخصصان و پزشکان بود و زنان ناباور ابراز داشتند که نیاز به حمایت بیشتری از سوی آنها دارند. چن و همکاران (۲۰۲۱)، نیز در مطالعه‌ای که در مورد بیماران مبتلا به سل انجام دادند رابطه منفی حمایت اجتماعی و انگ درونی‌شده را تأیید کردند. ژانگ و همکاران (۲۰۲۰)، نیز دریافته‌اند که در بیماران مبتلا به سرطان دهان حمایت اجتماعی و انگ رابطه منفی دارند. زلیگمن (۲۰۱۴)، با بررسی نقش انگ، تروما و حمایت اجتماعی بر رشد پس از آسیب بیماران مبتلا به ایدز نشان داد حمایت اجتماعی با انگ رابطه منفی دارد. تامسون و همکاران (۲۰۰۴)، نیز نشان دادند زمانی که سطح حمایت اجتماعی بالا است، تأثیرات منفی انگ درونی بر ذهن فرد کاهش می‌یابد.

از آنجایی که در فرهنگ مذهبی و سنتی ایران، برای تولیدمثل و حفظ نسب خانواده‌ها ارزش خاصی قائل می‌شوند، زنان نابارور، به‌طور واقعی یا خیالی در معرض نگاه منفی خانواده، دوستان و اطرافیان قرار می‌گیرند. بنابراین شناخت عواملی که به زوجین کمک کند تا در این مواقع بحران‌زا، آرامش خود را حفظ کنند و راهبردهای سازگارانه‌ای برای حل مشکلات بین‌فردی و پریشانی‌های روان‌شناختی خود اتخاذ کنند، بسیار اهمیت دارد و شناسایی متغیرهای مهم و مؤثر در این زمینه می‌تواند راه‌گشای زنان نابارور، متخصصان ناباروری و مشاوران در سطح جامعه باشد تا مداخلاتی را جهت حفظ و افزایش کیفیت روابط زوجین صورت دهند. از این رو با توجه به آنچه ذکر شد مطالعه حاضر با هدف مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در زنان نابارور دارای انگ ناباروری بالا و پایین انجام شده است.

• روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نظر روش گردآوری داده‌ها، علی-مقایسه‌ای و از نظر هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی است. جامعه پژوهش را زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری رویان جهاد دانشگاهی اراک در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. در مرحله اول از میان مراجعه‌کنندگان ۱۰۰ نفر با میانگین سنی ۳۱/۲۹ ($SD=6/2$) به‌روش در دسترس انتخاب شدند. سپس بر اساس نمره شرکت‌کنندگان در پرسشنامه انگ ناباروری و نمره میانگین انگ ناباروری ($25/67$) گروه‌بندی صورت گرفت. بدین ترتیب ۴۹ نفر دارای انگ ناباروری پایین با میانگین ۱۷/۷۰ ($SD=5/8$) و ۴۹ نفر دارای انگ ناباروری بالا با میانگین ۳۳/۶۶ ($SD=6/1$) انتخاب شدند.

• ابزارها

الف. مقیاس تاب‌آوری (resilience scale- RS): این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دویدسون طراحی شد و از ۲۵ ماده مدرج ۵ گزینه از هرگز تا همیشه تشکیل شده است (کانر و دویدسون، ۲۰۰۳). کمبل سیلس و استین (۲۰۰۷) مقیاس اولیه تاب‌آوری را با انتخاب ۱۰ ماده از میان ۲۵ ماده آن را در مورد نمونه‌ای ۵۱۱ نفری هنجاریابی نمودند. روایی سازه مقیاس جدید تاب‌آوری بر اساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر ۱۰ ماده بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد گزارش شده است که این حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است. در پژوهش کیهانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز روایی مقیاس توسط متخصصان تأیید شده است و اعتبار پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۰ به‌دست آمد.

ب. پرسشنامه انگ ناباروری ادراک‌شده (infertility stigma consciousness questionnaire- ISCQ): این پرسشنامه، وجود و شدت استیگمای درک شده ناشی از ناباروری را تشخیص می‌دهد که اقتباس شده از پرسشنامه ۲۱ موردی استیگمای درک‌شده (پینل، ۱۹۹۹) است که نسخه نهایی آن، شامل ۹ ماده در مقیاس لیکرت، از کاملاً مخالف (۱۰) تا کاملاً موافق (۶) امتیازبندی شده و دارای ثبات درونی بالای ۰/۷ بوده است. نمره بالاتر نشان‌دهنده انگ درک شده بیشتر است. در ایران تائبی و همکاران (۱۳۹۷)، با بررسی شاخص‌های روانسنجی روایی و اعتبار نسخه فارسی را تأیید کردند.

ج. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (scale of perceived social support- MSPSS): این مقیاس یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های هفت درجه‌ای از ۱ کاملاً مخالفم تا ۷ کاملاً موافقم می‌سنجد (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (ابراور و همکاران، ۲۰۰۸؛ چو، ۲۰۰۰). در ایران بشارت (۱۳۸۶)، با بررسی شاخص‌های روانسنجی روایی و اعتبار نسخه فارسی را تأیید کردند (بشارت، ۱۳۹۸). در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

• یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نتایج نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در دو گروه دارای انگ ناباروری بالا و پایین

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره K-S Z	p
حمایت اجتماعی ادراک شده	انگ ناباروری پایین	۴۹	۶۶/۰۶	۱۴/۲۵	۰/۰۷	۰/۲۰
	انگ ناباروری بالا	۴۹	۵۹/۱۳	۱۵/۸۳	۰/۶۷	۰/۲۰
تاب‌آوری	انگ ناباروری پایین	۴۹	۲۵/۸۸	۵/۹۰	۰/۸۳	۰/۲۰
	انگ ناباروری بالا	۴۹	۲۰/۱۲	۶/۶۰	۰/۹۱	۰/۲۰

با توجه به جدول ۱، آماره Z آزمون کالموگراف-اسمیرنف برای تمام متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. برای مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی گروه دارای انگ ناباروری بالا و پایین از تحلیل واریانس چند متغیری یک‌راهه استفاده شد. قبل از ارائه نتایج این آزمون، پیش فرض‌های آن بررسی شد. برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F آزمون لوین برای متغیرهای مورد بررسی معنادار نیست ($p > 0.05$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است. برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون ام‌باکس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که $F=1/95$ معنادار است ($p < 0.05$)، اما به دلیل برابری حجم نمونه قابل چشم‌پوشی است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کوواریانس متغیر وابسته در دو گروه برابر است. همچنین نتایج نشان داد که مقدار F به دست آمده برای لامبدای ویلکز از لحاظ آماری معنادار است (جدول ۲)؛ بنابراین حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به تاب‌آوری و حمایت اجتماعی گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در گروه‌های پژوهش

آزمون	آماره	F	df1	df2	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۲۲	۵/۱۸	۵	۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲
لامبدای ویلکز	۰/۷۸	۵/۱۸	۵	۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲
اثر هالتینگ	۰/۲۸	۵/۱۸	۵	۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۸	۵/۱۸	۵	۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲

با توجه به جدول ۲، آماره F تحلیل واریانس چند متغیری بررسی تفاوت گروه‌ها در تاب‌آوری و حمایت اجتماعی معنادار است. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه جهت بررسی اینکه گروه‌ها در کدام متغیرهای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری تفاوت دارند در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاوت گروه‌ها در تاب‌آوری و حمایت اجتماعی

متغیر وابسته	S.S	M.S	df	F	p	اندازه اثر
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۱۷۴/۷۱	۱۱۷۴/۷۱	۱	۵/۱۷	۰/۰۲	۰/۰۵
تاب‌آوری	۸۱۱/۳۱	۸۱۱/۳۱	۱	۲۰/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۱۸

با توجه به جدول ۳ تفاوت در حمایت اجتماعی ($F=5/17$) در سطح $p < 0.05$ و تاب‌آوری ($F=20/69$) در سطح $p < 0.01$ معنادار است. این یافته‌ها نشان‌گر آن هستند که بین گروه‌های پژوهش در این مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری به ترتیب برابر با ۰/۰۵ و ۰/۱۸ است.

نتایج تجزیه و تحلیل آماری بررسی تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد بررسی و همچنین داده‌های توصیفی (جدول ۱) حاکی از پایین‌تر بودن نمرات گروه دارای انگ ناباروری بالا در متغیرهای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری نسبت به گروه دارای انگ ناباروری پایین بود.

● بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در زنان نابارور دارای انگ نابوری بالا و پایین انجام شده است. نتایج پژوهش نشان داد زنان نابارور دارای انگ نابوری بالا در مقایسه با زنان نابارور دارای انگ نابوری پایین به‌طور معناداری از تاب‌آوری پایین‌تری برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پست و همکاران (۲۰۲۱)، دوتلی و همکاران (۲۰۲۱)، داویدو و همکاران (۲۰۱۰)، هرمان و همکاران (۲۰۱۱) همسو است.

در تبیین یافته فوق، با توجه به نظریه کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، در رابطه با ماهیت تاب‌آوری می‌توان گفت تاب‌آوری، ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس ناباروری ایجاد می‌کند که قابلیت زنان نابارور را برای سازگاری و غلبه بر خطر و سختی‌ها افزایش می‌دهد. تاب‌آور بودن مسیر دستیابی به انعطاف‌پذیری را تسهیل می‌کند. چنانچه پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند تاب‌آوری با پریشانی خاص و عمومی مرتبط با ناباروری ارتباط منفی دارد و عامل محافظتی غیراختصاصی در برابر پریشانی خاص ناباروری و اختلال در کیفیت زندگی محسوب می‌شود (هرمان و همکاران، ۲۰۱۱).

همانطور که پیش از این ذکر شد انگ، احساس منفی ناشی از تفاوت اجتماعی با دیگران است که بیماران را طرد و منزوی می‌کند، منجر به خودشناسی منفی می‌شود و سرزنش و تحقیر خود را در پی دارد. افراد دارای سطح انگ بالا احتمالاً فاقد معیارهای مقابله‌ای مثبت هستند و سطوح بالاتری از اضطراب اجتماعی دارند. انگ می‌تواند منجر به حقارت، تنهایی، سرزنش خود و خودتحقیر در ارتباطات بین‌فردی شود. بیماران نابارور اغلب شکلی از خودبستگی و به حاشیه رانده‌شدن را برای اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی نشان می‌دهند و همین امر پدیده اجتناب اجتماعی را جدی‌تر می‌کند. این در حالی است که تاب‌آوری بالا با ویژگی‌هایی مانند سرسختی، خودسازی و خوش‌بینی همراه است. افراد دارای تاب‌آوری بالا می‌توانند به‌طور فعال و مؤثر با اثرات نامطلوب ناباروری مقابله کنند، توانایی جهت‌گیری‌های مثبت اجتماعی قوی‌تری دارند و می‌توانند با نگرش مثبتی در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کنند. فعالانه به جستجوی کمک و حمایت اجتماعی روی می‌آورند و از منابع استرس اجتناب می‌کنند و تمایل به نشان دادن رفتارهای اجتماعی مثبت‌تری دارند. در مقابل، بیمارانی که سطح تاب‌آوری روان‌شناختی پایینی دارند، تمایل به اتخاذ روش‌های اجتنابی برای رویارویی با مشکلات نشان می‌دهند (پینکورت، ۲۰۰۹).

در حوزه سلامت نیز بیماران با تاب‌آوری بالا، توان تحمل درد و رنج بیشتری نشان می‌دهند و قادرند در شرایط بسیار دشوار بیماری، سلامت روانی خود را حفظ نمایند و در برابر مشکلات از راه‌کارهای مطلوبی استفاده نمایند. تاب‌آوری با تأثیر بر نوع احساس و هیجان‌های فرد، باعث نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی می‌شود، حتی گاهی با کاهش احساس استرس، موجبات خرسندی و رضایت را برای بیماران فراهم می‌سازد و موجب ارتقا کیفیت زندگی می‌شود. در واقع تاب‌آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی، خودارزشمندی را افزایش می‌دهد و مقابله با بازخوردها و واکنش‌های تبعیض‌آمیز و قضاوتی را در زنان نابارور راحت‌تر می‌سازد و انگ ناباروری کمتری تجربه می‌شود. مطابق با مدل کامپفر نیز توانمندی‌های حاصل از تاب‌آوری از جمله افزایش خودمختاری، عزت نفس، آگاهی میا فردی و مهارت‌های اجتماعی، می‌تواند به افراد نابارور کمک کند تا بر احساس بی‌احترامی، بی‌اعتنایی و سایر پیامدهای هیجانی ناباروری چیره شوند.

به‌طور کلی می‌توان گفت بیماران با سطوح بالایی از تاب‌آوری روانی می‌توانند نگرش خوبی برای پذیرش صعب‌العلاج بیماری داشته باشند و می‌توانند به‌طور فعال با تبعیض، طرد و انزجار دیگران روبه‌رو شوند، احساسات منفی کمتری داشته باشند و انگ کمتری داشته باشند. در عین حال تاب‌آوری اثرات مثبت متعددی مانند حفظ عملکرد، بهزیستی ذهنی، انگیزه برای فعالیت و بهبود کیفیت زندگی را در پی دارد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد زنان نابارور دارای انگ نابوری بالا در مقایسه با زنان نابارور دارای انگ نابوری پایین به‌طور معناداری از حمایت اجتماعی ادراک شده پایین‌تری برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های چن و همکاران (۲۰۲۱)، ژانگ و همکاران (۲۰۲۰)، زلیگمن (۲۰۱۴)، تامسون و همکاران (۲۰۰۴)، همسو است.

در تبیین یافته فوق می‌توان به دیدگاه‌های نظری مرتبط با ساختار حمایت اجتماعی از جمله دیدگاه استرس و مقابله، دیدگاه ساخت‌گرایی اجتماعی و دیدگاه رابطه (لاکی و کوهن، ۲۰۰۰) اشاره کرد که به اتفاق بر تأثیر مثبت حمایت اجتماعی بر سلامت تأکید

دارند. دیدگاه استرس و مقابله بیان می‌کند که حمایت اجتماعی از طریق محافظت از افراد در برابر اثرات منفی استرس به نتایج بهتر سلامت کمک می‌کند. بر این اساس، حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کند. رویکرد ساخت‌گرای اجتماعی نیز بر این عقیده است که حمایت از طریق ارتقا عزت‌نفس و خودتنظیمی، سلامت را افزایش می‌دهد. در نهایت، دیدگاه ارتباطی تأکید دارد که فرآیندهای ارتباط را نمی‌توان از مزایای سلامتی یا حمایت جدا کرد، زیرا تصور می‌شود همه آنها هم‌زمان اتفاق می‌افتند. با این وجود دیدگاه استرس و مقابله در ارتباط با بیماران مزمن بیشترین حمایت را داشته است.

طبق نظریه استرس و مقابله لازاروس و همکاران (۱۹۸۴)، مقابله دو کارکرد اصلی دارد: مدیریت هیجان‌های مرتبط با استرس به‌طوری که آنها عملکرد فرد را مختل نکنند و بهبود وضعیت فرد، یا از طریق بهبود خود فرد یا بهبود محیط (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). با در نظر گرفتن این کارکردها، حمایت اجتماعی به‌خوبی در این چارچوب به‌دلیل توانایی تأییدشده تجربی آن برای تسهیل رسیدن به این اهداف نقش مهمی ایفا می‌کند. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی هم با تدارکات شبکه‌ای از منابع روان‌شناختی و مادی، به توانایی فرد برای مقابله با استرس ناباوروری کمک می‌کند و هم با ارتقا خودآگاهی مثبت و تنظیم هیجان‌های منفی، شناخت‌های ناشی از انگ درونی‌شده را تعدیل می‌کند. به‌طوری که سطح حمایت اجتماعی بالا می‌تواند اثر منفی انگ درونی‌شده بر مشکلات سلامت روانی را کاهش داد.

به‌طور قطع درجات مختلفی از انگ تجربه شده توسط زنانی که آرزوی برآورده نشده فرزند داشتن را دارند از خانواده، دوستان، اقوام، همکلاسی‌ها و جامعه سرچشمه می‌گیرد. در واقع بعید به نظر می‌رسد زنان ناباوروری که انگ بالاتری را تجربه می‌کنند، از حمایت عاطفی کسانی که به آنها انگ می‌زنند برخوردار باشند. چرا که اساساً انگ به‌دلیل بازخوردها و واکنش‌های تبعیض‌آمیز و قضاوتی است که از جانب اطرافیان دریافت می‌کنند. تجربه انگ به‌طور جدی بر توانایی بیماران برای کار، کمک‌خواهی از دیگران و برقراری ارتباط با دیگران اثرگذار است و انزوای اجتماعی و اجتناب اجتماعی را در پی خواهد داشت. انگ بیماران ناباور به‌طور عمده در خودتحقیری و کناره‌گیری اجتماعی انعکاس می‌یابد، که مکانیسم‌های بالقوه اجتناب اجتماعی است. اجتناب اجتماعی با عواطف منفی، احساس انگ فزاینده و تبعیض اجتماعی مرتبط است. بنابراین افراد با سطح بالایی از انگ با احتمال بیشتری سبک‌های مقابله‌ای منفی چون عدم تمایل به برقراری ارتباط با خانواده و دوستان و محدود کردن خود را به‌کار می‌برند، که باعث تشدید احساس تنهایی و اجتناب اجتماعی آنها در زندگی اجتماعی می‌شود.

مطالعات نیز تأیید می‌کند هنگامی که افراد مورد انگ قرار می‌گیرند، از اغلب موقعیت‌های اجتماعی خود محروم می‌شوند که احساس تبعیض، انزوا و یا حتی طرد شدن از جامعه را به دنبال دارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰). انگ، تعاملات اجتماعی بیماران را مختل می‌کند عملکرد اجتماعی و توانایی ایفای نقش‌های روزانه را کاهش می‌دهد و در نهایت کیفیت زندگی بیماران را به خطر می‌اندازد. در مقابل حمایت اجتماعی خوب باعث افزایش رضایت از زندگی و اعتماد اجتماعی می‌شود و بیماران را قادر می‌سازد تا با بحران سازگار شوند، بنابراین خطر پریشانی روانی را نیز کاهش می‌دهد. سطوح حمایت اجتماعی بالاتر افراد را به این باور سوق می‌دهد دیگران نگران آنها هستند و آنها را می‌پذیرند (چن و همکاران، ۲۰۲۱). به‌عبارت دیگر سطح حمایت اجتماعی بالا، تأثیرات منفی انگ درونی بر ذهن فرد را کاهش می‌دهد. منظور از سطح بالای حمایت اجتماعی دریافت حمایت عاطفی بیشتر از طرف خانواده و دوستان است که به افزایش خودآگاهی مثبت و کاهش احساسات منفی افراد کمک می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۰).

• نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر، نشان داد که تاب‌آوری و حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مثبتی در مقابله با انگ ناباوروری در بیماران ناباور داشته باشد. از یک سو تاب‌آوری می‌تواند به بیماران کمک کند تا به‌طور مؤثر با اثرات نامطلوب بیماری کنار بیایند و در برابر اثرات نامطلوب هیجان‌های منفی بایستند و از سوی دیگر روابط حمایتی خانواده، دوستان و دیگران با افزایش خودآگاهی مثبت و کاهش احساسات منفی افراد می‌تواند شناخت‌های ناشی از انگ درونی‌شده را کاهش دهد. از این رو می‌توان پیشنهاد داد ارتقا حمایت اجتماعی و تاب‌آوری از طریق مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان یک استراتژی مؤثر برای کاهش انگ ناباوروری در نظر گرفته شود.

• تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

• تقدیر و تشکر

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولین مرکز ناباروری رویان جهاد دانشگاهی اراک که در اجرای این پژوهش مشارکت و همکاری داشتند، قدردانی می‌شود.

• منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۸). مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده: پرسشنامه، روش اجرا و نمره گذاری. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۵ (۶۰)، ۴۴۷-۴۴۹.
- ثانی، محبوبه؛ عبادی، عباس؛ ازگلی، گیتی و کریمان، نورالسادات. (۱۳۹۷). ترجمه و روانسنجی مقیاس سنجش استیگمای درک شده ی ناباروری. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۶ (۵۰۶)، ۱۴۵۷-۱۴۶۲.
- کیهانی، مهناز؛ تقوایی، داود؛ رجبی، ابوالفضل و امیرپور، برزو. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴ (۱۰)، ۸۶۵-۸۵۷.
- Akhondi, M. M., Ranjbar, F., Shirzad, M., Behjati Ardakani, Z., Kamali, K., & Mohammad, K. (2019). Practical Difficulties in Estimating the Prevalence of Primary Infertility in Iran. *International Journal of Fertility & Sterility*, 13(2), 113- 117.
- Altiparmak, S., & Derya, Y. A. (2018). The effects of fertility- supporting health training on healthy lifestyle behaviors and infertility self- efficacy in infertile women: A quasiexperimental study. *European Journal of Integrative Medicine*, 7, 146_153.
- Bogar, C.B., & Hulse-killackey, D. (2006). Resiliency Determinants and Resiliency Processes Among Female Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Counseling and Development*, 84, 318-327.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of traumatic stress*, 20(6), 1019-1028.
- Chen, X., Xu, J., Chen, Y., Wu, R., Ji, H., Pan, Y., Duan, Y., Sun, M., Du, L., Gao, M., Wang, J., & Zhou, L. (2021). The relationship among social support, experienced stigma, psychological distress, and quality of life among tuberculosis patients in China. *Scientific Reports*, 11(1), 24236.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto- Gouveia, J. (2016). Experiential avoidance, self- compassion, self- judgment and coping styles in infertility. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 41- 47.
- Daibes, M.A., Safadi, R.R., Athamneh, T., Anees, I.F., Constantino, R.E. (2018). “Half a woman, half a man; that is how they make me feel”: a qualitative study of rural Jordanian women’s experience of infertility. *Culture, Health & Sexuality*, 20 (5), 516-530.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Duthely, L.M., Sanchez- Covarrubias, A.P., & Brown, M.R. (2021). Pills, PrEP, and Pals: adherence, stigma, resilience, faith and the need to connect among minority women with HIV/AIDS in a US HIV epicenter. *Front Public Health*, 9, 667331.
- Ergin, R. N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K., & Çalışkan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 15(1), 46-49.
- Fernandez- Ferrera, C., Llana- Suarez, D., Fernandez- Garcia, D., Castañon, V., Llana- Suarez, C., & Llana, P. (2022). Resilience, Perceived Stress, and Depressed Mood in Women Under in Vitro Fertilization Treatment. *Reproductive Sciences*, 29(3), 816- 822.
- Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility- specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28(11), 1111-1117.
- High, A.C., & Steuber, K.R. (2014). An examination of support (in) adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Commun Monogr*, 81(2):157- 78.
- Knight, M.T., Wykes, T., & Hayward, P. (2006). Group treatment of perceived stigma and self- esteem in schizophrenia: A waiting list trial of efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 305-318.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). *Social support theory and measurement*. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 29- 52). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.

- Li, J., Liang, W., Yuan, B., & Zeng, G. (2020). Internalized Stigmatization, Social Support, and Individual Mental Health Problems in the Public Health Crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4507.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, 9,1001356.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(1), 53–60.
- Popa- Velea, O., Diaconescu, L., Jidveian, P.M., & Trușescu, C. (2017). Resilience and active coping style: effects on the self- reported quality of life in cancer patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, (2):124–36.
- Post, F., Buchta, M., Kemmler, G., Pardeller, S., Frajo- Apor, B., & Hofer, A. (2021). Resilience predicts self- stigma and stigma resistance in stabilized patients with bipolar I disorder. *Front Psychiatry*, 12, 678807.
- Ross, R., & Hess, R.F. (2019). Social pressure for pregnancy scale: its development, psychometric properties, and potential contributions to infertility and depression research. *Journal of Nursing Measurement*, 27(1),5–15.
- Saei Ghare Naz, M., Ozgoli, G., & Sayehmiri, K. (2020). Prevalence of Infertility in Iran: A Systematic Review and Meta- Analysis. *Urology Journal*, 1(17), 338- 345.
- Safitri, M., Sulis, M., & Bayu, S. (2020). Social Support and Resilience in Women Who Have Infertility. *In Proceedings of the 1st International Conference on Health (ICOH 2019)*, 133- 139.
- Sahraian, K., Poursamar, S., & Jafarzadeh, F. (2015). The relationship between social support and marital satisfaction in infertile women based on infertility factor. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 12(12),1104- 9.
- Struble, J., Reid, S., & Bedaiwy, M.A. (2016). Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 23(2):164- 185.
- Thompson, V.L., Noel, J.G., & Campbell, J. (2004). Stigmatization, discrimination, and mental health: the impact of multiple identity status. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(4):529- 544.
- Valvano, A., Floyd, R. M., Penwell- Waines, L., Stepleman, L., Lewis, K., & House, A. (2016). The relationship between cognitive fusion, stigma, and well- being in people with multiple sclerosis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 266–270.
- Yu, Y., Li Peng, L., Chen, C., Long, L., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215, 401- 405.
- Zeligman, M. (2014). "Exploring the influence of stigma, level of trauma, and social support on the experience of posttraumatic growth in adults living with HIV". Electronic Theses and Dissertations, 2004- 2019. 4514.
- Zhang, F., Lv, Y., Wang, Y., Cheng, X., Yan, Y., Zhang, Y., & Wang, Y. (2021). The social stigma of infertile women in Zhejiang Province, China: a questionnaire- based study. *BMC Womens Health*, 21(1):97.
- Zhang, Y., Cui, C., Wang, Y., & Wang, L. (2020). Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross- sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 112.
- Zhao, Q., Huangfu, C., Li, J., Liu, H., & Tang, N. (2022). Psychological Resilience as the Mediating Factor Between Stigma and Social Avoidance and Distress of Infertility Patients in China: A Structural Equation Modeling Analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 15,391- 403.

طراحی پروتکل مشاوره توان بخشی مبتنی بر روان درمانی پویایی کوتاه مدت بر اساس تجارب افراد دارای آلبینیسم: یک مطالعه ترکیبی

Designing a "rehabilitation counseling protocol based on short term dynamic psychotherapy" according experience of people with albinism

Taher Alizadeh

Bahman Bahmani✉

Mohammad Said Khanjani

Manouchehr Azkhosh

Shima Shakiba

Mohsen Vahedi

طاہر علیزاده^۱

بہمن بہمنی^۲

محمد سعید خانجانی^۲

منوچہر ازخوش^۲

شیمہ شکیبہ^۳

محسن واحدی^۴

Abstract

This research aimed to design a rehabilitation counseling protocol based on short-term dynamic psychotherapy according to the experiences of people with albinism. The current type of research was mixed, applied, and qualitative in the content analysis method. The statistical population of this research was people with albinism in 2019. 13 people with albinism were purposefully selected to participate in the study. To collect data in the qualitative part, semi-structured interviews were used and the data were analyzed with MAXQDA software. To measure the content validity of the developed package, the validity coefficient of Lavshe was used. 3 main themes and 29 secondary themes were obtained from the interviews. Then, by reviewing the study of literature and psychodynamic approaches, a rehabilitation counseling protocol based on short-term dynamic psychotherapy was developed in 3 phases, and it was given to 9 short-term dynamic psychotherapists to check its content validity. According to the approval of this protocol by experts, the prepared protocol can be used as a rehabilitation intervention for people with albinism.

Keywords: lived experience, people with albinism, rehabilitation counseling protocol.

چکیده

هدف از پژوهش طراحی پروتکل مشاوره توان بخشی مبتنی بر روان درمانی پویایی کوتاه مدت بر اساس تجارب افراد دارای آلبینیسم بود. نوع پژوهش ترکیبی، از نوع کاربردی و در بخش کیفی به روش تحلیل محتوا بود. جامعه آماری افراد دارای آلبینیسم در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد ۱۳ نفر از افراد دارای آلبینیسم به شکل هدف مند برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها در بخش کیفی از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد و داده ها با نرم افزار MAXQDA تحلیل شدند. به منظور سنجش روایی محتوایی پروتکل تدوین شده از ضریب روایی لاوشه استفاده شد. تعداد ۳ مضمون اصلی و ۲۹ مضمون فرعی از مصاحبه ها حاصل شد. سپس با بررسی و مطالعه متون مرتبط با درمان های پویایی، پروتکل مشاوره توان بخشی مبتنی بر روان درمانی پویایی کوتاه مدت در سه فاز تدوین شد و جهت بررسی روایی محتوایی در اختیار ۹ نفر از روان درمانگران پویایی کوتاه مدت گرفت. با توجه به تأیید پروتکل آموزشی توسط متخصصان، می توان از این پروتکل به عنوان یک مداخله توان بخشی برای افراد دارای آلبینیسم استفاده کرد.

واژه های کلیدی: تجربه زیسته، افراد دارای آلبینیسم، پروتکل مشاوره توان بخشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۲۱ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۴

۱. دانشجوی دکتری مشاوره توان بخشی، دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۲. گروه مشاوره، دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۳. گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۴. گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

● مقدمه

آلبینیسم از واژه لاتین albus به معنا سفید گرفته شده است. ملانین رنگ‌دانه‌ای است که از پوست در برابر اشعه ماورای بنفش محافظت می‌کند و به تولید رنگ کمک می‌کند (فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۸). آلبینیسم باعث ایجاد مشکلات و نقص‌های مرتبط با بینایی مانند کاهش حدت بینایی، حرکات غیرارادی چشم، انحراف و حساسیت به نور می‌شود (ژتام و مشیگ، ۲۰۱۹). این بیماری ژنتیکی از بدو تولد شروع می‌شود و تا پایان عمر ادامه می‌یابد و در صورتی که هر دو والد مبتلا یا حامل ژن آلبینیسم باشند، به احتمال زیادی آن را به فرزندان‌شان انتقال می‌دهند. (لینچ و همکاران، ۲۰۱۴). پوست بزرگ‌ترین عضو بدن است و عمده افراد دارای آلبینیسم، مشکلات پوست و مو هم دارند، این مشکل در پوست و مو و چشم می‌تواند تبعات روان‌شناختی گسترده‌ای داشته باشد (ژ و همکاران، ۲۰۱۹؛ بارانکین و دوکین، ۲۰۰۲؛ ویوار و کروس، ۲۰۱۸). این افراد به دلیل کمبود مواد محافظت‌کننده در پوست، مستعد آفتاب‌سوختگی و ابتلا به سرطان پوست هم هستند (فدریکو و کریشنامورتی، ۲۰۲۲). میزان شیوع آلبینیسم در مناطق مختلف دنیا متغیر است. در برخی مناطق مثل شرق آفریقا شیوع آن بسیار بالا است و شیوع آن یک در هر ۵ هزار می‌رسد، ولی در کشورهای اروپایی و آمریکای مالی شیوع آلبینیسم کمتر است و از هر ۱۷ هزار نفر یک نفر مبتلا به آن می‌شوند (سوزوکی و تومیتا، ۲۰۰۸). آمار رسمی از تعداد مبتلایان به آلبینیسم در ایران وجود ندارد و مطابق تخمین‌ها جمعیت این افراد در این کشور از ۵ هزار تا ۳۵ هزار نفر متغیر است. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۱)، ناتوانی را به‌عنوان یک مفهوم چتری تعریف می‌کند که شامل آسیب‌ها، محدودیت‌های فعالیتی و مشارکتی است، اما اینکه آیا آلبینیسم را می‌توان به‌عنوان ناتوانی طبقه‌بندی کرد محل اختلاف است. نباید افراد دارای آلبینیسم چشمی که بدون هیچ‌گونه کمک، فعالیت شغلی دارند، تحت عنوان ناتوانی طبقه‌بندی کرد؛ ولی در بسیاری از کشورها افراد دارای آلبینیسمی که نقص بینایی شدیدی دارند به‌عنوان ناتوان طبقه‌بندی می‌شوند (فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۸). این افراد از همان کودکی چالش‌ها و تبعیضات بیشتری را در مقایسه با همسالان خود تجربه می‌کنند. آنها در محیط‌های اجتماعی انواع چالش‌های تحصیلی، طرد، استیگما و بدرفتاری‌های جسمی زیادی را متحمل می‌شوند (ابوریسید، ۲۰۲۲). علاوه بر این، افراد دارای آلبینیسم به دلیل محدودیت‌هایی که مستقیم و غیرمستقیم ناشی از آلبینیسم است، شرایط سختی را در ارتباط با خانواده، معلمان، همسالان و دوستان تجربه می‌کنند. ارایه درک مستقیم از تجارب و شرایط این افراد می‌تواند به خانواده‌ها و معلمان و سایر افراد در ارتباط با این جمعیت کمک کند که ارتباط بدون آسیب و سالم‌تری را با این افراد تجربه کنند. پژوهش‌های کیفی متعددی روی تجارب زیسته افراد دارای آلبینیسم در کشورهای مختلف به‌خصوص قاره آفریقا انجام شده است. عموماً این افراد پوست و موی سفید و رنگ‌پریده‌ای دارند، این تفاوت‌های ظاهری بارز (سفید بودن) در بین مردم سیاه‌پوست در برخی از این کشورهای آفریقایی و وجود پیش‌داوری‌ها و خرافات مرتبط با آلبینیسم، آنها را در معرض بحران‌ها و خطرات خاصی مثل قتل و مثله‌کردن قرار داده است و تمرکز عمده ادبیات پژوهش در این کشورها درباره این خشونت‌ها، تبعیض و استیگمای جامعه محور است (بروک و همکاران، ۲۰۱۴؛ کروزاینگو و همکاران، ۲۰۱۱). این پژوهش‌ها در فراهم کردن تجربیات و ادراکات و مکانیسم‌های درون‌روانی آنها در برخورد با چالش‌ها موفق نبوده‌اند. از طرفی چون میزان تفاوت ظاهری افراد دارای آلبینیسم ایرانی با مردم غیرمبتلا به‌شدت کشورهای آفریقایی نیست و همچنین خشونت‌های شدید نظیر قتل‌های مبتنی بر خرافات در بین مبتلایان ایرانی رایج نیست و با توجه به اینکه پژوهش‌هایی که تجارب روانی-اجتماعی این جمعیت را در ایران بررسی کند بسیار محدود است و نیز نبود پروتکل‌های روان‌درمانی مختص این جمعیت و نظر به اهمیت شناخت و استخراج تجارب زیسته و استفاده از آن در تبیین شرایط زیستی، روانی، اجتماعی این افراد و نیز تدوین توان‌بخشی روانی-اجتماعی که برای کمک به این جمعیت طراحی شود، مطالعه حاضر برنامه‌ریزی و اجرا شد.

● روش

پژوهش ترکیبی حاضر از نوع کاربردی، در بخش کیفی به روش تحلیل محتوا بود. جامعه این پژوهش افراد دارای آلبینیسم در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه‌ها به‌صورت هدف‌مند و در دسترس انتخاب شدند. در بخش کیفی پژوهش، حجم نمونه بر اساس اشباع نظری داده‌ها (تا زمانی که امکان تخصیص کد جدید نباشد) و تا مشارکت‌کننده ۱۳ نمونه‌گیری ادامه یافت. در بخش دوم جهت

ارزیابی پروتکل مشاوره توانبخشی مبتنی بر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، تعداد ۱۰ نفر از متخصصان و روان‌درمانگران پویایی کوتاه‌مدت که دارای مدرک دکتری و عضو هیأت علمی دانشگاه بودند، نمونه در دسترس انتخاب شد.

پیش از شروع جمع‌آوری داده‌ها، هدف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان با جزئیات توضیح داده شد. بعد از ارائه اطلاعات کافی در ارتباط با ماهیت و اهداف پژوهش از مشارکت‌کنندگان درخواست شد رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در مصاحبه را تأیید کنند. مدت‌زمان مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود و مصاحبه‌ها در طول یک بازه زمانی سه ماهه انجام شدند. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق با شناسه IR.USWR.REC.1399.017 از دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است.

• ابزارها

داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و از فروردین تا خرداد سال ۱۳۹۹ جمع‌آوری شد. مدت‌زمان مصاحبه‌ها از ۴۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته شامل سؤالاتی بود که مشارکت‌کنندگان را ترغیب می‌کرد تا آزادانه و اختیاری اطلاعات غنی و عمیقی از تجارب، ادراکات و دیدگاه‌های‌شان را در اختیار پژوهشگر قرار دهند. همچنین در مواقع مقتضی پژوهشگر با استفاده از سؤالات پیگیرانه انعطاف لازم را برای رفع ابهام و رسیدن به اطلاعات عمیق‌تر ایجاد می‌کرد. برخی از سؤالات مصاحبه شامل این موارد بود: "چه تجاربی از زندگی با آلبنیسم دارید؟"، "مشکلاتی که به‌خاطر ابتلا به آلبنیسم در زندگی تجربه کردید چه بود؟" و "چه عواملی به شما در غلبه بر مشکلات آلبنیسم کمک کرد؟". از روش تحلیل محتوای قراردادی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی توسط گرانهایم و لندمن انجام شد. (گرانهایم و لندمن، ۲۰۰۴). در این روش، محتوای هر یک از مصاحبه‌های ضبط شده کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد و برای حصول درک کلی از متن، مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شدند. همه مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی تقسیم شدند و بعد از خلاصه‌شدن با یک کد برچسب‌گذاری شدند. ۱۰۷۷ کد اولیه شناسایی شد. تمامی کدهای استخراج شده از مصاحبه‌ها توسط محققین بررسی و پس از توافق بین اعضای تیم تحقیق، بر اساس تشابه و ارتباط زیرطبقات با یکدیگر، زیرطبقات و مضمون‌های اصلی شناسایی شدند. پس از تحلیل مصاحبه‌ها و تهیه جدول مضامین اصلی و فرعی متعدد، پروتکل مشاوره توانبخشی مبتنی بر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تهیه و جهت بررسی روایی محتوایی، در اختیار ۱۰ متخصص در حوزه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت دارای مدرک دکتری و عضو هیأت علمی قرار گرفت.

ضریب روایی محتوا (CVR): مفهوم روایی محتوا، پرداختن به محتوای طراحی شده برای جلسات و اینکه تا چه میزانی، هدف موضوع را پوشش می‌دهند. برای اندازه‌گیری نسبت روایی محتوا از متخصصان حیطة مورد نظر درخواست می‌شود تا هر سؤال را بر اساس طیف لیکرت سه‌گزینه‌ای: ۱ ضروری نیست؛ ۲ مفید است؛ اما ضروری نیست و ۳ ضروری است، نمره‌گذاری کنند. با توجه به اینکه ۹ نفر از مجموع ۱۰ متخصص ارزیابی پروتکل گزینه ضروری است را انتخاب کرده‌اند، نمره محاسبه شده ضریب روایی محتوا برای پروتکل حاضر ۰/۸ است که با توجه به بیشتر بودن آن از حداقل ضریب مورد انتظار (۰/۶۲)، روایی آن تأیید می‌گردد. محاسبه نسبت روایی محتوا طبق فرمول ذیل است:

$$CVR = \frac{Ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

در این فرمول N تعداد کل متخصصان و Ne تعداد متخصصانی است که گزینه ضروری را انتخاب کرده‌اند. در

محاسبه ضریب روایی محتوای لاوشه (۱۹۸۵)، ضریب قابل قبول به شرح: تعداد ۵ تا ۷ متخصص، ضریب قابل قبول ۰/۹۹، ۰/۶۲ (۰/۱۰)، ۰/۶ (۰/۱۱)، ۰/۵۶ (۰/۱۲)، ۰/۵۴ (۰/۱۳)، ۰/۵۱ (۰/۱۴)، ۰/۴۹ (۰/۱۵)، ۰/۴۲ (۰/۲۰) و ۰/۳۷ (۰/۲۵) است.

• یافته‌ها

از مجموع ۱۳ نفر شرکت‌کننده ۹ نفر از آنها مرد و ۴ نفر زن بودند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان از ۱۹ تا ۵۱ سال با میانگین و انحراف معیار ۲۹/۸±۱۰/۱۲ بود. ۱۰ نفر شاغل و ۳ نفر دانشجو و محصل بودند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌های تجربه زیسته افراد دارای آلبنیسم، شامل سه مضمون اصلی چالش‌ها، منابع حمایت بیرونی ادراک شده و ساز و کارهای روان‌شناختی مواجهه با چالش‌ها است. مضمون‌های اصلی و فرعی طبق جدول ۱ به‌دست آمد.

جدول ۱. مضمونها و زیر مضمون‌های بخش کیفی پژوهش

آزردگی روان‌شناختی ناشی از آسیب بینایی	بدنی	
آزردگی روان‌شناختی ناشی از آسیب پوستی		
پیش‌داوری و ناآگاهی‌های دیگران	روانی-اجتماعی	چالش‌ها
انگ، تمسخر		
رنجش از دیگران		
ترحم و حمایت افراطی		
نادیده گرفته شدن و احساس طرد		
چالش‌های مرتبط با روابط عاطفی و ازدواج		
محدودیت در انتخاب و استمرار شغل		
همشیر (های) دارای آلبرینسیم	حمایت اجتماعی	منابع ادراک شده
خانواده حمایتگر		بیرونی حمایت
دوستان و معلمان حمایت‌گر		تجارب زیسته افراد دارای آلبرینسیم
امکانات محیطی و تجهیزات		
بخشش	کارآمد	
پیش‌بینی و پیش‌آماده‌سازی		
تلاش برای موفقیت		
رابطه‌جویی/همدلی با هم‌نوعان		ساز و کارهای روان‌شناختی
ذهنیت روان‌شناختی		مواجهه با چالش‌ها
فراقکنی	ناکارآمد	
برون‌ریزی		
حمله به خود		
اجتناب و درماندگی		
کمبود قاطعیت		

پس از تحلیل مصاحبه‌ها و استخراج مضامین اصلی و فرعی، کتب و متون روان‌درمانی پوششی کوتاه‌مدت بررسی شدند تا مفاهیم و مداخلات روان‌پوششی کوتاه‌مدت که متناسب با چالش‌های افراد دارای آلبرینسیم بودند استخراج شوند. لازم به ذکر است که تهیه پروتکل روان‌درمانی مبتنی بر درمان‌های روان‌پوششی، جلسه‌محور نیست و طراحی مداخلات در سه فاز ابتدایی، میانی و پایانی انجام می‌شود (استادلر، ۲۰۰۹) و مفاهیم استخراج شده از متون، در بطن روان‌درمانی پوششی و متناسب با شرایط جلسه و بیمار استفاده می‌شود. فازهای ابتدایی، میانی و پایانی در روان‌درمانی پوششی کوتاه‌مدت

در فاز شروع، درمانگر و بیمار یک اتحاد درمانی را تشکیل می‌دهند و تمرکز روی کار دو نفره شناسایی می‌شود. فاز ابتدایی به بررسی سیمپتوم و تمرکز دوگانه بین سیمپتوم و مشکل ارتباطی اختصاص داده می‌شود. در واقع در این فاز که عموماً هم شامل یک یا دو جلسه است، درمانگر بیمار را از لحاظ داشتن شرایط و معیارهای درمانی بررسی می‌کند. (استادلر، ۲۰۰۹)

در فاز میانی از این ابزار برای ارتقا تغییر و رشد استفاده می‌شود. البته تأکید برای فازهای شروع و میانه و پایان، یک ابزار مکاشفه‌ای است که با سه سطح همپوشانی دارد و تفکیک دقیق این فازها در عمل ممکن نیست. در فاز میانی بر حساسیت‌زدایی از عاطفه‌هراسی از طریق مثلث تعارض و شخص، انتقال، انتقال متقابل و تأویل برخی مسائل تأکید می‌شود. لازم به ذکر است که چون این درمان یک درمان تجربه‌ای و فشرده است، توجه به بدن و تنظیم اضطراب در همه لحظات روان‌درمانی برقرار است. تنظیم اضطراب از طریق توجه به بدن بیمار و در مواقع شدیدتر توجه دادن بیمار به واقعیت و توقف موقت فشار انجام می‌شود. از آنجایی که در درمان‌های پوششی کوتاه‌مدت با محدودیت زمان مواجه هستیم، در بیمارانی که سیمپتوم‌ها، رنج زیادی را برای بیمار ایجاد می‌کنند و یا در شرایطی که ظرفیت بیمار برای درمان پوششی خالص کم باشد، مثلاً بیمار ظرفیت هوشی یا تحمل اضطراب پایینی دارد، برای اینکه با سرعت بیشتری از شدت سیمپتوم‌ها کم شود، می‌توان از فنون غیرپوششی مانند تکنیک‌های رفتاری و شناختی هم استفاده کرد (پرتز و همکاران، ۲۰۰۳). اختتام روان‌درمانی بسیار مهم است و باید به‌عنوان مسئله‌ای که در درمان تأثیر می‌گذارد، بررسی شود. نباید بیمار را مجبور به ترک درمان کرد در عین حال نباید مقاومت او را در برابر پایان نادیده گرفت. در ابتدای درمان، درمانگر درباره محدودیت زمانی و کم‌بودن فرصت، بحث می‌کند و پیامدهای آن را بررسی می‌کند (استادلر، ۲۰۰۹).

جدول ۲. پروتکل مشاوره توانبخشی مبتنی بر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت

مضمون‌های استخراج شده از بخش کیفی پژوهش	محورهای مداخله	توضیحات مداخله
"چالش‌های بدن پایه افراد دارای آلبرینسم"	آزردگی‌های روانی ناشی از آسیب‌های بینایی و پوست: شناسایی مکانیزم‌های دفاعی و الگوهای حمله به خود در قالب رفتارهای بی‌توجهی، اهمال‌کاری و عدم مراقبت از خود	بررسی امکان توانبخشی فیزیکی و ارتقا قوه بینایی و رفع مشکلات بینایی و پوستی از طریق عمل جراحی، استفاده از ابزار کمکی مانند عینک و ذره‌بین و موبایل و ضدآفتاب‌های مخصوص
	رنجش از دیگران:	رفع دفاع‌های حمله به خود و حصول نسبی پذیرش بیماری
	شناسایی باورهای بنیادین بیمار درباره خود	چالش با باورهای ناسازگار بیمار درباره خود و تسهیل تجربه احساسات مثبت به خود
	شناسایی فرافکنی‌های مرتبط با مفهوم "رنجش از دیگران"	مسدودسازی و چالش با دفاع‌های اجتناب، انفعال و فرافکنی
	شناسایی مکانیزم‌های دفاعی انکار، اجتناب	بررسی و تسهیل بیش درباره دفاع همانندسازی فرافکن و مسدودسازی آن
	شناسایی چرخه ایجاد انگ با استفاده از مکانیزم دفاعی همانندسازی فرافکن	تسهیل امکان بخشایش‌گری بعد از تجربه سوگ
	شناسایی نقش و ارتباط عزت‌نفس پایین با "رنجش از دیگران"	تقویت منابع حمایتی مانند ارتباط با اعضای خانواده و دوستان در مقابله با "رنجش از دیگران"
	ترحم و حمایت افراطی:	تسهیل و جایگزینی سبک‌های مقابله‌ای و دفاع‌های پخته‌تر مانند شوخ‌طبعی و قاطعیت با دفاع‌های سطح پایین
"چالش‌های روانی-اجتماعی"	شناسایی فرافکنی‌های احتمالی درباره افرادی که ترحم می‌کنند	تشویق به برقراری دیالوگ با افراد جامعه و ابراز نیاز یا عدم نیاز به دیگران و اتخاذ رویکرد فعال در برخورد با دیگران
	شناسایی نقش انفعالی یا قاطعانه بیمار درباره دریافت "ترحم و حمایت افراطی"	کاهش "رنجش از دیگران" با همانندسازی با افراد کمک‌کننده معادل ندانستن تمایل کمک مردم به دیگران با تصور ناتوانی و بی‌ارزشی خود
	نادیده‌گرفته‌شدن/احساس طردشدن:	مسدودکردن دفاع‌های دخیل در طرد در این چالش مانند فرافکنی
	بررسی حساسیت به طرد در بیمار	شکستن چرخه طرد و انزوا از طریق کمک به افزایش تعاملات مثبت و ابراز حمایت و تشویق از اقدامات بیمار در جهت افزایش تعاملات سالم
	بررسی نقش خود بیمار در نادیده‌گرفته‌شدن و طرد	کاهش حساسیت به طرد از شناسایی دوتایی‌های مربوط به طرد
	بررسی الگوهای ارتباطی بیمار در گذشته و ارتباط آن با حال	تسهیل تجربه احساسات مثبت به خود و مقابله با دفاع‌های خودشکن در جهت افزایش عزت‌نفس
	چالش‌های مرتبط با ازدواج و روابط عاطفی:	افزایش عزت‌نفس
	شناسایی مشکلات احتمالی عزت‌نفس و نقش آن در چالش‌های ارتباط عاطفی بیمار	تسهیل تجربه خشم‌های تجربه نشده که با عدم قاطعیت و ابرازگری ارتباط دارند دعوت به کنارگذاشتن دفاع انفعال و تمرین سبک فعال و ابرازگرانه در ارتباطات
	شناسایی مشکلات احتمالی ابرازگری	حمایت از توسعه تدریجی دایره ارتباطات
	شناسایی مکانیزم‌های دفاعی احتمالی دخیل در این چالش مانند، فرافکنی، قربانی‌سازی، همانندسازی فرافکن و ناامیدی و انفعال و بررسی دفاع علیه نزدیکی هیجانی	مسدودکردن مکانیزم‌های دفاعی دخیل در ایجاد مشکلات ارتباطی به‌خصوص فرافکنی و همانندسازی فرافکن
	محدودیت در انتخاب و استمرار شغل:	تسهیل توجه مثبت به خود بیمار و دریافت کمک‌های توانبخشی و پزشکی در بهبود چالش‌های بیماری
	بررسی امکان بهبودی و توانبخشی فیزیکی بیمار به‌خصوص در حیطه بینایی و موانع احتمالی آن	تسهیل تجربه احساسات مثبت به خود و همانندسازی زدایی با اظهارات آسیب‌رسان به این افراد در جهت افزایش عزت‌نفس و بهبود تصویر- خود بیمار
	بررسی تأثیر احتمالی درونی‌سازی با اظهارات تمسخرآمیز دیگران	بررسی و مسدودسازی دفاع‌های مرتبط با انفعال و اجتناب در قالب مثلث تعارض و ارتباط‌دادن این مسائل به گذشته از طریق مثلث شخص
	بررسی تأثیر احتمالی نقش تصویر- خود معیوب در روند جستجوی شغل	تسهیل توجه و بینش نسبت به دفاع بیرونی‌سازی
	بررسی رویکرد انفعالی، قاطعانه و پرخاش‌گرانه بیمار در ارتباطات و نقش آن در چالش‌های مرتبط با شغل	
	فرافکنی:	متناسب با سطح آسیب‌شناسی بیمار مداخله می‌کنیم:
	شناسایی نوع فرافکنی‌ها و سطح آسیب‌شناسی بیمار در پیوستاری از شکندگی زیاد تا مقاومت زیاد	بازسازی فرافکنی‌ها در بیماران طیف شکندگی مسدودکردن فرافکنی در بیماران طیف مقاوم.
مکانیزم‌های دفاعی ناکارآمد	برون‌ریزی:	توافق با بیمار درباره عدم ارتکاب برخی از برون‌ریزی‌های آسیب‌رسان به درمان؛ مانند کنک‌کاری، اقدام به خودکشی و فحاشی و گنجاندن آن در قرارداد درمانی
	بررسی انواع و تعداد برون‌ریزی‌های بیمار و تأثیر آنها در فرایند درمان	بررسی و شناسایی روابط ابژه غالب در بیمار و تمرین وارونگی نقش

مضمون‌های استخراج شده از بخش کیفی پژوهش	محورهای مداخله	توضیحات مداخله
حمله به خود: بررسی دفاع حمله به خود در بیمار و مصادیق رفتاری آن از جمله بی‌توجهی و مراقبت نکردن از خود و تأثیر آن در زندگی بیمار	تسهیل تجربه احساسات مثبت درباره خود بررسی احساسات دیگران نسبت به بیمار مثل نگاه درمان‌گر به بیمار حل و فصل مقاومت در برابر پذیرش خود و آلبینسم فن دو صدلی فن صدلی خالی بازی نقش	
اجتناب و درماندگی: بررسی وجود احتمالی دفاع قربانی‌سازی و فرافکنی دخیل در این چالش‌ها	تنظیم اضطراب برای کاهش ترس مرتبط با نزدیکی هیجانی مسدودسازی دفاع‌های مرتبط در قالب مثلث‌های تعارض و شخص ایجاد ظرفیت پذیرش احساسات دیگران	
کمبود قاطعیت: شناسایی چرخه معیوب قاطعیت و خشم در بیمار و کارکرد آن برای تسهیل موفقیت‌های بیمار در حیطه‌های شغلی و ارتباطی تشویق گام‌های کوچک قابل تحمل بیمار	بررسی و تسهیل تجربه خشم‌های سرکوب شده کانونی در بیمار برای آنکه بیمار از خشمش هراس نداشته باشد بررسی روابط ابژه غالب و دوتایی (Dyads) مرتبط با مشکلات قاطعیت در بیمار تسهیل موفقیت‌های بیمار در حیطه‌های شغلی و ارتباطی تشویق گام‌های کوچک قابل تحمل بیمار	

پس از تدوین پروتکل مشاوره توان‌بخشی مبتنی بر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر اساس تجارب افراد دارای آلبینسم، مراحل و یافته‌های بخش کیفی و همچنین محتوای پروتکل مداخلاتی پژوهش توسط ۱۰ نفر از متخصصان حیطه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت ارزیابی شد. با توجه به جدول لاوشه (۱۹۸۵) و فرمول محاسبه محتواهایی که میزان عددی CVR آنها بالاتر از ۰/۶۲ (بر اساس ارزیابی ۱۰ متخصص) بود معناداری ($P < ۰/۰۵$) ارزیابی و حفظ شد.

• بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین پروتکل مشاوره توان‌بخشی مبتنی بر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر اساس تجارب افراد دارای آلبینسم انجام شد. پس از انجام مصاحبه با بیماران و تحلیل مصاحبه‌ها ۳ مضمون اصلی که ۲۹ مضمون فرعی، به‌دست آمد و پس از تأیید متخصصان تبدیل به پروتکل مشاوره توان‌بخشی برای افراد دارای آلبینسم شد. با توجه به نبود تحقیقی مشابه در ایران این پروتکل و مؤلفه‌های آن می‌تواند راهنمای مداخلاتی خوبی برای افراد دارای آلبینسم باشد.

اثربخشی برخی از مفاهیم به‌دست آمده در تحقیقات دیگر نیز اثبات شده است. عمده تمرکز درمانی در پروتکل حاضر شناسایی و مسدودکردن یا بازسازی مکانیزم‌های دفاعی به‌خصوص فرافکنی، قربانی‌سازی، انفعال، حمله به خود، همانندسازی فرافکن، انکار بود. فرافکنی را مهم‌ترین عامل در اختلال‌های اضطرابی مثل اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر می‌داند. (فردریکسون، ۲۰۰۵)، پس مسدودکردن و یا بازسازی فرافکنی در فرایند درمان پویایی، می‌تواند به درمان رفتارهایی مانند اجتناب و جمع‌گریزی که ناشی از نگرانی از قضاوت دیگران است، کمک کند. علاوه بر این، همسو با (کوواکاس و همکاران، ۱۹۹۶) که تأثیر منفی مکانیسم‌های دفاعی فرافکنی و همانندسازی فرافکن را در ایجاد مشکلات ارتباطی و عاطفی بررسی کرده است، مداخله در مورد این دفاع‌ها می‌تواند تأثیر مثبتی بر رفع چالش‌های عاطفی و ازدواج، رنجش از دیگران و ترحم افراد دارای آلبینسم داشته باشد.

شناسایی و مسدودسازی دفاع حمله به خود که نقش اساسی در ایجاد چالش‌هایی مانند بی‌توجهی به سلامت روانی- جسمی و عدم مراقبت از پوست و چشم افراد دارای آلبینسم دارد، با پژوهش (زان و همکاران، ۲۰۱۵)، که نقش حمله به خود را در افسردگی و رفتارهای نظیر بی‌توجهی به خود را بررسی کرده است، همسو است.

شناسایی و بررسی مفهوم دوتایی‌های بیمار، می‌تواند نقش مهمی در درمان اختلال‌های مرتبط با سازمان روانی مرزی و نوروتیک مانند مشکلات قاطعیت و حساسیت به طرد داشته باشد که این مداخلات با پژوهش (لوی و همکاران، ۲۰۱۲)، همسو بود. علاوه بر این عمده تمرکز مداخلاتی در روان‌درمانی‌های پویایی کوتاه‌مدت، بر شناسایی و مسدودکردن مکانیسم‌های دفاعی است که مانع از

تجربه احساسات در فرد می‌شود و در پژوهش‌های (عباس و همکاران، ۲۰۰۸؛ دیرسن و همکاران، ۲۰۱۵)، اثربخشی این نوع درمان‌ها بر انواع اختلال‌ها را نشان داده‌اند که به نوعی با مداخلات پژوهش حاضر همسو است.

• نتیجه‌گیری

با توجه به مضامین به‌دست آمده از مصاحبه‌ها و همسویی مضامین با پژوهش‌های اشاره شده می‌توان از پروتکل طراحی شده به‌عنوان یک مداخله روان‌درمانی در افراد دارای آلبینیسم استفاده کرد. متخصصان علاقه‌مند به روان‌درمانی‌های روان‌پویشی می‌توانند از این پروتکل در محیط‌ها و کلینیک‌هایی که با افراد دارای آلبینیسم در تماس هستند، استفاده کنند. به‌دلیل اشتراک و شباهت نسبی تجربه‌های افراد این جمعیت با بعضی از بیماری‌های کم‌توان‌کننده به‌خصوص اختلال‌ها و بیماری‌هایی که اثر مزمن و جدی روی بینایی و پوست دارند، می‌توان با احتیاط از این پروتکل در مداخلات روان‌درمانی و توان‌بخشی روانی آنها نیز استفاده کرد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود که باعث شد برخی از افراد دارای آلبینیسم که از شرایط مطلوب تحصیلی و سلامت روانی برخوردار نبودند، تمایل به مشارکت در پژوهش نداشته باشند که توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی تجارب آنها نیز بررسی شود، تا یک پروتکل مداخله‌ای جامع را برای این جمعیت ارائه داد.

• تعارض منافع

نویسندگان این پژوهش اظهار می‌دارند که هیچ تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی در رشته مشاوره توان‌بخشی است. بدین وسیله از تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش و اعضای انجمن آلبینیسم ایران که همکاری کامل در اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

• منابع

- Aborisade, R. A. (2021). "Why Always me?": Childhood Experiences of Family Violence and Prejudicial Treatment against People Living with Albinism in Nigeria. *Journal of Family Violence* 36(8), 1081–1094. <https://doi.org/10.1007/S10896-021-00264-7>
- Barankin, B., & DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*, 48(4), 712-716. PMID: 12046366; PMCID: PMC2214020
- Burke, J., Kaijage, T. J., & John-Langba, J. (2014). Media Analysis of Albino Killings in Tanzania: A Social Work and Human Rights Perspective. *Ethic and social welfare* 8(2), 117–134. <https://doi.org/10.1080/17496535.2014.895398>
- Cruz-Inigo, A. E., Ladizinski, B., & Sethi, A. (2011). Albinism in Africa: stigma, slaughter and awareness campaigns. *Dermatologic Clinics*, 29(1), 79–87. <https://doi.org/10.1016/J.DET.2010.08.015>
- Federico, J. R., & Krishnamurthy, K. (2018). *Albinism*. StatPearls Publishing
- Franklin, A., Lund, P., Bradbury-Jones, C., & Taylor, J. (2018). Children with albinism in African regions: their rights to "being" and "doing." *BMC International Health and Human Rights*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/S12914-018-0144-8>
- Frederickson, J. (2013.). *Co-creating change: effective dynamic therapy techniques*. Seven Leaves Press
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2003.10.001>
- Jhetam, S., & Mashige, K. P. (2019). Ocular findings and vision status of learners with oculocutaneous albinism. *African Vision and Eye Health*, 78(1), 6. <https://doi.org/10.4102/AVEH.V78I1.466>
- Kovacs, G. S. (1996). *Impact of projective identification, shame proneness, level of empathy, and self-esteem on couple relationship satisfaction*. California School of Professional Psychology-Los Angeles.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., & Yeomans, F. E. (2012). An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder. *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*, 139–167. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_8/COVER
- Lynch, P., Lund, P., & Massah, B. (2014). Identifying strategies to enhance the educational inclusion of visually impaired children with albinism in Malawi. *International Journal of Educational Development*, 39, 216–224. <https://doi.org/10.1016/J.IJEDUDEV.2014.07.002>
- Peretz, J. R., Mccullough, L., Kuhn, N., Kaplan, A., & Hurley, C. L. (2007) *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. The Guilford Press

- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563–575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Stadter, Michael. (2009). *Object relations brief therapy: the therapeutic relationship in short-term work*. Jason Aronson
- Suzuki, T., & Tomita, Y. (2008). Recent advances in genetic analyses of oculocutaneous albinism types 2 and 4. *Journal of Dermatological Science*, 51(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/J.JDERMSCI.2007.12.008>
- Vivar, K. L., & Kruse, L. (2018). The impact of pediatric skin disease on self-esteem. *International Journal of Women's Dermatology*, 4(1), 27. <https://doi.org/10.1016/J.IJWD.2017.11.002>
- Xie, Q. W., Xiaolu, D., Tang, X., Chan, C. H. Y., & Chan, C. L. W. (2019). Risk of mental disorders in children and adolescents with atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 1773. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.01773/BIBTEX>
- Zahn, R., Lythe, K. E., Gethin, J. A., Green, S., Deakin, J. F. W., Young, A. H., & Moll, J. (2015). The role of self-blame and worthlessness in the psychopathology of major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 186, 337-341. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.001>

نقش واسطه‌ای خودانتقادی در رابطه بین خودشیفتگی و افکار خودکشی در نوجوانان The Mediating Role of Self-Criticism in the Relationship Between Narcissism and Suicidal Thoughts in Adolescents

Mohammad Basereh, M.A
Shahram Mami, PhD✉

محمد باسره^۱
شهرام مامی^۲

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the mediating role of self-criticism in the relationship between narcissism and suicidal thoughts in adolescents. The current research method is descriptive and correlational. The statistical population in this research was all boys and girls aged 14 to 18 in Ilam city, 374 of whom were selected using Cochran's sample size determination form by convenience sampling method. The information of this research was collected through Thompson Self-Criticism Questionnaire 2004 (LOSC), Ames Narcissism Questionnaire 2006 (NPI-16) and Beck Suicidal Ideation Questionnaire 1979 (BSSI). Structural equation analysis (SEM) and Sobel test were used for data analysis. The results showed that the direct effect of narcissism and suicidal thoughts ($P=0.001$), narcissism and self-criticism ($P=0.005$), self-criticism and suicidal thoughts ($P=0.002$) and the indirect effect of narcissism and suicidal thoughts with mediation Self-criticism is meaningful. The research model had a favorable value and the research results showed that there is a significant relationship between narcissism and suicidal thoughts based on the mediating role of self-criticism in teenagers. In other words, with the increase of self-criticism in narcissistic teenagers, the amount of suicidal thoughts increases.

Keywords: suicidal thoughts, narcissism, self-criticism

چکیده

هدف از پژوهش شناخت نقش واسطه‌ای خودانتقادی در رابطه بین خودشیفتگی و افکار خودکشی در نوجوانان بود. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری کلیه نوجوانان دختر و پسر (۱۴ تا ۱۸ سال) شهر ایلام بود که ۳۷۴ نفر با استفاده از فرم تعیین حجم نمونه کوکران به روش در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات این پژوهش از طریق مقیاس‌های خودانتقادی تامپسون ۲۰۰۴ (LOSC)، افکار خودکشی بک ۱۹۷۹ (BSSI) و سیاهه خودشیفتگی آمز ۲۰۰۶ (NPI-16) جمع‌آوری شد. از تحلیل معادلات ساختاری (SEM) و آزمون سوبل برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر مستقیم خودشیفتگی و افکار خودکشی ($P=0/001$)، خودشیفتگی و خودانتقادی ($P=0/005$)، خودانتقادی و افکار خودکشی ($P=0/002$) و اثر غیرمستقیم خودشیفتگی و افکار خودکشی با میانجی‌گری خودانتقادی معنادار است. مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین خودشیفتگی با افکار خودکشی بر اساس نقش میانجی خودانتقادی در نوجوانان رابطه معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش خودانتقادی در نوجوانان خودشیفته، میزان افکار خودکشی افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: افکار خودکشی، خودشیفتگی، خودانتقادی

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۴

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران

● مقدمه

از مهم‌ترین مباحثی که در دوران نوجوانی باید به آن توجه کرد مشکلات رفتاری و عاطفی است. نوجوانی دوره‌ای است بین کودکی و بزرگسالی که طول مدت آن بر حسب فرهنگ‌ها و محیط‌های مختلف، متفاوت است و در حدود ۱۱ تا ۲۰ سالگی ادامه دارد (نجفی علمی، ۱۳۸۹). امروزه فکر خودکشی در بین نوجوانان به‌عنوان یک مشکل جهانی سلامت عمومی مطرح شده است (بورتون و همکاران، ۲۰۱۹). افکار خودکشی (suicidal ideation) و رفتار خودکشی (suicide behavior) هر دو به‌عنوان عوامل خطر مهم برای خودکشی در نظر گرفته می‌شوند، اما معمولاً اعتقاد بر این است که افکار نسبت به رفتارهای خودکشی ارتباط قوی‌تری را با خودکشی دارد. افکار خودکشی حالتی است که به وقوع هر گونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این افکار، طیفی از اندیشه‌های مبهم را در مورد خاتمه دادن به زندگی تا خودکشی کامل در بر می‌گیرند. (لارج و همکاران، ۲۰۲۰) این افکار می‌توانند به‌صورت فریاد کمک‌خواهی جهت رهایی از تنش و حوادث غیرقابل تحمل و اجتناب، به رفتار خودتخریبی تبدیل شوند. داده‌های آماری سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد سالانه حدود ۸۰۰ هزار نفر در جهان بر اثر اقدام به خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و همچنین سالانه ۱۶ میلیون نفر به خودکشی، فکر می‌کنند (شفیعی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۱). خودکشی، به‌عنوان یک رفتار خودراه‌انداز، دومین عامل مرگ و میر در نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال پس از صدمات غیرعمد شناخته می‌شود (استفنسون و همکاران، ۲۰۲۰).

عوامل مختلفی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده خودکشی مورد بررسی قرار گرفته است. طی سال‌های اخیر مطالعات در زمینه خودشیفتگی بیش از پیش مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (میلر و همکاران، ۲۰۱۷). بررسی مطالعات بالینی در زمینه خودشیفتگی آسیب‌شناسی شخصیت خودشیفته (narcissistic personality disorder) نشان می‌دهد که دو فنوتیپ خودشیفتگی یعنی خودشیفتگی خودبزرگ‌بین و آسیب‌پذیر وجود دارد. خودشیفتگی خودبزرگ‌بین به‌عنوان نمونه نمادین خودشیفتگی شناخته شده است، که با صفاتی همچون داشتن تصویر مثبت از خود در زمینه مهارت‌ها و قدرت، غرور، (بذرافشان و رضایی‌نسب، ۱۴۰۰) احساس محق بودن، بهره‌کشی از دیگران، فقدان همدلی، اجتناب اجتماعی، پرخاشگری توصیف می‌شود (واینبرگ و رونیگستام، ۲۰۲۲). بر خلاف آن، نوع آسیب‌پذیر اغلب پنهان است و با مشخصه نیاز شدید به تأیید گرفتن، تحسین دیگران و حساسیت نسبت به طرد توصیف می‌شود. این افراد خودپنداره منفی دارند و احساس ارزش خود در آنها وابسته به تأیید دیگران است و اگر آن را دریافت نکنند، دچار اجتناب اجتماعی و کناره‌گیری می‌شوند (ماسیانوویچ و زاجنکوفسکی، ۲۰۲۰).

به گفته لویین (۱۹۹۷)، خودشیفتگی در برگیرنده یک وضعیت در دو سطح روانی و فرهنگی است: سطح فردی، شامل اختلال شخصیت فردی است که مشخصه اصلی آن اغراق فرد در ارایه تصویری (ایماژی) است که از خود ارائه می‌دهد. افرادی که دچار این مسئله هستند بیشتر به جای مسائل احساسی درگیر این مسئله می‌شوند که در نظر اطرافیان چطور به‌نظر می‌آیند. در واقع آنها احساساتی که با تصویر مورد نظرشان در تناقض است را انکار می‌کنند و با حذف عواطف از رفتارشان درصدد اغوا و فریب برای دستیابی به قدرت و کنترل هستند (گنجی، ۱۳۹۵). جامعه‌ای که با مسئله خودشیفتگی درگیر است نوجوانانش به‌سبب اینکه تصور می‌کنند باید تصویری بی‌نقص از خود ارائه دهند و به‌دلیل نگرانی درباره شایستگی شخصی در برابر همسالان که مقتضی سن نوجوانی است در معرض فشارهای روانی شدید قرار می‌گیرند و مستعد بیماری‌های پیچیده روانی می‌شوند (گودرزی، ۱۳۹۴). با این اوصاف می‌توان گفت مسئله خودشیفتگی بزرگترین چالش و معضل جامعه مدرن و بشر قرن بیست و یکم است زیرا فرهنگ خودشیفتگی به‌شدت فردگرایی را تقویت می‌کند و تاب‌آوری افراد در برابر انتقاد را از بین می‌برد.

مطالعات اندکی در زمینه انتقاد از خود در افراد خودشیفته انجام شده است. خودانتقادی را می‌توان به‌عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف کرد (ایانکوآ و همکاران، ۲۰۱۵). افراد خودانتقادگر، درگیر یک خودارزیابی ناگوار می‌شوند و نسبت به تجارب شکست و انتقاد، آسیب‌پذیر هستند (الکساندر و همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات نشان داده است که سطح انتقاد از خود در دروان نوجوانی افزایش پیدا می‌کند (پولاک و همکاران، ۲۰۲۱). خودانتقادی را می‌توان به دو نوع تطبیقی یا مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی‌شده متمایز کرد. خودانتقادی تطبیقی، به مقایسه خود با دیگران و یافتن کمبودها و ضعف‌های خود نسبت به آنها اشاره دارد. کسانی که درگیر این نوع انتقاد از خود هستند، عزت نفس آنها متأثر بر برداشتهایی از احساس دیگران، نسبت

به خود است. احساس اینکه دیگران به آنها به شکلی منفی نگاه می‌کنند، بر درک آنها از خود تأثیر می‌گذارد. اما خودانتقادی درونی شده، این نوع خودارزیابی منفی شامل این احساس می‌شود که فرد احتمالاً نمی‌تواند مطابق با ایده‌آل‌ها یا استانداردهای شخصی باشد و همچنان به نوعی، احساس کمبود می‌کند. برای افرادی که این نوع انتقاد از خود را تجربه می‌کنند، حتی موفقیت ممکن است به‌عنوان شکست تلقی شود. در پژوهشی ارتباط بین وابستگی، انتقاد از خود، تکانشگری و رفتار خودکشی در یک نمونه از بیماران نوجوان نشان داد که خطر ابتلا به خودکشی در بین بیماران انتقاد کننده از خود و بیماران بسیار وابسته متفاوت نیست، افراد وابسته به‌طور کلی در الگوهای حرکات تکانشی درگیر هستند، در حالی که افراد انتقاد کننده از خود تکانشگری کمتر و رفتار خودآسیبی بیشتری را نشان دادند (مارسین و همکاران، ۲۰۲۲).

ضرورت انجام این مطالعه از این رو بود که طبق پژوهش‌ها و آمار جهانی، خودکشی در سال‌های اخیر سیر صعودی داشته و در ردهای سنی مختلف به خصوص نوجوانان در هردو جنس به چشم می‌خورد. در کشور ما آمار خودکشی نشان‌گر آن است که این پدیده به ویژه در بین نوجوانان به‌صورت یک آسیب اجتماعی درآمده است و اگر چاره‌ای برای آن اندیشیده نشود آثار سوء آن علاوه بر شخص اقدام‌کننده بر اطرافیان وی و جامعه اثرگذار خواهد بود (محمودی، ۱۳۹۸). شناسایی و توجه کردن به رویدادهای مختلف پیش از وقوع خودکشی برای پیشگیری از آن دارای اهمیت است. در نتیجه بررسی دقیقتر خودانتقادی و خودشیفتگی به‌عنوان عوامل مرتبط با این آسیب اجتماعی در نوجوانان، مهم و ضروری است. همچنین بررسی پژوهش‌های پیشین اگر چه بیان‌گر این بود که رابطه میان خودشیفتگی، افکار خودکشی و خودانتقادی مورد بررسی قرار گرفته است اما با این حال این خلاء وجود دارد که روابط ساختاری آنها با وجود مبانی نظری و پژوهشی لازم مورد بررسی قرار نگرفته است. بر همین اساس پژوهش حاضر در جهت پاسخ به ضرورت‌ها و خلاء بیان شده، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای خودانتقادی در رابطه میان خودشیفتگی و افکار خودکشی در نوجوانان صورت گرفت.

• روش

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است که جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، به‌صورت حضوری و میدانی انجام شد. در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دختر و پسر (۱۴ تا ۱۸ ساله) شهر ایلام که تعداد آنها در سال ۱۴۰۱ حدود ۱۵ هزار نفر بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه کوکران برابر با ۳۷۴ نفر (۱۸۷ دختر، ۱۸۷ پسر) که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. سعی شد اخلاق پژوهش مانند مشخص بودن هویت پژوهشگر، توضیح کامل هدف پژوهش، رازداری در پژوهش و داوطلبانه بودن رعایت شود. معیارهای ورود به پژوهش شامل، علاقه‌مند بودن به مشارکت در پژوهش، حداقل سواد خواندن و نوشتن برای شرکت در پژوهش و نداشتن معلولیت‌های جسمانی و نیز نداشتن ابتلا به بیماری‌های مزمن بودند. معیارهای خروج از پژوهش شامل، مخدودش بودن اطلاعات یا ناقص بودن پرسشنامه‌ها پس از تکمیل، عدم توجه به سوالات و انتخاب یک گزینه خاص در مورد همه سوالات بود.

• ابزارها

الف: مقیاس خودانتقادی (Levels of self-criticism scale- LSCS): مقیاس سطوح خودانتقادی توسط تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) ساخته، روایی و اعتبار آن محرز شده است. این مقیاس شامل ۲۲ ماده است و دو مؤلفه خودانتقادی مقایسه‌ای (۱۲ ماده) و خودانتقادی درونی (۱۰ ماده) را می‌سنجد. پاسخ به هر ماده این مقیاس در یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت از بسیار خوب توصیف‌کننده من است (۶) تا اصلاً توصیف‌کننده من نیست (صفر) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین نمره‌گذاری ماده‌های ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۱ به‌صورت معکوس انجام می‌شود. روایی و اعتبار این مقیاس در پژوهش موسوی و قربانی (۱۳۸۵)، با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خودانتقادی درونی ۰/۸۷ و مقایسه‌ای ۰/۵۵ به‌دست آمد. همچنین در پژوهش بهادری خسروشاهی (۱۳۹۶)، ضریب همسانی درونی مقیاس خودانتقادی را ۰/۸۹ گزارش شد.

ب: سیاهه خودشیفتگی (narcissistic personality inventory- NPI): سیاهه شخصیت خودشیفته NPI-16 شکل کوتاه شده NPI-40 برای اندازه‌گیری خودشیفتگی تحت بالینی است که توسط آرمز در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است. این سیاهه دارای ۱۶ جفت عبارت بوده و بدون زیرمقیاس است و خودشیفتگی را بر اساس رویکرد تک‌بعدی ارزیابی می‌کند. هدف آن سنجش ویژگی‌های شخصیت خود شیفته است. طیف پاسخگویی آن بدین صورت است که متشکل از جفت ماده‌هایی است که پاسخ‌دهنده باید یکی از آنها را انتخاب نماید. برای هر پرسش انتخاب شده از ردیف الف، یک امتیاز و برای هر انتخاب شده از پرسش ردیف ب، صفر امتیاز در نظر گرفته می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی سیاهه، مجموع امتیازهای همه سیاهه را با هم جمع می‌کنند. امتیازها دامنه‌ای از صفر تا ۱۶ را خواهد داشت. امتیاز بالاتر بیانگر خود شیفتگی بالاتر فرد خواهد بود و برعکس. به عنوان یک نقطه برش، امتیاز ۸ به بالا بیانگر شخصیت خودشیفته در فرد است. محمدزاده (۱۳۸۸)، این سیاهه را در یک مطالعه زمینه‌یابی مقطعی در سال ۱۳۸۷ مورد آزمون قرار داد. ضریب همبستگی بین نمرات سیاهه شخصیت خودشیفته NPI-16 و سیاهه خودشیفتگی MCMI-II برابر ۰/۷۷ و معنادار بود. روایی افتراقی سیاهه اثبات شد ($P=0.001$)، ضریب بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۹ محاسبه شده است.

ج: مقیاس افکار خودکشی (background: Beck scale for suicidal Ideation- BBSI): مقیاس افکار خودکشی بک، یک ابزار خودسنجی ۱۹ ماده‌ای است. این پرسشنامه به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب خودکشی تهیه شده است. این مقیاس دارای سه مؤلفه است که عبارتند از: تمایل به مرگ (۵ ماده)، آمادگی برای خودکشی (۷ ماده)، تمایل به خودکشی واقعی (۴ ماده). در این مقیاس ۵ ماده اول به منظور غربالگری، طرح شده است. به طوری که اگر آزمودنی به ۵ ماده اول، نمره صفر دهد فاقد افکار خودکشی است. بین نمره یک تا ۵ نشان‌دهنده داشتن افکار خودکشی، نمره ۶ تا ۱۹ نشان‌دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشانگر قصد اقدام به خودکشی است. این پرسشنامه به فارسی نیز ترجمه شده است و روایی هم‌زمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمده است. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و آزمون سوبل و نرم افزارهای SPSS22 و Lisrel8.8 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

• یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب، ۱۵/۵۵ و ۱/۲۶ با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بود. همچنین ۱۸۷ نفر از شرکت‌کنندگان را دختران (۵۰ درصد) و ۱۸۷ نفر از آنها را پسران (۵۰ درصد) تشکیل می‌دادند. در جدول ۱ نتایج شاخص‌های توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه متغیرها ارائه شده است.

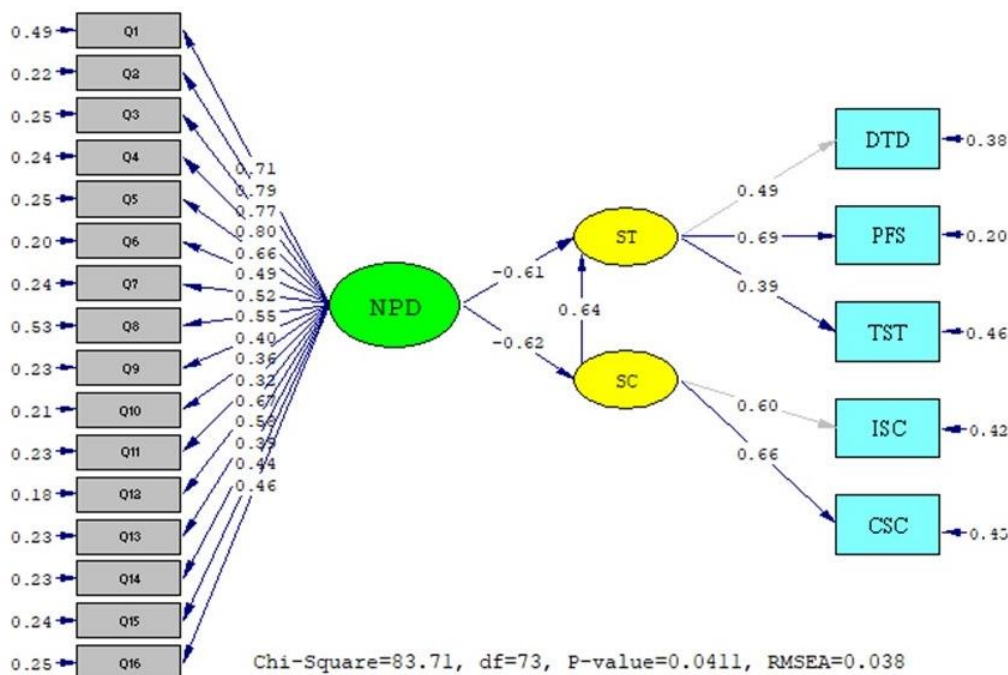
جدول ۱. نتایج شاخص‌های توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
خودشیفتگی	۱					
خودانتقادی	۰/۴۳*	۱				
افکار خودکشی	۰/۶۰*	۰/۷۱*	۱			
میانگین	۰/۶۷*	۰/۷۱*	۰/۵۳*	۱		
انحراف معیار	۰/۵۶*	۰/۵۵*	۰/۶۴*	۰/۶۶*	۱	
چولگی	۰/۶۰*	۰/۳۶*	۰/۴۱*	۰/۷۵*	۰/۸۹*	۱
کشیدگی	۹/۸۶	۲۹/۷۳	۳۶/۵۸	۵/۶۱	۷/۶۲	۴/۲۱
	۲/۴۸	۱۳/۲۳	۲/۴۸	۹/۵۵	۷/۸۳	۸/۴۲
	۰/۳۲۴	-۰/۵۲۷	-۰/۳۱۰	-۰/۴۵۹	-۰/۲۵۶	-۰/۵۵۶
	-۰/۴۵۹	۰/۲۱۰	۰/۷۳۳	۰/۳۶۵	۰/۳۴۵	-۰/۶۷۵

* $P < 0.01$

نتایج به دست آمده از جدول ۱ نشان می‌دهد که بین خودشیفتگی با مؤلفه‌های افکار خودکشی که شامل، تمایل به مرگ ($r = -0/67$)، آمادگی برای خودکشی ($P < 0/01$, $r = -0/56$) و تمایل به خودکشی واقعی ($P < 0/01$, $r = -0/60$) و با دو مؤلفه خودانتقادی درونی ($P < 0/01$, $r = -0/43$) و مقایسه‌ای ($P < 0/01$, $r = -0/60$) رابطه معنادار وجود دارد. همچنین مشاهده می‌شود که بین مؤلفه‌های خودانتقادی با افکار خودکشی که شامل خودانتقادی درونی با تمایل به مرگ ($P < 0/01$, $r = 0/71$)، خودانتقادی مقایسه‌ای با تمایل به مرگ ($P < 0/01$, $r = 0/53$)، خودانتقادی درونی با آمادگی برای خودکشی ($P < 0/01$, $r = 0/55$)، خودانتقادی مقایسه‌ای با آمادگی برای خودکشی ($P < 0/01$, $r = 0/64$)، خودانتقادی درونی با تمایل به خودکشی واقعی ($P < 0/01$, $r = 0/36$) و خودانتقادی مقایسه‌ای با تمایل به خودکشی ($P < 0/01$, $r = 0/41$) رابطه معنادار وجود دارد.

قبل از انجام تحلیل آمار پارامتریک، مفروضه‌های زیربنایی بررسی شدند. ارزیابی نرمال بودن داده‌های متغیرها با محاسبه شاخص چولگی و کشیدگی انجام شد. در جدول ۱ نتایج محاسبه شده چولگی و کشیدگی داده‌های متغیر خودشیفتگی برابر با ($S = 0/324$)، ($K = -0/459$) هستند و مؤلفه‌های خودانتقادی و افکار خودکشی، همگی در محدوده +۲ تا -۲ قرار دارند. بنابراین شکل توزیع متغیرها در شرایط نرمالی قرار دارند. در شکل ۱ مدل برازش شده پژوهش ارائه شده است.



خودشیفتگی (NPD): Narcissistic personality disorder؛ گونه‌های خودشیفتگی: Q1-Q16

خود انتقادی درونی شده (ISC): Internalized Self-Criticism؛ خود انتقادی تطبیقی یا مقایسه‌ای (SC): Comparative Self-Criticism؛ خود انتقادی (SI): Self criticism

تمایل به خودکشی واقعی (TST): True suicidal tendencies؛ آمادگی برای خودکشی (PFS): Preparation for suicide؛ تمایل به مرگ (DTD): Desire to die؛ افکار خودکشی (ST): Suicidal thoughts

شکل ۱. مدل برازش شده پژوهش

جدول ۲. نتایج اثرات مستقیم متغیرهای مدل پژوهش

مسیر مستقیم	اثر غیراستاندارد	اثر استاندارد	مقدار t-value	سطح معناداری (Sig)
خودشیفتگی → افکار خودکشی	-0/43	-0/61	-5/89	0/001
خودشیفتگی → خودانتقادی	-0/36	-0/62	-6/11	0/005
خودانتقادی → افکار خودکشی	0/74	0/64	6/31	0/002

طبق نتایج جدول شماره ۲ اثر استاندارد متغیر مستقل «خودشیفتگی» در مورد متغیر وابسته «افکار خودکشی» برابر با $-0/61$ - شده؛ مقدار t نیز برابر با $-5/89$ - شده که بیشتر از مقدار $1/96$ است؛ از سوی دیگر مقدار سطح معناداری برابر با $0/001$ - شده که پایین‌تر از $0/05$ - خطاست. این بدان معناست که، متغیر مستقل تحقیق روی متغیر وابسته تحقیق از نظر آماری اثر معناداری می‌گذارد و اثر

استاندارد متغیر مستقل «خودشیفتگی» روی متغیر میانجی «خودانتقادی» برابر با $0/62-$ شده؛ مقدار t نیز برابر با $6/11-$ شده که بیشتر از مقدار $1/96$ است؛ از سوی دیگر مقدار سطح معناداری برابر با $0/05$ شده که پایین تر از $0/05$ خطاست. این بدان معناست که، متغیر مستقل تحقیق روی متغیر میانجی تحقیق اثر معناداری می‌گذارد و اثر استاندارد متغیر میانجی «خودانتقادی» بر متغیر وابسته «افکار خودکشی» برابر با $0/64$ شده؛ مقدار t نیز برابر با $6/31$ شده که بیشتر از مقدار $1/96$ است؛ از سوی دیگر مقدار سطح معناداری برابر با $0/02$ شده که پایین تر از $0/05$ خطاست. این بدان معناست که، متغیر میانجی تحقیق نیز بر متغیر وابسته تحقیق از نظر آماری اثر معناداری می‌گذارد.

جدول ۳. نتیجه اثر غیر مستقیم متغیرهای پژوهش

مسیر غیرمستقیم	اثر استاندارد	مقدار t-value	سطح معناداری (Sig)	آزمون سوبل (Z-value)
خودشیفتگی ← خودانتقادی	-0/62	-6/11	0/005	4/389
	-	$t > 1/96$	Sig < 0/05	
خودانتقادی ← افکار خودکشی	0/64	6/31	0/002	$Z > 1/96$
	-	$t > 1/96$	Sig < 0/05	

از آنجایی که میزان اثرات غیرمستقیم در نرم‌افزار لیزرل نشان داده نمی‌شود، برای آزمون معناداری تأثیر غیرمستقیم یک متغیر از طرف یک متغیر میانجی، از آزمون سوبل استفاده شده است. در جدول ۳ نتیجه آزمون سوبل برابر با $4/389$ شده که بیشتر از $1/96$ است. این امر بدان معناست که اثر غیرمستقیم متغیر پژوهش، معنادار است و تأیید می‌شود. پس متغیر «خودانتقادی» نقش میانجی و واسطه را بین دو متغیر مستقل (خودشیفتگی) و وابسته (افکار خودکشی) ایفا می‌کند.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NFI	P.value	χ^2/df
ملاک برازش آماره پژوهش	0/38	0/91	0/92	0/92	0/90	0/411	1/146
دامنه مورد قبول	<0/1	>0/90	>0/90	>0/90	>0/90	<0/05	<3
نتیجه	مطلوب	مطلوب	مطلوب	مطلوب	مطلوب	مطلوب	مطلوب

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که شاخص‌های نسبت کای دو به درجه آزادی (χ^2/df) برابر با $1/146$ ، شاخص تناسب تطبیقی (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش هنجاری (NFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) در حالت مطلوب و جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) با توجه به شکل ۱ کمتر از $0/1$ در حد مطلوبی قرار دارند، بدین معنی که مدل تحقیق حاضر دارای برازش مطلوبی است و به عبارتی داده‌های حاصل از تحقیق مدل نظری تحقیق را حمایت و تأیید می‌کنند.

• بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای خودانتقادی در رابطه بین خودشیفتگی و افکار خودکشی در نوجوانان انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که نقش میانجی خودانتقادی در رابطه بین خودشیفتگی و افکار خودکشی، معنادار است و با افزایش سطح خودانتقادی در افراد خودشیفته، میزان افکار خودکشی افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش گلدبلات و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین نتیجه می‌توان چنین گفت که نوجوانان خودشیفته (آسیب‌پذیر و خودبزرگ‌بین)، که تمایل شدید به مقایسه خود با دیگران دارند (پامفیلیس و همکاران، ۲۰۱۹)، به دلیل ناتوانی و ناکام ماندن در برآورده ساختن انتظارات بالای خود و عدم تحمل این احساسات که باعث به چالش کشیده شدن عزت نفس آنها می‌شود، درگیر خودانتقادی شدید و تجارب ذهنی غیرقابل تحمل شکست می‌شوند و به احتمال زیاد تنها گزینه‌ای که به نظر آنها برای رهایی از افکار درونی انتقادگر خود می‌رسد، خودکشی است (گابارد، ۲۰۲۲).

همچنین نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بین خودشیفتگی و افکار خودکشی رابطه معنادار و معکوس وجود دارد. بدین معنا که با افزایش خودشیفتگی، میزان افکار خودکشی کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش جاکسیچ و همکاران (۲۰۱۷)، وانگ و

همکاران (۲۰۲۳) همخوانی دارد. این یافته چنین تبیین می‌شود که نوجوانان خودشیفته که دارای صفات خودشیفتگی از نوع خودبزرگ‌بین هستند، احساس ارزشمندی و تمرکز بیش از حدی نسبت به خود دارند و رفتار خود تخریبی در آنها به ندرت دیده می‌شود. بنابراین ارتباط ضعیفی را با افکار خودکشی دارند. مطالعات نشان داده است که افراد خودشیفته خودبزرگ‌بین و آسیب‌پذیر، هر دو در پاسخ به عوامل و موقعیت‌هایی که باعث تهدید عزت‌نفس آنها می‌شود، پرخاشگری نشان می‌دهند، اما افراد خودشیفته آسیب‌پذیر، طیف گسترده‌تری از احساسات منفی از جمله غم، خشم و شرم و آسیب به خود را نشان می‌دهند (کورتلند و همکاران، ۲۰۱۶).

در فرض دوم یافته‌ها حاکی از آن بود که بین خودشیفتگی و خودانتقادی رابطه معنادار و معکوس وجود دارد. بدین معنا که با افزایش سطح خودشیفتگی میزان خودانتقادی کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش رونینگستام و همکاران، (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین نتیجه می‌توان چنین گفت که نوجوانان خودشیفته خودبزرگ‌بین که تصویری اغراق‌آمیز و تحریف شده از خود در ذهن دارند، این تخیلات آنها را در برابر احساس پوچی و شرم درونی‌شان محافظت می‌کند. بنابراین اکثر مواقع صدای آرام منتقد درونی خود را نمی‌شنوند و یا آن را غیرمنطقی می‌دانند و نادیده می‌گیرند. به عقیده فروید (۱۹۲۲) افراد خودشیفته خودبزرگ‌بین، افکار درونی انتقادی نسبت به خود را فرافکنی می‌کنند و عذاب وجدان خود را به رفتاری سادیستی تبدیل می‌کند اما افراد خودشیفته آسیب‌پذیر رابطه مثبتی با خودانتقادی دارند و خود را مورد سرزنش قرار می‌دهند.

از دیگر یافته‌های پژوهش، رابطه معنادار و مستقیم بین خودانتقادی و افکار خودکشی است. با افزایش سطح خودانتقادی، میزان افکار خودکشی افزایش می‌یابد و این یافته با تحقیقات اونیل و همکاران (۲۰۲۱)، کامپوس و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی دارد. در تبیین نتیجه می‌توان چنین گفت که نوجوانانی که درگیر خودانتقادی شدید می‌شوند، ارزیابی تنبیهی خشن و احساس شرم زیادی درباره جنبه‌هایی از شخصیت و رفتار خود دارند، این نگرانی‌های مربوط به خودارزیابی نقش بسیار مهمی در تمایلات مربوط به آسیب به خود ایفا می‌کند. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که خودانتقادی، رابطه قوی را با افکار (SI) و رفتار (SB) خودکشی دارد (سکوفسکی و همکاران، ۲۰۲۲) ارتباط بین انتقاد از خود و خودکشی به ویژگی کمال‌گرایانه افراد نسبت داده می‌شود. وقتی فرد نمی‌تواند از عملکرد خود راضی باشد و دائم نگران است، از خود انتقاد می‌کند و خود را با دیگران مقایسه می‌کند در معرض مشکلات جدی و خطرناک روان‌شناختی قرار می‌گیرد. خودانتقادی با علائم افسردگی ارتباط دارد که به‌طور قابل توجهی با خودکشی مرتبط است (کامپوس و همکاران، ۲۰۱۳).

• نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه نتایج نشان داد نقش واسطه‌ای خودانتقادی در رابطه بین خودشیفتگی و افکار خودکشی معنادار است و خودشیفتگی با افکار خودکشی رابطه منفی معنادار و رابطه بین خودانتقادی با خودشیفتگی، معنادار معکوس و همچنین رابطه خودانتقادی با افکار خودکشی، مثبت و معنادار است. پیشنهاد می‌گردد که روان‌شناسان و مشاوران از نتایج حاصله در علت‌شناسی و رفع مشکلات رفتاری و روانی مربوط به افراد با افکار خودکشی استفاده نمایند. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این مورد اشاره کرد که محدود کردن پژوهش حاضر به گروه نوجوانان، امکان تعمیم آن به سایر گروه‌ها را دشوار می‌کند، پیشنهاد می‌شود همین عنوان در جامعه آماری جوانان، میانسالان و بزرگسالان انجام و نتایج حاصله را با یکدیگر مقایسه شود. همچنین این پژوهش نقش عوامل اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و فرهنگی را مد نظر قرار نداده است زیرا این احتمال وجود دارد که نتایج پژوهش از عوامل ذکر شده تأثیر پذیرفته باشد. پیشنهاد می‌شود که محققان با استفاده از روش‌های کیفی نظیر نظریه داده‌بنیاد و مصاحبه‌های عمیق در این باره تحقیق کنند.

• تضاد منافع

نویسندگان اظهار کردند در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

• تشکر و قدردانی

از تمامی نوجوانان شهر ایلام که در پژوهش حاضر با ما همکاری کردند، نهایت سپاسگزاری را داریم.

• منابع

- بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۶). تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و شایستگی در دانش آموزان دارای تجربه خود آزاری. نشریه پژوهش‌های تربیتی، (۳۴)، ۱۸-۳۳.
- بذرافشان آمنه، رضایی نسب اشرف (۱۴۰۰) بررسی رابطه بین خودشیفتگی مدیران و هزینه‌های نظارت. نشریه روانشناسی، ۵۷ - ۷۰
- شفیعی نژاد مجتبی، زارع شاه آبادی اکبر، محمدی زهرا، آزادواری الناز (۱۴۰۱) واکاوی نقش عوامل خانوادگی در اقدام به خودکشی. نشریه روانشناسی، ۱ - ۲۹
- گنجی، مهدی (۱۳۹۵). آسیب شناسی روانی براساس DSM-5 جلد دوم. تهران: ساوالان.
- گودرزی، فریبا (۱۳۹۴). نگاهی به اثرات خودشیفتگی در جامعه امروز. نشریه مدیریت فرهنگ سازمانی، ۷۷ (۵) ۲۸-۲۹.
- موسوی، اشرف السادات، قربانی، نیما (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۲ (۳-۴)، ۹۱-۷۵
- محمدزاده، علی. (۱۳۸۸) اعتبار سنجی پرسشنامه شخصیت خودشیفته NPI-۱۶ در جامعه ایرانی. مجله اصول بهداشت روانی. ۲۷۴-۲۸۱
- محمودی، هیوا (۱۳۹۸) رابطه سبک‌های دلبستگی و گرایش به خودکشی با نقش تعدیل کنندگی خودانتقادی و وابستگی در دانشجویان. نشریه روانشناسی. ۰-۰
- نجفی علمی، محمود (۱۳۸۹). فناوری اطلاعات، نوجوان و بحران هویت، انتشارات ره آورد نور.
- Ames, D.R., Ros, P., & Anderson, C.P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality*, 40(10), 440-450.
- Alexandra, C. L., Henning, S., & Ulrike, D. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 75(1), 223-233.
- Burton, N. W., Myfanwy, M., Shanchita, R. K., & Asaduzzama, K. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(4), 223-233.
- Campos, R. C., Ronald, R. H., Cristina, B., Berta, C., & Ana, S. F. (2018). Self-Criticism, Neediness, and Distress in the Prediction of Suicide Ideation: Results from Cross-Sectional and Longitudinal Studies. *The Journal of Psychology*, 3(4), 237-255.
- Campos, R. C., Avi, B., & Sidney, J. B. (2013). Recollections of Parental Rejection, Self-Criticism and Depression in Suicidality. *Sample our social sciences jornal*, 17(1), 58-74.
- Courtland, S. H., Chelsea, E. S., Donald, R. L., Thomas, A. W., Keith, C., & Joshua, D. M. (2016). Ratings of affective and interpersonal tendencies differ for grandiose and vulnerable narcissism: A replication and extension of Gore and Widiger. *Journal of Personality*, 86(3), 422-434.
- Gabbard, G. O. (2022). Narcissism and suicide risk. *Annals of General Psychiatry*, 21(3), 6-24.
- Goldblatt, M., Mark, S., Igor, W., & Elsa, R. (2018). Suicide and Self-Regulation in Narcissistic Personality Disorder. *Psychodynamic Psychiatry*, 46(4), 491-510.
- Ghorbani, N., Mousavi, A., Watson, P. J., & Chen, Z. (2011). Integrative Self-Knowledge and the Harmony of Purpose Model in Iranian Autoimmune Patients. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(2), 1-8.
- Iancua, L., Bodnerb, E., & Zionc, I. Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and selfcriticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*. *Sciencedirect, Comprehensive Psychiatry*, 58(1), 165-171.
- Jaksic, N., Darko, M., Milena, S., Hanzek, B. R., John, S., & Ogrodniczuk. (2017). Experience of Shame Mediates the Relationship Between Pathological Narcissism and Suicidal Ideation in Psychiatric Outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1670-1681.
- Large, M., Amy, C., & Catherine, M. (2020). Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(3), 1473-81.
- Marcin, S., Irena, L., & David, L. (2022). The complex relationships between dependency and self-criticism and suicidal behavior and ideation in early adulthood. *Personality and Individual Differences*. 19 (8), 1674-1681.
- Milller, J. D., Lynam, D. R., Hyatt, C. S. & Campbell, W. K. (2017). Controversies in Narcissism, Annual Reviews of Clinical Psychology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 1-25.
- Maciantowicz, O. M., & Zajenkowski, M. Z. (2020). Is narcissistic anger fueled by neuroticism? the relationship between grandiose and vulnerable narcissism, neuroticism, and trait anger. *Current Psychology*, 3(9), 1674-1681.
- O'Neill, C. N., Daniel, P., Meryl, K., Kate, W., James, K., & Gillian, H. (2021). The relationship between self-criticism and suicide probability. *Clinical Psychotherapy*, 9(28): 1445-1456.
- Polack, G. R., Everaert, J., Uddenberg, C., Kober, H., & Joormann, J. (2021). Emotion regulation and self-criticism in children and adolescence: Longitudinal networks of transdiagnostic risk factors. *Emotion*, 21(7), 1438-1451.
- Panfilis, C. E., Camilla, A., Kevin, B., Nicole, M.C., Antonio, S., Carlo, M., John, F., & Fabio, S. (2019). Facial Emotion Recognition and Social-Cognitive Correlates of Narcissistic Features. *Guilford Press Periodicals*, 33(11), 58-74
- Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2013). Narcissistic Personality Disorder: Progress in Recognition and Treatment. *The journal of lifeiong*, 11(8), 1674-1681.
- Stephenson, A. Z., Ivey, S., Zewditu, D., Alexander, E., Crosby, M. D., Deborah, M., & Stone. (2020). Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students. *Centers for Disease Control and Prevention*, 69(1), 47-55.

- Thompson, R., & Zuroff, D.C. (2004). The levels of self-criticism scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 63(3), 419-430.
- Wang, C., Jiaqi, G., Xinglin, Z., Yunhong, S., & Jianing, Y. (2023). The Dark Triad traits and suicidal ideation in Chinese adolescents: Mediation by social alienation. *Journal of Research in Personality*, 102(6), 103-120 .
- Weinberg, I. W., & Ronningstam, E. (2022) Narcissistic Personality Disorder: Progress in Understanding and Treatment. *Journal Focus* ,20(4), 368-377.

اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی (مهارت‌های مقابله با خلق منفی و مدیریت استرس) بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی در دانش‌آموزان دختر تیزهوش

The effectiveness of life skills training (negative mood coping and stress management) on cognitive regulation strategies in gifted female students

Zahra Mohammadnia PhD Student

Mahdi Shahnazari PhD[✉]

Bitra Nasrollahi PhD

زهره محمدنیا^۱

مهدی شاه نظری^۲

بی‌تا نصراللهی^۳

Abstract

The purpose of this research is to study the effectiveness of life skills training on cognitive emotion regulation strategies of gifted female students. The present study is a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of this study is female students studying in gifted schools in Tehran (secondary school) in the academic year of 1398-99. At first, all tenth grade high school students (170 people) completed the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and among them, 32 students with lowest scores in resilient strategies were selected as a sample group, randomly divided into experimental and control groups of 16. One experimental group was given 12 sessions of training, while the control group did not receive any training. After the training sessions, post-test was performed for both experimental and control groups. Also, after a month and a half in the follow-up phase, both groups were tested. Using the mixed variance analysis method, the results show that life skills training significantly caused the experimental group to receive higher average scores in acceptance strategies, refocusing, positive refocus and putting into perspective on post-test and follow-up stages compared to the pre-test stage. The study also uses non-adaptive strategies to reduce self-blame and rumination in gifted female students. Teaching life skills in gifted students significantly increases the use of adaptive cognitive emotion regulation strategies and decreases the use of non-adaptive cognitive emotion regulation strategies.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation, Life Skills, Talent

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر تیزهوش انجام گرفت. پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود و جامعه آماری، دانش‌آموزان دختر مشغول به تحصیل در مدارس تیزهوشان شهر تهران (متوسطه دوره دوم) در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۹۹ بودند، که با روش نمونه‌گیری در دسترس، دانش‌آموزان پایه دهم دبیرستان فرزنانگان تهران (۱۷۰ نفر)، انتخاب شده و پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) را تکمیل نمودند. از بین آنها ۳۲ نفر که نمره‌های پایینی در راهبردهای انطباقی داشتند، به عنوان گروه نمونه مشخص و به صورت تصادفی، به دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای، مهارت‌های مقابله با اضطراب و افسردگی و مدیریت استرس آموزش داده شد و گروه کنترل، آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات آموزش، پس‌آزمون و پس از گذشت یک ماه و نیم، پیگیری برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، نشان داد، آموزش مهارت‌های زندگی در دانش‌آموزان تیزهوش به صورت معنادار و پایدار، استفاده از راهبردهای انطباقی نظم‌جویی شناختی هیجان را افزایش و استفاده از راهبردهای غیرانطباقی نظم‌جویی شناختی هیجان را کاهش می‌دهد. بر این اساس می‌توان گفت استفاده از آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند در افزایش استفاده از راهبردهای انطباقی نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش راهبردهای غیر انطباقی آن موثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: تیزهوش، مهارت‌های زندگی، نظم‌جویی

شناختی هیجان

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۵/۱۶ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

۱. گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.
۳. گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

● مقدمه

دانش آموزان تیزهوش افرادی هستند که در مقایسه با همسالان خود عملکرد برتری را در یک حوزه خاص نشان می‌دهند؛ آنها از لحاظ ظاهری تفاوت چندانی با دیگران ندارند ولی از نظر درک و فهم و سرعت انتقال از تفاوت قابل توجهی برخوردار هستند؛ ذهن آنان بیدار و بصیرتشان شگفت‌آور است، قدرت روانی و توان تفکر در این افراد بسیار بالا است و چیزهایی را درمی‌یابند که دیگر افراد با هوش متوسط از درک آنها عاجزند (ورل و همکاران، ۲۰۱۹).

مانند همه دانش‌آموزان، دانش‌آموزان تیزهوش نیز با مشکلاتی روبه‌رو هستند. بررسی مشکلات دانش‌آموزان تیزهوش از دید دانش‌آموزان و والدین نشان داد که استرس از مهم‌ترین مشکلات این دانش‌آموزان است (نصیران، ایرانی، ۱۳۹۵). استرس در بین همه دانش‌آموزان وجود دارد، اما شدت آن در دانش‌آموزان تیزهوش بیشتر است. آنان نسبت به درس و تحصیل خود، حساسیت بیشتری به خرج می‌دهند زیرا خانواده و اطرافیان آن‌ها نیز با فشارهایشان، همواره اهمیت تحصیل را به ایشان یادآوری می‌کنند (تان و یاتس، ۲۰۱۱). دانش‌آموزان تیزهوش به دلیل تحمل فشار تحصیلی، انجام تکالیف شناختی گسترده، وجود فضای رقابتی شدید در مدرسه، دچار آسیب‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب می‌شوند (گوئنول و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج یک زمینه‌یابی نشان داده است که اغلب نوجوانان (۶۷ درصد نوجوانان) فشارهای آموزشی را به‌عنوان بزرگ‌ترین استرس زندگی‌شان در نظر می‌گیرند (مرادی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). دانش‌آموزان تیزهوش، معمولاً فشار روانی زیادی برای گرفتن نمره‌های بالا احساس می‌کنند و برای عالی بودن در همه زمینه‌ها، احساس اجبار می‌کنند که این حالت را نشانگان کمال‌گرایی می‌نامند (افروز و همکاران، ۱۳۹۲). از طرفی سن نوجوانی از مراحل مهم و برجسته‌تر رشد و تکامل اجتماعی و روانی فرد به شمار می‌رود و نیاز به تعادل هیجانی و عاطفی، کسب مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی و نحوه‌ی مقابله با چالش‌های زندگی، از مهمترین نیازها برای نوجوانان به شمار می‌رود (شعاری‌نژاد، ۱۳۹۴). لذا دانش‌آموزانی که مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا را ندارند، به نوعی مقهور آن‌ها خواهند شد و بدین ترتیب مستعد اختلال‌های روانی، عاطفی، افسردگی، اضطراب و رفتارهای ضد اجتماعی خواهند شد. این دانش‌آموزان در فرایند تصمیم‌گیری نیز دچار مشکل می‌شوند (گیتنر، ۲۰۰۸).

از جمله مداخلاتی که می‌تواند منجر به سلامت روانی و موفقیت و پیشرفت این دانش‌آموزان شود، آموزش مهارت‌های زندگی به ایشان است. سازمان جهانی بهداشت، مهارت‌های زندگی را چنین تعریف نموده است: "توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت به گونه‌ای که فرد بتواند با چالش‌ها و ضروریات زندگی روزمره کنار بیاید." و در این راستا ۱۰ مهارت را به‌عنوان مهارت‌های اصلی زندگی، شامل مهارت‌های: تصمیم‌گیری، حل مسأله، تفکر خلاق، تفکر نقاد، توانایی برقراری ارتباط مؤثر، مهارت ایجاب و حفظ روابط بین فردی، خودآگاهی، همدلی کردن، مقابله با هیجان و مقابله با استرس معرفی نموده است (کرد نوقابی و شریفی، ۱۳۸۴). در تحقیقات مختلف، آموزش مهارت‌های زندگی بر رفع بسیاری از اختلال‌های رفتاری و روانی دانش‌آموزان اثرگذار بوده است؛ از جمله می‌توان به تحقیقات داویز (۲۰۰۲)، سمیرکوتا (۲۰۰۳)، اسمیت (۲۰۰۵)، واشقانی (۱۳۸۴)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۰)، بندک (۱۳۹۴) و گایاتری (۲۰۱۷) اشاره کرد که در تحقیقات خود اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد تحصیلی و بهبود ویژگی‌های روانی دانش‌آموزان را تایید کرده‌اند (بندک و همکاران، ۱۳۹۹).

از زمینه‌های مهم دیگری که با مهارت‌های زندگی رابطه متقابل داشته و در توانمندسازی و سازگاری مؤثر افراد با مقتضیات محیطی، نقش اساسی ایفا می‌کند، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان است (کلینگمن، ۲۰۰۹)، زیرا دو مؤلفه مهار کردن هیجان‌ات و مقابله با استرس از برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، به راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان اختصاص می‌یابد (حسنی، ۱۳۹۰). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، به صورت فرآیندهایی که از طریق آن، افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را تجربه و ابراز کنند، توصیف شده است (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا رخداد آسیب‌زا گفته می‌شود و در فرآیندهای مختلف بهنجار و نابهنجار نقش اساسی داشته و ما را قادر می‌سازد با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع متنوع محیطی پاسخ دهیم (واحدی، هاشمی و عینی پور، ۱۳۹۲). هر گونه نقص در تنظیم هیجان‌ات می‌تواند فرد را در قبال مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد. مطالعات روان‌شناختی،

نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامت عمومی، سازگاری و تاب‌آوری، داشتن عملکرد موفق در روابط، تحصیل، شغل و اختلال‌های روانشناختی مانند افسردگی است (بیان‌فر، کمالی و خضری، ۱۳۹۹).

آموزش مهارت‌های زندگی نه تنها بر مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان تاثیر دارد (موتیسو و همکاران، ۲۰۱۸)، بلکه از همبسته‌های اساسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان است و می‌توان با طراحی مداخلات مبتنی بر مهارت‌های زندگی گام‌های اساسی در توانمندسازی روانشناختی و هیجانی نوجوانان برداشت (میرزایی و حسنی، ۱۳۹۷). هم چنین اجرای آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش مولفه‌های منفی تنظیم شناختی هیجان و افزایش مولفه‌های مثبت تنظیم شناختی هیجان (بزمی و همکاران، ۱۳۹۷، بیان‌فر، کمالی و خضری، ۱۳۹۹)، نظم‌دهی هیجانی (وحیدی و همکاران، ۱۳۹۷، یداف و اقبال، ۲۰۰۹)، کاهش تنیدگی و در نتیجه کیفیت زندگی (یانکی و وناندایواس (۲۰۱۲)، افزایش توانایی حل مسأله، خودآگاهی، کاهش خشم، اضطراب، افسردگی، کم‌رویی، مقابله با بحران و افزایش جرات‌مندی (ماتسن و همکاران، ۲۰۱۳)، اثر معناداری دارد.

اهمیت و ضرورت این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که دانش‌آموزان تیزهوش، به عنوان یکی از سرمایه‌های مهم هر کشورند و توجه به آن‌ها و کیفیت نظام آموزشی‌شان، باعث رشد و بالندگی هر جامعه‌ای خواهد شد. با توجه به اینکه بیشتر پژوهش‌ها بر روی دانش‌آموزان عادی و یا دانشجویان و یا در مدارس دوره اول انجام شده است و در مورد تیزهوشان دختر دوره دوم نتایجی در دست نبود، خلاء مورد نظر، ما را بر آن داشت که در این پژوهش به این گروه از دانش‌آموزان توجه کنیم.

علیرغم اینکه یافته‌های پژوهشی، بر اثرگذاری آموزش مهارت‌های دهگانه زندگی و نقش مهم آن‌ها در پیشگیری و بهداشت روانی دانش‌آموزان از جمله بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان تاکید می‌کنند؛ ولی پژوهشی که نشان دهد آموزش مدیریت استرس و اضطراب بر نظم‌جویی شناختی تیزهوشان چه اثری دارد، یافت نشد. در واقع با توجه به خلاء پژوهشی موجود، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که آیا آموزش دو مهارت مدیریت استرس و غلبه بر خلق منفی (اضطراب و افسردگی)، بر بهبود «راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان» دانش‌آموزان دختر تیزهوش، موثر است؟

• روش

جامعه، نمونه و روش اجرا

نوع پژوهش از نظر هدف، کاربردی و روش آن شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه آزمون پیگیری است. جامعه آماری آن، دانش‌آموزان دختر مدارس تیزهوشان شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ (متوسطه دوره دوم) بودند، که با روش نمونه‌گیری در دسترس، دانش‌آموزان پایه دهم دبیرستان تیزهوشان فرزنانگان ۱ تهران انتخاب شدند. لازم به ذکر است، دانش‌آموزان این نمونه در دسترس از مناطق ۱ تا ۱۹ تهران به دبیرستان فرزنانگان راه یافته‌اند. در ابتدا تمام دانش‌آموزان پایه دهم دبیرستان (۱۷۰ نفر) فرم پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تکمیل نموده و از بین آن‌ها ۴۰ نفر از دانش‌آموزانی که نمره‌های پایین‌تری در تنظیم شناختی هیجان بدست آورده بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. تعدادی از دانش‌آموزان در روند پژوهش به دلیل مشکلاتی، از قبیل تداخل برنامه‌های آموزشی دیگر، از این پژوهش کناره‌گیری کردند و در نهایت ۳۲ دانش‌آموز پس از احراز ملاک‌های ورود انتخاب و به طریق واگذاری تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. هم‌تاسازی گروه‌ها بر اساس سن و پایه تحصیلی انجام شد. ملاک‌های ورود دانش‌آموزان برای ورود به گروه نمونه عبارت بود از: ۱- اعلام موافقت، همکاری و علاقه‌مندی دانش‌آموز و والدینش به شرکت در جلسات آموزشی ۲- حضور مرتب در جلسات آموزشی ۳- نمره به دست آمده از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان پایین‌تر از حد میانگین باشد. ملاک‌های خروج از مطالعه: ۱- دانش‌آموزانی که همزمان در کلاس‌های آموزشی دیگری ثبت‌نام کرده‌اند ۲- غیبت در جلسات آموزشی.

لازم به ذکر است، جهت محتوای جلسات کارگاه آموزشی، از بسته آموزشی «آموزش مهارت‌های زندگی، راهنمای مدرّس» که توسط فتی و همکاران (۱۳۹۵) تهیه گردیده است و منابع دیگری مانند، مهارت‌های زندگی کلینیک (۱۳۹۷) و کارگاه مربیگری مهارت‌های زندگی موسسه روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران با نظارت استاد راهنما و مشاور رساله‌ی دکتری استفاده شد.

• ابزارها

الف. پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - CERQ): این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) تدوین شده و پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خودگزارشی است که با ۹ مولفه، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، توسعه دیدگاه، سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگاری، سرزنش دیگری) دارای ۳۶ ماده است و در دامنه‌ای پنج درجه‌ای (از همیشه تا هرگز) این مولفه‌ها را مورد سنجش قرار می‌دهد. راهبردهای سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگاری، سرزنش دیگری، راهبردهای ناسازگارانه و راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، توسعه دیدگاه، راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان را نشان می‌دهند. سازندگان پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازگارانه ۰/۹۱ و برای راهبردهای ناسازگارانه ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (محمدی و فولاد چنگ، ۱۳۹۸). فرم فارسی این مقیاس به وسیله سامانی و صادقی (۱۳۹۰) مورد اعتباریابی قرار گرفته و آنها نشان دادند که راهبردهای ناسازگار دارای همبستگی مثبت معنادار با افسردگی، اضطراب و استرس و راهبردهای سازگار، دارای همبستگی منفی معنادار با شاخص‌های سلامت روان هستند (سامانی و صادقی ۱۳۹۰).

• شیوه اجرا

در ابتدا تمام دانش‌آموزان پایه دهم دبیرستان (۱۷۰ نفر) فرم پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان را تکمیل نمودند. این مرحله از اجرای تحقیق کلاس‌ها بصورت حضوری بود و هنوز بیماری کرونا شیوع نیافته بود، اما مراحل پس‌آزمون و پیگیری به دلیل همزمانی این پژوهش با همه‌گیری کووید ۱۹ به صورت مجازی انجام شد. در ابتدا در محیط WhatsApp گروهی تشکیل شد و دانش‌آموزانی که در گروه آزمایش بودند به عضویت درآمدند و سپس جلسات بصورت ۷۰ دقیقه‌ای در محیط Snagit ضبط شده و در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفتند. سپس کلاس‌ها بصورت تعاملی در پلتفرم SkyRoom تشکیل شد. آگاهی لازم به والدین دانش‌آموز و خود دانش‌آموز مبنی بر اینکه قرار است مهارت‌های مدیریت استرس و اضطراب را فرا گیرند داده شد و ایشان موافقت‌شان را اعلام کردند. مهارت‌های مقابله با خلق منفی (اضطراب و افسردگی) و مدیریت استرس به مدت ۱۲ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای، به گروه آزمایش، آموزش داده شد و گروه کنترل در این مدت، این آموزش‌ها را دریافت ننمود. پس از اتمام جلسات آموزش، پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. پس از گذشت یک ماه و نیم در مرحله پیگیری نیز، از هر دو گروه آزمون به عمل آمد. برنامه جلسات آموزشی به شرح زیر است:

جدول ۱. محتوای جلسات مهارت‌های مدیریت استرس و غلبه بر اضطراب و افسردگی

جلسه اول	معرفی مهارت‌های زندگی و هدف از تشکیل جلسات، تعریف استرس، تغییرات مثبت و منفی زندگی، ادراک تغییر، هدف از مدیریت استرس، غلبه یا سازگاری
جلسه دوم	مراحل مدیریت استرس، شناسایی عامل تغییر، دسته بندی منابع ضعف بر اساس کانون کنترل و قابلیت دستکاری همراه با مثال (کنکور)
جلسه سوم	پیامدهای شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک استرس، طراحی و اجرای راهکارهای مدیریت استرس
جلسه چهارم	آشنایی با سبک‌های هیجان‌مدار و مساله‌مدار (سالم و ناسالم)
جلسه پنجم	راهبردهای مدیریت استرس مبتنی بر دستکاری محیط و سبک زندگی، مبتنی بر تقویت منابع بین فردی
جلسه ششم	راهبردهای مدیریت استرس: مبتنی بر مداخلات ادراکی، مبتنی بر کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی
جلسه هفتم	مرور جلسات مرتبط با مهارت مدیریت استرس و پاسخ به سوالات دانش‌آموزان
جلسه هشتم	آشنایی با هیجان‌های پایه، تفاوت خلق و هیجان، شناسایی نوع و ماهیت اضطراب، شناسایی عوامل فعال‌ساز اضطراب در فرد
جلسه نهم	آموزش روانی، علت و فرایند اضطراب، مواجهه با اضطراب، رفتارهای ایمنی‌بخش، مراحل مواجهه عینی
جلسه دهم	مراحل مواجهه‌ی ذهنی، علایم و نشانه‌های شناختی، هیجانی و فیزیولوژیک افسردگی
جلسه یازدهم	چرخه‌ی رهایی از افسردگی، اصلاح سبک زندگی، بازسازی شناختی
جلسه دوازدهم	مرور جلسات مرتبط با اضطراب و افسردگی و پاسخ به دانش‌آموزان

• روش تجزیه و تحلیل داده ها

به منظور بررسی میزان تاثیر مداخلات انجام شده، از آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته و آزمون بونفرونی، همراه با آزمون‌های بررسی پیش فرض‌های آماری) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵، استفاده شد.

• یافته‌ها

ویژگی های توصیفی نمونه پژوهش نشان می‌دهد که فراوانی سنی ۱۵ ساله‌ها در گروه آزمایش ۳۷/۵ درصد و در گروه کنترل ۵۰ درصد است. فراوانی سنی ۱۶ ساله‌ها در گروه آزمایش ۶۲/۵ درصد و در گروه کنترل ۵۰ درصد بود.

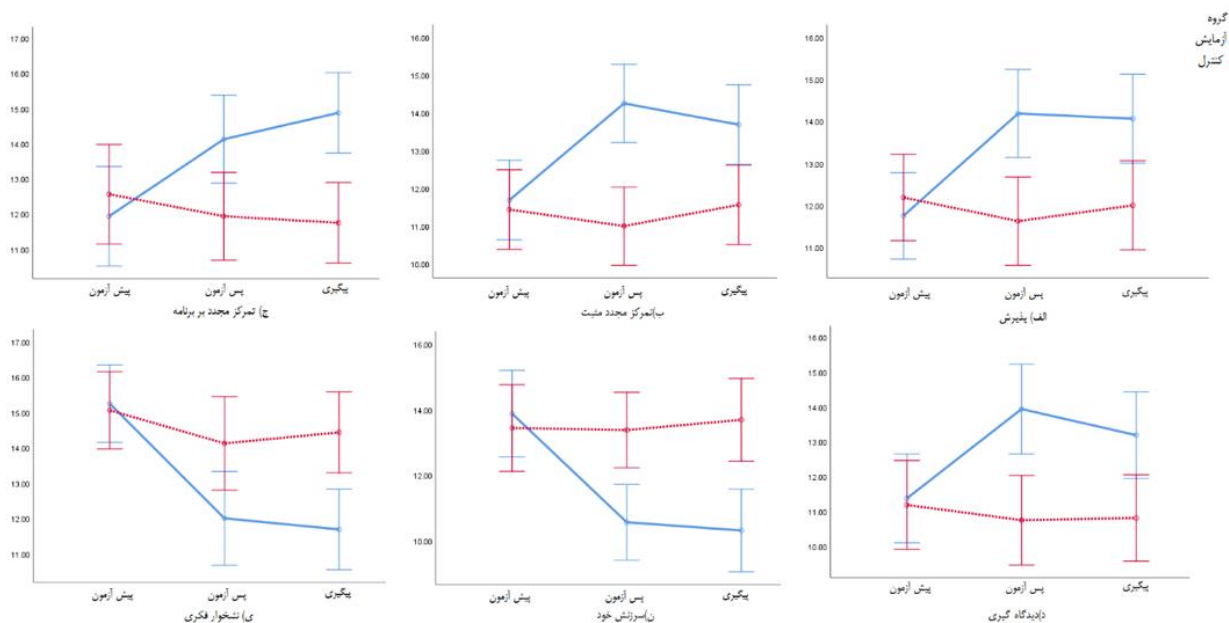
جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک، نظم‌جویی شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگران) در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مربوط به مؤلفه‌های نظم‌جویی شناختی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
پذیرش	آزمایش	۱۱/۷۵ ± ۱/۹۵	۱۴/۱۹ ± ۲/۰۷	۱۴/۰۶ ± ۲/۱۱
	کنترل	۱۲/۱۹ ± ۲/۱۷	۱۱/۶۲ ± ۲/۱۳	۱۲/۰۰ ± ۲/۱۳
تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	۱۱/۶۹ ± ۲/۰۶	۱۴/۲۵ ± ۲/۳۵	۱۳/۶۷ ± ۲/۲۱
	کنترل	۱۱/۴۴ ± ۲/۱۶	۱۱/۰۰ ± ۱/۷۵	۱۱/۵۶ ± ۱/۹۷
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	آزمایش	۱۱/۹۴ ± ۲/۷۶	۱۴/۱۳ ± ۲/۷۵	۱۴/۸۷ ± ۲/۱۲
	کنترل	۱۲/۵۶ ± ۲/۸۷	۱۱/۹۴ ± ۲/۲۱	۱۱/۷۵ ± ۲/۴۳
ارزیابی مجدد مثبت	آزمایش	۱۱/۰۶ ± ۲/۸۷	۱۲/۵۰ ± ۲/۹۰	۱۲/۹۵ ± ۲/۹۷
	کنترل	۱۰/۷۵ ± ۳/۲۳	۱۰/۰۶ ± ۲/۶۹	۱۰/۵۶ ± ۲/۳۷
دیدگاه‌گیری	آزمایش	۱۱/۳۷ ± ۲/۷۳	۱۳/۹۴ ± ۲/۸۶	۱۳/۱۹ ± ۲/۲۰
	کنترل	۱۱/۱۹ ± ۲/۳۴	۱۰/۷۵ ± ۲/۲۳	۱۰/۸۱ ± ۲/۷۴
سرزنش خود	آزمایش	۱۳/۸۸ ± ۳/۱۰	۱۰/۵۶ ± ۲/۳۱	۱۰/۳۱ ± ۲/۷۷
	کنترل	۱۳/۴۵ ± ۲/۰۹	۱۳/۳۷ ± ۲/۳۱	۱۳/۶۸ ± ۲/۲۴
نشخوار فکری	آزمایش	۱۵/۲۵ ± ۲/۰۵	۱۲/۰۰ ± ۳/۰۶	۱۱/۶۹ ± ۲/۵۷
	کنترل	۱۵/۰۷ ± ۲/۳۲	۱۴/۱۳ ± ۲/۱۹	۱۴/۴۵ ± ۱/۹۶
فاجعه‌انگاری	آزمایش	۱۳/۵۰ ± ۲/۷۸	۱۱/۸۱ ± ۲/۷۱	۱۱/۲۵ ± ۲/۸۹
	کنترل	۱۲/۸۱ ± ۳/۴۳	۱۲/۷۵ ± ۲/۲۱	۱۲/۸۷ ± ۱/۸۲
سرزنش دیگران	آزمایش	۱۲/۸۷ ± ۲/۳۰	۱۰/۸۱ ± ۲/۶۴	۱۱/۰۶ ± ۲/۰۴
	کنترل	۱۲/۳۸ ± ۲/۷۳	۱۲/۰۶ ± ۳/۴۵	۱۲/۰۷ ± ۲/۶۴

به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو-ویلک هر یک از مؤلفه‌ها در هر دو گروه و در هر سه مرحله اجرا مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان داد که شاخص مزبور برای دو مؤلفه پذیرش و دیدگاه‌گیری در گروه آزمایش به ترتیب در مراحل پس‌آزمون و پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اگرچه این یافته به معنای آن است که توزیع داده‌های مربوط به آن دو مؤلفه در گروه مزبور و در مراحل یاد شده نرمال نیست، با وجود این با توجه به سطح معناداری شاخص شاپیرو-ویلک، برابری حجم نمونه‌ها در دو گروه و مقاومت آزمون‌های خانواده تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها، چنین نتیجه‌گیری کرد که این مسئله نتایج تحلیل را تحت تاثیر قرار نخواهد داد. نتیجه آزمون لون نشان داد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به مؤلفه‌های راهبردهای نظم‌جویی شناختی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بر این اساس مفروضه همگنی واریانس‌های خطا نیز برای داده‌های مربوط به مؤلفه راهبردهای نظم‌جویی شناختی برقرار بود. همچنین نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری $(F(9, 22) = 0.27, P > 0.05)$ در مقایسه پیش‌آزمون مؤلفه‌های راهبردهای نظم‌جویی شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که پیش از اجرای متغیر مستقل بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشته و بنابراین مفروضه استقلال متغیر وابسته از عضویت گروهی برای داده‌های مربوط به مؤلفه‌های آن برقرار

جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان برای مؤلفه‌های پذیرش ($F(2, 60) = 5.19, P = 0.008, \eta^2 = 0.147$)، تمرکز مجدد بر برنامه ($F(2, 60) = 6.32, P = 0.003, \eta^2 = 0.174$) و سرزنش خود ($F(2, 60) = 5.77, P = 0.005, \eta^2 = 0.161$) و برای مؤلفه‌های تمرکز مجدد مثبت ($F(2, 60) = 3.74, P = 0.029, \eta^2 = 0.111$) و دیدگاه‌گیری ($F(2, 60) = 0.140, \eta^2 = 0.140$)، در سطح ۰/۰۱ و نشخوار فکری ($F(2, 60) = 4.88, P = 0.011, \eta^2 = 0.128$) و نشخوار فکری ($F(2, 60) = 4.40, P = 0.017, \eta^2 = 0.128$) در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در همین راستا نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد که اجرای متغیر مستقل باعث شده تا در گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش یابد و میانگین نمرات مؤلفه‌های سرزنش خود و نشخوار فکری کاهش یابد. نمودارهای شکل ۱ تغییرات مربوط به مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، سرزنش خود و نشخوار فکری نظم‌جویی شناختی را در طول اجرای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.



شکل ۱. نمودار مربوط به تغییرات مؤلفه‌های نظم‌جویی شناختی

• بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت‌های زندگی)، به صورت معنادار سبب شد در گروه آزمایش، میانگین نمرات راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش یابد. بدین ترتیب، چنین نتیجه‌گیری شد که آموزش مهارت‌های زندگی به صورت معنادار استفاده از راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری را در دانش‌آموزان تیزهوش به صورت پایدار افزایش می‌دهد. این نتایج با نتایج بدست‌آمده در پژوهش‌های (موتیسو و همکاران (۲۰۱۸)، وحیدی و همکاران (۱۳۹۷)، ماتسن، فی و اسمیت (۲۱۱۳)، بندک و همکاران (۱۳۹۹)، میرزایی و حسنی (۱۳۹۷) یداف و اقبال (۲۰۰۹)، یانکی و وناندایواس (۲۰۱۲) و بزومی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. تنها مولفه‌ی ارزیابی مجدد مثبت در این میان تغییر معناداری نداشته است. ارزیابی مجدد مثبت یعنی معنای مثبت بخشیدن به رویدادها و اتفاقات دوران رشد، یا جستجوی جنبه‌های مثبت یک رویداد و همچنین فکر کردن به اینکه این اتفاقات می‌تواند فرد را قوی‌تر کند. مطالعات نشان داده‌اند این راهبرد با عزت نفس و خوشبینی رابطه مثبت و با اضطراب، رابطه منفی دارد. در مجموع فرد در برخورد با شرایط ناگوار به تجارب ارزشمند ناشی از رویارویی با شرایط به وجود آمده می‌پردازد و بر سازنده بودن این شرایط تاکید می‌کند (گارنفسکی، کرایچ و اسپانیهون، ۲۰۰۲).

افزایش نیافتن مولفه ارزیابی مجدد مثبت می‌تواند ناشی از این باشد که دانش‌آموزان به عنوان مثال در مورد واقعه‌ای که درگیر آن بوده‌اند، یعنی کرونا جنبه‌های مثبت کمی یافته‌اند و شاید نتوانسته‌اند خود را متقاعد کنند که از این واقعه بیشتر بیاموزند. افراد تیزهوش هنگامی که با واقعیت‌های دردناک جامعه، که بعضاً همسالانشان از درک آنها عاجزند، روبرو می‌شوند، دچار نگرانی و اضطراب می‌شوند. علاوه بر این، با توجه به این که این افراد از ادراک بالایی برخوردارند، نسبت به اشتباهاتی که در جامعه اتفاق می‌افتد آگاهی بیشتری دارند. در نتیجه ممکن است در انجام هر عملی احساس یأس و ناامیدی کنند (گالبرایت و تیرز، ۱۹۸۵). بدیهی است این دانش‌آموزان در مهم‌ترین دوره تحصیلی خود قبل از ورود به دانشگاه قرار گرفته‌اند و پس از سال‌ها تلاش، قرار است نتایج موفقیت‌آمیز خود را مشاهده کنند و بیماری کووید ۱۹ سبب شد تا بزرگترین تغییر زندگی خود را مشاهده کرده و احساس کنند نسبت به دانش‌آموزان قبل از خود شرایط کاملاً دشوارتری را تجربه می‌کنند.

از طرفی اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت‌های زندگی)، باعث شد تا در گروه آزمایش میانگین نمرات راهبردهای سرزنش خود و نشخوار فکری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش یابد. بدین ترتیب در آزمون فرضیه چنین نتیجه‌گیری شد که آموزش مهارت‌های زندگی به صورت معنادار استفاده از راهبردهای غیر انطباقی سرزنش خود و نشخوار فکری را در دانش‌آموزان تیزهوش کاهش می‌دهد. این نتایج با نتایج بدست آمده در پژوهش‌های بزمی و همکاران (۱۳۹۷)، (موتیسو و همکاران (۲۰۱۸)، یانکی و وناندابیواس (۲۰۱۲)، وحیدی و همکاران (۱۳۹۷)، میرزایی و حسنی (۱۳۹۷)، یداف و اقبال (۲۰۰۹)، ماتسن، فی و اسمیت (۲۰۱۳) و بندک و همکاران (۱۳۹۹) همسو است.

افزایش استفاده از راهبردهای انطباقی نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای غیرانطباقی نظم‌جویی شناختی هیجان در این پژوهش می‌توان بدین گونه تبیین کرد که افراد حضور یافته در پژوهش، بر اساس مهارت‌های آموخته شده، توانسته‌اند استرس خود را مدیریت نمایند و بر هیجانات خود تا حدودی چیره شوند. معمولاً دانش‌آموزان تیزهوش (خصوصاً در مدارس تیزهوشان)، تحت فشارهای مختلف خود، اولیاء و معلمان قرار می‌گیرند. دانش‌آموزانی که تحت آموزش مهارت‌های زندگی (مدیریت استرس و مقابله با خلق منفی) قرار گرفتند، موفق شدند از روند ایجاد استرس و عوامل ایجادکننده آن و پیامدهای شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک استرس، آگاه شوند و منابع ضعف خود را بر اساس کانون کنترل و قابلیت دستکاری، دسته‌بندی نمایند و یاد بگیرند که چگونه با استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار سالم، بر برخی عوامل استرس‌زا غلبه پیدا کنند و یا با برخی دیگر سازگار شوند. همچنین شناخت دانش‌آموزان از هیجان‌های پایه، انواع اضطراب، دلایل ایجاد اضطراب مانند ناامنی و عدم شایستگی و آموختن راه‌های مقابله با اضطراب مانند مواجهه ذهنی و عینی، سبب شد دانش‌آموزان ضمن شرکت در بحث‌های گروهی کلاس، به علت‌های اضطراب خود آگاه شوند و احساس کنند که فقط خودشان نیستند که چنین حالاتی را تجربه کرده‌اند بلکه دوستان دیگرشان نیز این ویژگی‌ها را داشته‌اند و بتوانند با راهکارهای آموخته‌شده بر اضطراب‌های خود چیره شوند. دانش‌آموزان با آگاه شدن نسبت به علائم افسردگی متوجه می‌شدند که خیلی وقت‌ها، خودشان به اشتباه به خودشان برچسب می‌زدند و حال آنکه خود این برچسب‌زدن‌ها، منجر به استرس و اضطراب بیشتر می‌شده است. بی‌تردید، آگاه شدن دانش‌آموزان از الگوهای فکری معیوب که گاهی با پرداختن به آن‌ها خودمان را مضطرب می‌سازیم، مانند: تعمیم افراطی، فاجعه‌سازی، کمال‌گرایی و یاد گرفتن تکنیک‌هایی برای مدیریت زمان، خودآرام‌سازی، پذیرش خود، پذیرفتن استرس و اضطراب به عنوان بخشی از زندگی، متوقف ساختن افکار منفی، پرهیز از دنبال کردن اخبار منفی، مخصوصاً اخبار ناشی از کرونا و ایجاد لحظاتی شاد و مفرح در کنار خانواده با گفتگوهای صمیمانه در افزایش استفاده از راهبردهای انطباقی نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای غیر انطباقی نظم‌جویی شناختی هیجان، بی‌تاثیر نبوده است.

• نتیجه‌گیری

از آنجایی که این پژوهش همزمان با دوران کرونا بوده است، لازم است به نکاتی چند در این خصوص توجه کنیم. کرونا سبب شد دانش‌آموزان دسترسی به آموزش‌های حضوری نداشته باشند و نتوانند در تعامل با معلمان خود قرار بگیرند. از طرفی به دلیل دور شدن از محیط مدرسه و محروم ماندن از امکاناتی که در فضای واقعی وجود دارد، مانند آزمایشگاه‌ها، سالن ورزشی، حیاط، کلاس‌ها، محروم ماندن از ارتباط با همسالان، مشکلات استفاده از نرم‌افزارها در فضای مجازی، مشکلات اینترنت و ... معمولاً میزان استرس و اضطراب

بیشتر می‌شود و حال آنکه این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های زندگی حتی در دوران کرونا که عوامل استرس‌زا به گفته پژوهش‌ها میزان استرس بیشتری را بر دانش‌آموزان تحمیل کرده است، تاثیر گذار بوده و توانسته به صورت معنادار استفاده از راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری را در دانش‌آموزان تیزهوش به صورت پایدار افزایش و استفاده از راهبردهای غیر انطباقی سرزنش خود و نشخوار فکری را به صورت معنادار کاهش دهد. نکته قابل توجه این است که استراتژی‌های منفی تنظیم شناختی هیجان دارای همبستگی مثبت معنادار با افسردگی، اضطراب و استرس و استراتژی‌های مثبت دارای همبستگی منفی معنادار با شاخص‌های سلامت روان هستند (سامانی و صادقی ۱۳۹۰). با توجه به اینکه کارکردهای متعدد روانی، شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری به موفقیت افراد در تنظیم شناختی هیجان وابسته است (محمدی و فولاد چنگ، ۱۳۹۷) و با عنایت به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران آموزش و پرورش، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را به آموزش‌های دوره اول و دوم متوسطه بیافزایند، زیرا جامعه دانش‌آموزی ما از جمله دانش‌آموزان مدارس خاص تیزهوشان (سمپاد) که از طریق آزمون ورودی و رقابت با تعداد زیادی دانش‌آموز دیگر موفق به ورود به این مدارس شده‌اند، به این آموزش‌ها نیاز داشته و برای رهایی از استرس‌های تحصیلی و اضطراب‌های زندگی، محتوای مناسب در کتاب‌های درسی نمی‌یابند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، این است که این پژوهش در شهر تهران و در دبیرستان دوره دوم تیزهوشان دخترانه انجام گرفته است. محققان می‌توانند برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، به بررسی این موضوع در دیگر شهرهای کشور و در جامعه پسران دانش‌آموز تیزهوش و در پایه‌ها و مقاطع تحصیلی دیگر، پردازند. این پژوهش در دوران کرونا انجام شده است، لذا امکان برگزاری جلسات حضوری کارگاه آموزشی نبود. از طرفی به دلیل استفاده از فضای مجازی، دانش‌آموزان توانستند بدون زحمت ایاب و ذهاب، از آموزش‌ها استفاده کنند.

• تعارض منافع

نویسندگان این مقاله تعارض منافی ندارد.

• تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مدیریت دبیرستان فرزندگان تهران و دانش‌آموزان پایه دهم و اولیاء ایشان، نهایت سپاس و تشکر را داریم.

• منابع

- افروز، غلامعلی؛ ارجمندنیا، علی اکبر؛ تقی زاده، حسین؛ قاسم زاده، سوگند و اسدی، راضیه. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه ای باورهای خودکارآمدی و سلامت روان در میان دانش‌آموزان تیزهوش و عادی. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۳(۳): ۳۸-۲۷.
- بزمی، نعیمه؛ رحیمی نژاد، سارا؛ اصلانی فر، هستی؛ کربلائی، علی؛ تبریزی، حمیده؛ نقاش زاده، الهام. (۱۳۹۷). آموزش مهارت‌های زندگی بر تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*. ۴(۳): ۱۳۳-۱۴۵.
- بندک، موسی؛ ملکی، حسن؛ عباسپور، عباس؛ ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*. ۱۱(۳۱): ۲۱-۳۱.
- بندک، موسی؛ بهادری، مریم؛ ریگی، شهرزاد. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سازگاری اجتماعی و کاهش قلدری دانش‌آموزان ورزشکار مقطع متوسطه اول شهر تهران. *فصلنامه علوم حرکتی و رفتاری*. ۳(۱): ۷۹-۸۹.
- بیان‌فر، فاطمه؛ کمالی، محمد و خضری، مینا. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان. پنجمین همایش ملی علمی پژوهشی روانشناسی و علوم تربیتی. شیروان. ایران.
- حسنی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۹(۴): ۲۲۹-۲۴۰.
- حسنی، جعفر؛ میرزایی، سیدحسین. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*. ۷(۲): ۴۰۵-۴۱۷.
- سامانی، سیامک؛ صادقی، لادن. (۱۳۹۰)، کفایت شاخص‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*. ۱(۱): ۵۱-۶۲.
- سیاح، مهدی؛ اولی پور، علیرضا؛ اردمه، علی؛ شهیدی، شکوه و یعقوبی عسگرآباد، اسماعیل. (۱۳۹۳). پیش‌بینی سلامت روان و عملکرد تحصیلی

- دانشجویان از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. *مجله علمی- پژوهشی توسعه ی آموزش جندی شاپور*. ۱۵(۱): ۳۷-۴۴.
- شفیعی، صابر؛ عسکری، بهروز و محمدی، رضاعلی. (۱۳۹۹). مهارت‌های زندگی. پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش. ۲۲: ۵۱-۶۳.
- شعاری نژاد، علی اکبر. (۱۳۹۴). نقش فعالیت‌های فوق برنامه در تربیت نوجوانان. تهران: موسسه اطلاعات.
- فروتن بقا، پریسا؛ نظامی، ماندانا؛ سلطانی نژاد، امیر؛ اسکندری، ح. و منظری توکلی، وحید. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت نفس و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان پسر مقطع اول متوسطه. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۶(۳): ۶۱-۷۲.
- کرد نوقابی، رسول و شریفی، حسن‌پاشا. (۱۳۸۴). تهیه و تدوین برنامه درسی مهارت‌های زندگی برای دانش‌آموزان دوره متوسطه. *فصل‌نامه نوآوری‌های آموزشی*. ۴(۱۲): ۱۲-۳۴.
- کلینکه، کریس ال. (۱۳۹۷). *مجموعه کامل مهارت‌های زندگی*. ترجمه: شهرام محمد خانی. تهران، انتشارات رسانه تخصصی.
- محمدی، حمیده و فولاد چنگ، محبوبه (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای نیازهای اساسی روانشناختی در رابطه بین ارزش‌های فرهنگی (فردگرایی - جمع‌گرایی) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *مجله روانشناسی*. ۲۳(۱): ۱۹-۳۵.
- محمدی، حمیده و فولاد چنگ، محبوبه (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای سبک‌های پردازش هویت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *مجله روانشناسی*. ۲۲(۳): ۳۰۸-۳۲۵.
- مرادی‌زاده، سیروس؛ ویسکرمی، حسنعلی، میردیکوند، فضل‌اله، اقدم پور، عزت‌اله. غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۸). مقایسه اثر بخشی روان درمانگری مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری- تحصیلی و استرس تحصیلی دانش‌آموزان دختر تیزهوش. *نشریه روانشناسی افراد استثنایی*. ۹(۳۴): ۷۹-۱۱۰.
- موتابی، فرشته، محمدخانی، شهرام، کاظم‌زاده عطوفی، مهرداد. فتی، لادن. (۱۳۹۵). *آموزش مهارت‌های زندگی ویژه مدارس*. تهران. نشر میانکوشک.
- نصیران، صدیقه و ایروانی، محمد رضا (۱۳۹۵). بررسی مشکلات دانش‌آموزان تیزهوش در مدارس استعداد‌های درخشان از نظر دانش‌آموزان و والدین. *نشریه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*. ۲(۱): ۱-۲۷.
- واحدی، شهرام، هاشمی، تورج، عینی پور، جواد. (۱۳۹۲). بررسی رابطه کنترل هیجانی و تنظیم شناختی هیجان با باورهای وسواسی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر رشت. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*. ۱۵(۲): ۶۴-۷۰.
- وحیدی، محمد، ابویی مهریزی، وجیهه، قادری، عبدالرسول، مهمنی، آنوشا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر خود تنظیمی هیجانی دانش‌آموزان پسر متوسطه شهر شیراز. *فصلنامه آموزش پژوهی*. ۴(۱۳): ۵۲-۴۳.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQshort). *Personality and Individual Differences*, 41(6): 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2002). Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Leiderorp: Datec*.
- Ginter, E.J (2008). David K. Brooks contribution to the developmentally based life skill approach. *Journal of mental health counseling*.
- Gross, J.J., Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross, (Ed), *Handbook of emotion regulation*: 3-24.
- incremental validity studies. *Journal of Career Assessment*, 14 (1), 92-115.
- Galbraith, G. M., & Thiers, B. H. (1985). In vitro suppression of human lymphocyte activity by minoxidil. *International journal of dermatology*, 24(1), 249-251.
- Guenole, F., Speranza, M., Louis, J., Fournoret, P., Revol, O., & Baleyte, J. (2015). Wechsler profiles in referred children with intellectual giftedness: Approaches for children and youth. *European Journal of Paediatric Neurology*, 19(4), 402- 410.
- Klingman, A. (2009). Psychological education: studying adolescents interests from their own perspective, *Journal of Adolescence*.
- Matson, J.L., Fee, V.E., Coe, D.A., & Smith, D. (2113). A social skills program for developmentally delayed preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4):423-433 *Medical Sciences*. 2152: 1(2): 521- 531.
- Mutiso, V., Tele, A., Musyimi, C., Gitonga, I., Musau, A., & Ndeti, D. (2018). Effectiveness of life skills education and psychoeducation on emotional and behavioral problems among adolescents in institutional care in Kenya: a longitudinal study. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(4), 351-358.
- Worrell, F.C., Subotnik, R.F., Olszewski-Kubilius, P., & Dixon, D.D. (2019). Gifted students. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 551-576.
- Yadav, P., and Iqbal, N. (2009). Impact of life skill training on self-esteem, adjustment and empathy among adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 35(10): 61-70.
- Yankey, T., Nzndabiwas, U. (2012). The impact of life skills training on reading Tibetan adolesce

مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کاستی توجه - بیش‌فعالی در دوره کووید ۱۹: نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری

The psychological problems in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the COVID-19 outbreak: the role of perceived social support, social problem-solving, and resilience

Saeed Ariapooran, PhD

Mariam Neisari M.A

سعید آریاپوران^۱

مریم نیساری^۲

Abstract

The aim of the present study was to examine the prevalence of psychological problems of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the COVID-19 outbreak and the role of perceived social support, social problem-solving and resilience in predicting it. The population included mothers of ADHD children in Rasht and Malayer cities. 136 mothers of children with ADHD participated in the study in 2020 by convenience sampling method and completed the depression, anxiety and stress (DASS), multidimensional perceived social support scale (MPSSS), revised social problem-solving inventory (RSPSI), and resilience scale (RS), were used to collect the data. Pearson correlation coefficient and multivariate regression were used to analyze the data. Descriptive results showed that 41.91% of mothers had moderate to very severe depression, 58.82% had moderate to very severe anxiety, and 49.27% had moderate to very severe stress. The stepwise regression results confirmed the significant role of negative social problem-solving styles, positive social problem-solving styles, resilience and perceived social support in predicting the psychological problems (depression, anxiety, and stress) of mothers of ADHD children in the Covid-19 outbreak, respectively ($p < 0.01$). Based on the results, strengthening the social support and psychological programs based on social problem solving and resilience will be useful for mothers of ADHD children.

Keywords: ADHD, Mothers, psychological problems, resilience, social problem-solving, social support

چکیده

هدف پژوهش حاضر شناخت شیوع مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کاستی توجه - بیش‌فعالی (ADHD) در دوره کووید ۱۹ و نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری در پیش‌بینی آن بود. جامعه آماری شامل کل مادران کودکان ADHD در شهرستان‌های ملایر و رشت بود. حجم نمونه تعداد ۱۳۶ مادر کودکان ADHD در رشت و ملایر در سال ۱۴۰۰ به صورت در دسترس انتخاب شدند. مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس، حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی، فرم کوتاه سیاهه حل مسئله اجتماعی تجدیدنظر شده و مقیاس تاب‌آوری را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شده است. نتایج توصیفی نشان داد که از میان مادران ۴۱/۹۱ درصد دارای افسردگی متوسط تا بسیار شدید، ۵۸/۸۲ درصد دارای اضطراب متوسط تا بسیار شدید و ۴۹/۲۷ درصد دارای استرس متوسط تا بسیار شدید بودند. نتایج رگرسیون گام به گام به ترتیب نقش معنادار سبک‌های حل مسئله اجتماعی منفی، سبک‌های حل مسئله اجتماعی مثبت، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده را در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ تأیید کرد ($p < 0.01$). بر اساس نتایج، تقویت حمایت اجتماعی و برنامه‌های روان‌شناختی مبتنی بر ارتقای حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری برای مادران کودکان ADHD مفید واقع خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، حل مسئله اجتماعی، حمایت اجتماعی، کاستی توجه - بیش‌فعالی، مادران، مشکلات روان‌شناختی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۶/۲۰

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران (نویسنده مسئول)

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، آموزش و پرورش ناحیه ۲ رشت

● مقدمه

از زمان شناسایی کووید ۱۹ (COVID-19) به‌عنوان یک بیماری همه‌گیر در دسامبر ۲۰۱۹ در ووهان چین، افراد زیادی به این بیماری مبتلا و در اثر آن فوت کرده‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۳). این بیماری تهدیدی برای سلامت جسمانی و روان‌شناختی است (آریاپوران و خزلی، ۲۰۲۱). تعلیق آموزش حضوری در مدارس برای جلوگیری از این بیماری، خانواده‌ها (فیگرت و کلیمنز، ۲۰۲۰) را با چالش روبه‌رو کرده است و حضور فرزندان در خانه یک عامل ایجادکننده پریشانی روان‌شناختی مادران در این دوره بوده است (مرایا و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش نقش ویژگی‌های مادران از جمله تحریک‌پذیری و کنترل تکانه در پیش‌بینی اختلال کاستی توجه- بیش‌فعالی (attention-deficit hyperkinetic disorder- ADHD) کودکان را تأیید کرده است (سپهری‌نصب و همکاران، ۱۴۰۱). علاوه بر تأثیر مادران بر کودکان ADHD، وجود این کودکان نیز ممکن است مشکلات روان‌شناختی مادران در شرایط استرس‌زا مانند کووید ۱۹ را تحت تأثیر قرار دهد؛ زیرا مدیریت این کودکان برای مادران بسیار سخت است (رینگر و گاستاوسون، ۲۰۲۰).

کودکان ADHD، بی‌توجهی و تکانش‌گری را نشان می‌دهند و ویژگی‌های مانند ثابت نشستن در یک مکان، تحرک در اطراف، نبود تمرکز طولانی‌مدت و ایجاد مشکل برای دیگران و مشکل در تکالیف مدرسه دارند (پیسگود و همکاران، ۲۰۱۶). در دوره کووید ۱۹ علائم این اختلال افزایش یافته است (بهرمن و همکاران، ۲۰۲۱). مادران این کودکان استرس بالایی نسبت به مادران کودکان عادی دارند (سی و همکاران، ۲۰۲۰) و مدیریت کودک و یادگیری پس از مدرسه در دوره کووید ۱۹ موجب مشکلات روان‌شناختی آنان شده است (تسنگ و همکاران، ۲۰۲۱). یک پژوهش در مصر نشان داد که در دوره بیماری کرونا ۵۳/۶۶ درصد مادران کودکان ADHD افسردگی، ۶۱ درصد اضطراب و ۵۳/۷ درصد استرس داشتند (یوسف و همکاران، ۲۰۲۱). قبل از کووید ۱۹ افسردگی متوسط تا شدید در مادران کودکان ADHD، ۴۰ درصد (شفاعت و تیریری، ۱۳۹۰) و اضطراب ۱۵/۶ درصد بوده است (فرخزادی و همکاران، ۱۳۹۴). از این رو تعیین متغیرهای مرتبط با مشکلات روان‌شناختی مادران این کودکان مهم است که در پژوهش حاضر سه متغیر حمایت اجتماعی (social support)، حل مسئله اجتماعی (social problem solving) و تاب‌آوری (resilience) به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شده‌اند.

حمایت اجتماعی یک منبع روانی- اجتماعی است که با تجربه یا انتظار دریافت حمایت از خانواده، دوستان و همسایگان (گراو و همکاران، ۲۰۱۲) و اندازه و نوع شبکه اجتماعی و همچنین فراوانی ارتباط در آن شبکه (لت و همکاران، ۲۰۰۹) مشخص می‌شود. حمایت اجتماعی عاملی محافظتی برای مشکلات روان‌شناختی است (دورو و همکاران، ۲۰۱۹). در دوره کووید ۱۹ در گروه‌های دیگر غیر از مادران کودکان ADHD حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب رابطه داشته است (کوی و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس پژوهش‌های قبل از کووید ۱۹، حمایت اجتماعی پایین یکی از شکایت‌های مادران کودکان ADHD بوده (پولات و کاراکاس، ۲۰۱۹) و در استرس مادران نقش عمده‌ای داشته است (سی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین رابطه بین حمایت اجتماعی و اضطراب اجتماعی و پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی مورد تأیید قرار گرفته است (ظهورپورنده و پاسبان، ۱۳۹۸)؛ اما در دوره کووید ۱۹ در مورد نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD خلا پژوهشی وجود دارد.

حل مسئله اجتماعی یعنی اینکه افراد برای تغییر ماهیت مشکل‌ساز موقعیت و رابطه خود با موقعیت راه‌حلی را در موقعیت‌های زندگی اجتماعی شناسایی و ارائه می‌کنند (دیزوریل و نیزو، ۲۰۱۰). مادران کودکان ADHD نسبت به کودکان بهنجار از راهبردهای منفی حل مسئله اجتماعی استفاده می‌کنند (ارشاد سرابی و همکاران، ۱۳۹۶). در سایر گروه‌ها از جمله نوجوانان و بیماران، حل مسئله اجتماعی با اضطراب، افسردگی و استرس مرتبط است (روآن و همکاران، ۲۰۲۲؛ اسکین و همکاران، ۲۰۱۴). اما در زمینه رابطه حل مسئله اجتماعی با مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ پژوهشی تا زمان انجام پژوهش حاضر گزارش نشده است.

تاب‌آوری فرایند سازگاری مناسب در مواجهه با سختی، تروما، فاجعه، تهدیدات یا منابع قابل توجه استرس مانند مشکلات خانوادگی و روابط، مشکلات جدی برای سلامتی، یا محیط کاری و محیط استرس‌زا است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۰) و تحمل افراد در مقابل پریشانی را تقویت می‌کند (نیلا و همکاران، ۲۰۱۶). تاب‌آوری در دوره کووید ۱۹ نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی داشته

است (کولومبی و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش نشان داده است که سطح تاب‌آوری کودکان ADHD نسبت به همسالان بدون اختلال پایین است (شفیعی‌تبار و اکبری چرمهینی، ۱۴۰۱). علاوه بر این، سطح تاب‌آوری مادران این کودکان متوسط گزارش شده است (کریمی‌راد و همکاران، ۲۰۱۹). در دوره کووید ۱۹ رابطه تاب‌آوری با اضطراب، افسردگی و استرس مراقبان کودکان خردسال و دارای مشکلات رشدی (لیم و همکاران، ۲۰۲۲؛ کینسر و همکاران، ۲۰۲۱) و قبل از کووید ۱۹ رابطه تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی (ظهورپرورنده و پاسبان، ۱۳۹۸) و سلامت روان‌شناختی مادران کودکان ADHD تأیید شده است (صادقی و همکاران، ۲۰۱۷). اما در دوره کووید ۱۹ در مورد رابطه تاب‌آوری با مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD تا زمان انجام پژوهش حاضر پژوهشی منتشر نشده است.

مسئله اصلی در این مطالعه بررسی شیوع مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ و نقش حمایت اجتماعی، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری در پیش‌بینی آن بود. پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که مادران کودکان ADHD از حمایت اجتماعی پایین، حل مسئله نامناسب و تاب‌آوری در سطح متوسط برخوردار هستند (پولات و کاراکاس، ۲۰۱۹؛ ارشاد سراپیو همکاران، ۱۳۹۶؛ کریمی‌راد و همکاران، ۲۰۱۹). از این رو، سطوح نامناسب این متغیرها در دوره کووید ۱۹ که با استرس همراه است، ممکن است سطح سلامت روان‌شناختی پایین در این مادران را به دنبال داشته باشد. بنابراین با توجه به رابطه این سه متغیر با هم (لی و همکاران، ۲۰۱۸) و بر اساس نقش آنها در آسیب‌شناسی مشکلات روان‌شناختی (لی و همکاران، ۲۰۲۱)، در پژوهش حاضر این متغیرها به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین مشکلات روان‌شناختی در مادران کودکان ADHD در نظر گرفته شده‌اند. این پژوهش می‌تواند در توجه به برنامه‌های روان‌شناختی در کاهش اثرات روان‌شناختی کووید ۱۹ نقش مؤثری داشته باشد و به پژوهشگران و روان‌شناسان خانواده و روان‌شناسان مشغول به فعالیت با کودکان ADHD کمک خواهد کرد تا بتوانند با استفاده از آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر تقویت حمایت اجتماعی و آموزش‌های مبتنی بر حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در شرایط استرس‌زا مانند دوره کووید ۱۹ نقش مؤثر داشته باشند. علاوه بر این، پژوهش‌های قبلی به مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD پرداخته‌اند و تا زمان پژوهش حاضر در مورد رابطه حمایت اجتماعی، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری با مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) این مادران در دوره کووید ۱۹ پژوهشی گزارش نشده است و انجام این پژوهش ادبیات پژوهشی را تقویت خواهد کرد. بنابراین هدف پژوهش حاضر شناخت مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کاستی‌توجه- بیش‌فعالی (ADHD) در دوره کووید ۱۹ و نقش حمایت اجتماعی، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری در پیش‌بینی آن بود.

• روش

روش پژوهش از بُعد هدف بنیادی بود و با روش همبستگی انجام شد. جامعه آماری شامل کل مادران کودکان ADHD در شهرستان ملایر و رشت در سال ۱۴۰۰ بودند. ابتدا با مراجعه به مراکز کودکان استثنایی ملایر که در آنها کودکانی که جهت کاهش علائم ADHD به‌صورت هفتگی تحت آموزش بودند، کودکان ADHD از جاع داده شده شناسایی شدند. پس از آن ۵۷ مادر انتخاب شدند؛ با توجه به اینکه نمونه کافی نبود بنا به دسترس بودن نمونه برای پژوهشگران، ۸۸ مادر نیز از شهرستان رشت به‌صورت در دسترس در پژوهش شرکت کردند که در مجموع ۱۴۵ مادر به‌عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. لازم به ذکر است که در دوره کووید ۱۹ آموزش‌های لازم جهت کاهش علائم ADHD برای همه این کودکان به تعویق افتاده بود. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها ۹ مادر پرسشنامه‌ها را ناقص تکمیل کرده بودند و نمونه نهایی به ۱۳۶ مادر (۵۲ نفر در ملایر و ۸۴ نفر در رشت) کاهش یافت. ملاک‌های ورود شامل داشتن کودک ADHD، ابتلای کودک به ADHD، حداقل سواد متوسطه دوم (افراد که تا دوره متوسطه دوم تحصیلات داشتند) و دیپلم، نداشتن مشکلات روان‌شناختی و جسمانی شدید بر اساس خوداظهاری مادران و عدم ابتلا به کووید ۱۹ در زمان جمع‌آوری داده‌ها بود. عدم رضایت و موافقت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها و ناقص تکمیل کردن پرسشنامه‌ها نیز ملاک‌های خروج بودند.

• ابزارها

الف- مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (depression, anxiety and stress scale- DASS): این مقیاس توسط لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) ساخته شده است. شیوه پاسخ‌دهی به ماده‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (اصلاً=۰ تا خیلی زیاد=۳) است. در خرده‌مقیاس‌ها، کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۴۲ است. در نهایت نمرات هر بُعد با هم جمع بسته و در ۲ ضرب می‌شوند. نمرات این سه خرده‌مقیاس در ۵ دامنه طبیعی، خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید طبقه‌بندی می‌شود (لایبوند و لایبوند، ۱۹۹۵). ضریب آلفای کرونباخ افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ بود (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۸۱ بود.

ب- مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبُعدی (the multidimensional scale of perceived social support- MSPSS):

این مقیاس توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) ساخته شده و ۱۲ ماده و سه بعد حمایت خانواده (۴ ماده)، دوستان (۴ ماده) و دیگر افراد مهم (۴ ماده) دارد. شیوه پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف و ۷= کاملاً موافق) است. نمره کل ۱۲ تا ۸۴ و برای ابعاد ۴ تا ۲۸ است. ضریب آلفای کرونباخ حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۹۱ بود (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). در ایران ضریب آلفای کرونباخ حمایت خانواد، دوستان و فرد هم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۹ بود؛ در بررسی روایی همبستگی حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم با کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۰/۷۰ و ۰/۷۴ بود (سبزی و فولادچنگ، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ بود.

ج- فرم کوتاه سیاهه حل مسئله اجتماعی تجدیدنظر شده (the social problem-solving inventory- RSPSI): این سیاهه

توسط دزوریلا و همکاران (۲۰۰۲؛ نقل از دزوریلا و همکاران، ۲۰۱۱) ساخته شده و دارای ۲۵ ماده و ۵ بعد است: جهت‌گیری مثبت، جهت‌گیری منفی، سبک منطقی، سبک اجتنابی و سبک تکانشی. شیوه پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست=۰ تا کاملاً درست=۴ است. دو خرده‌مقیاس جهت‌گیری مثبت حل مسئله سبک منطقی حل مسئله، حل مسئله سازنده و سه خرده‌مقیاس باقی‌مانده حل مسئله غیرعادی را می‌سنجند. اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شد و روایی سازه آن تأیید شده است (دزوریلا و همکاران، ۲۰۱۱). رابطه ابعاد مقیاس با مقیاس سازگاری روایی همگرایی آن را تأیید کرد (مخبری و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ جهت‌گیری مثبت، جهت‌گیری منفی، سبک منطقی، سبک اجتنابی و سبک تکانشی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۷۴ و ۰/۶۹ بود.

د- مقیاس تاب‌آوری فرم کوتاه (resilience scale -short form- RS-SF): مقیاس ۱۰ ماده‌ای تاب‌آوری از

مقیاس کانر- دیویدسون (۲۰۰۳) گرفته شده است (سینگ و یو، ۲۰۱۰). پاسخ به ماده‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۰= هرگز تا ۴= تقریباً همیشه) است. دامنه نمرات بین صفر تا ۴۰ است و نمرات بالا در این مقیاس تاب‌آوری بالا را نشان می‌دهد (سینگ و یو، ۲۰۱۰). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۵ (نوتاریو- پاچیکو و همکاران، ۲۰۱۱) بوده و روایی ملاکی آن از طریق ارتباط آن با مقیاس کیفیت زندگی ($r=0/36$) مورد تأیید قرار گرفته است (تورونین و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ بود. همچنین رابطه هر یک از ماده‌ها با نمره کل مقیاس از ۰/۵۴ تا ۰/۷۱ در نوسان بود.

• شیوه اجرا و ملاحظات اخلاقی

بعد از مراجعه به مراکز استثنایی شهرستان‌های رشت و ملایر از مادران کودکان ADHD (به صورت حضوری و آنلاین) درخواست شد که پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. قبل از اجرا و بعد از موافقت آگاهانه، مادران فرم رضایت را امضا کردند و به آنان گفته شد که داده‌های آنان محرمانه خواهد بود. مادران ۳۰ تا ۴۰ دقیقه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و پرسشنامه‌ها توسط SPSS-24 و آزمون آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری گام به گام تجزیه و تحلیل شدند.

• یافته‌ها

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود از نظر سن بیشترین تعداد مادران مربوط به سن ۳۱ تا ۳۵ سال، از نظر سطح سواد بیشترین تعداد مادران دارای مدرک کاردانی و کارشناسی، از نظر تعداد فرزند بیشترین تعداد مادران دارای یک فرزند، از نظر شغل بیشترین تعداد مادران خانه‌دار و از نظر سن کودک بیشترین تعداد سن ۷ و ۸ سال بوده است. میانگین (انحراف معیار) سن مادران و کودکان به ترتیب ۷/۸۲ (۱/۶۹) و ۱۴/۳۵ (۶/۷۷) بود.

نتایج توصیفی نشان داد که از میان مادران ۴۱/۹۱ درصد دارای افسردگی متوسط تا بسیار شدید، ۵۸/۸۲ درصد دارای اضطراب متوسط تا بسیار شدید و ۴۹/۲۷ درصد دارای استرس متوسط تا بسیار شدید بودند (جدول ۲).

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش آورده شده است؛ همچنین بر اساس مقادیر کشیدگی و چولگی که بین ۱- و ۱+ است، می‌توان گفت که بیانگر توزیع نرمال متغیرها است.

جدول ۱. توصیف سن، سواد، تعداد فرزند و شغل مادران و سن کودکان متغیرهای

سن مادران	۲۵ تا ۳۰ سال	۳۱ تا ۳۵ سال	۳۶ تا ۴۰ سال	۴۱ تا ۴۵ سال	۴۶ تا ۵۰ سال	۵۰ سال به بالا
	۳۲ (۲۳/۵۳٪)	۵۵ (۴۰/۴۴٪)	۲۱ (۱۵/۴۴٪)	۱۳ (۹/۵۶٪)	۱۰ (۷/۳۵٪)	۵ (۳/۶۸٪)
سواد مادران	متوسطه دوم	دیپلم	کاردانی	کارشناسی	کارشناسی ارشد و بالاتر	
	۲۵ (۱۸/۳۸٪)	۱۵ (۱۱/۰۳٪)	۳۹ (۲۸/۶۸٪)	۳۹ (۲۸/۶۸٪)	۱۸ (۱۳/۲۳٪)	
تعداد فرزند	۱ فرزند	دو فرزند	۳ فرزند	۴ فرزند		
	۵۶ (۴۱/۱۸٪)	۵۳ (۳۸/۹۷٪)	۲۵ (۱۸/۳۸٪)	۲ (۱/۴۷٪)		
شغل مادران	شاغل	خانه‌دار				
	۴۴ (۳۲/۳۵٪)	۹۲ (۶۷/۶۵٪)				
سن کودک	۵ سال	۶ سال	۷ سال	۸ سال	۹ سال	۱۰ سال
	۱۰ (۷/۳۵٪)	۲۴ (۱۷/۶۵٪)	۲۸ (۲۰/۵۹٪)	۲۸ (۲۰/۵۹٪)	۲۳ (۱۶/۹۱٪)	۱۳ (۹/۵۶٪)

جدول ۲. مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹

افسردگی	طبیعی (۰ تا ۹)	خفیف (۱۰ تا ۱۳)	متوسط (۱۴ تا ۲۰)	شدید (۲۱ تا ۲۷)	بسیار شدید (۲۸ و بالاتر)
	۵۸ (۴۲/۶۵٪)	۲۱ (۱۵/۴۴٪)	۴۱ (۳۰/۱۵٪)	۱۳ (۹/۵۶٪)	۳ (۲/۲۰٪)
اضطراب	طبیعی (۰ تا ۷)	خفیف (۸ تا ۹)	متوسط (۱۰ تا ۱۴)	شدید (۱۵ تا ۱۹)	بسیار شدید (۲۰ و بالاتر)
	۳۷ (۲۷/۲۱٪)	۱۹ (۱۳/۹۷٪)	۳۳ (۲۴/۲۶٪)	۳۲ (۲۳/۵۳٪)	۱۵ (۱۱/۰۳٪)
استرس	طبیعی (۰ تا ۱۴)	خفیف (۱۵ تا ۱۸)	متوسط (۱۹ تا ۲۵)	شدید (۲۶ تا ۳۳)	بسیار شدید (۳۳ و بالاتر)
	۴۸ (۳۵/۲۹٪)	۲۱ (۱۵/۴۴٪)	۳۱ (۲۲/۷۹٪)	۱۹ (۱۳/۹۷٪)	۱۷ (۱۲/۵۱٪)

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	چولگی
حمایت اجتماعی	۲۲/۰۵	۴۱/۳۵	-۱/۱۴	۰/۲۱
حمایت اجتماعی دوستان	۲۰/۰۸	۶/۱۸	-۰/۶۲	-۰/۳۳
حمایت اجتماعی افراد مهم	۱۵/۸۴	۴/۲۴	-۰/۹۴	۰/۲۶
حمایت اجتماعی	۵۷/۹۸	۱۴/۹۷	-۰/۹۴	۰/۰۵
حل مسئله اجتماعی مثبت	۶/۳۱	۳/۱۲	۰/۱۲	-۰/۷۱
سبک منطقی	۱۲/۳۷	۳/۸۱	۰/۲۵	-۰/۳۹
حل مسئله اجتماعی مثبت	۱۸/۶۸	۵/۹۳	۰/۱۰	-۰/۶۵
حل مسئله اجتماعی منفی	۱۴/۲۳	۳/۵۹	-۰/۳۱	-۰/۴۱
سبک اجتنابی	۱۶/۱۵	۳/۶۵	-۰/۳۷	-۰/۴۶
سبک تکانشی	۱۱/۶۸	۳/۸۸	-۰/۳۲	۰/۱۹
حل مسئله اجتماعی منفی	۴۷/۰۷	۸/۲۴	۱/۳۱	-۰/۶۲
مشکلات روان‌شناختی	۱۲/۵۱	۵/۲۳	۰/۷۸	-۰/۳۸
اضطراب	۱۲/۵۹	۶/۰۴	۰/۹۳	۰/۴۲
استرس	۱۲/۰۹	۵/۲۳	۰/۸۶	۰/۰۱
مشکلات روان‌شناختی	۳۷/۱۸	۱۵/۴۷	۰/۸۹	۰/۷۹
	۲۵/۹۷	۷/۰۷	-۱/۴۳	۱/۳۳

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی، سبک‌های حل مسئله اجتماعی مثبت (جهت‌گیری مثبت و سبک منطقی) و تاب‌آوری با مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) رابطه منفی معنادار وجود داشت. علاوه بر این، بین سبک‌های حل مسئله اجتماعی منفی (جهت‌گیری منفی، سبک اجتنابی و سبک تکانشی) با مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) رابطه مثبت معنادار وجود داشت.

جدول ۴. نتایج همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه متغیرهای پیش‌بین با مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹

متغیرهای ملاک				متغیرهای پیش‌بین
مشکلات روان‌شناختی	استرس	اضطراب	افسردگی	
-۰/۳۷**	-۰/۲۴**	-۰/۳۳**	-۰/۴۰**	حمایت اجتماعی خانواده
-۰/۳۲**	-۰/۲۲۵**	-۰/۳۲**	-۰/۳۰**	حمایت اجتماعی دوستان
-۰/۳۳**	-۰/۲۵**	-۰/۲۹**	-۰/۳۲**	حمایت اجتماعی افراد مهم
-۰/۳۸**	-۰/۲۷**	-۰/۳۵**	-۰/۳۹**	حمایت اجتماعی (کل)
-۰/۳۰**	-۰/۲۹**	-۰/۲۷**	-۰/۲۱*	جهت‌گیری مثبت
-۰/۳۱**	-۰/۲۲*	-۰/۳۴**	-۰/۲۶**	سبک منطقی
-۰/۳۸**	-۰/۳۵**	-۰/۳۹**	-۰/۲۷**	حل مسئله اجتماعی مثبت (کل)
۰/۵۳**	۰/۵۰**	۰/۴۵**	۰/۴۴**	جهت‌گیری منفی
۰/۵۵**	۰/۴۹**	۰/۴۳**	۰/۵۴**	سبک اجتنابی
۰/۳۵**	۰/۳۹**	۰/۲۶**	۰/۲۷**	سبک تکانشی
۰/۴۸**	۰/۵۰**	۰/۳۷**	۰/۴۰**	حل مسئله اجتماعی منفی (کل)
-۰/۴۴**	-۰/۴۵**	-۰/۳۳**	-۰/۳۹**	تاب‌آوری

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

قبل از اجرای تحلیل رگرسیون عامل تورم واریانس (variance inflation factor) کمتر از ۳ و مقدار تحمل یا اغماض (tolerance value) نزدیک به ۱ (پایین‌تر از ۱) بود که بیانگر این است که میزان هم‌خطی بین متغیرهای مستقل نگران‌کننده نیست؛ یعنی بین متغیرها رابطه هم‌خطی بالا وجود ندارد (جدول ۵). همچنین جهت بررسی استقلال خطاها به‌عنوان یکی از پیش‌فرض‌های رگرسیون خطی آزمون دوربین و اتسن مورد استفاده قرار گرفت. مقدار آماره این آزمون بین صفر تا ۴ است. اگر مقدار آماره این آزمون نزدیک به ۲ باشد بین خطاها همبستگی وجود ندارد. به‌صورت کلی اگر این آماره بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد پیش‌فرض استقلال خطاها رعایت شده است. در پژوهش حاضر مقدار این آماره ۱/۳۳ بود که بیانگر این است که استقلال خطاها مشکلی نداشته است. جدول ۵ نتایج رگرسیون چندمتغیری با روش گام به گام برای پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ از طریق حمایت اجتماعی، سبک‌های حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری را نشان داده است. نتایج رگرسیون چند متغیری گام به گام نشان داد که ۴۵ درصد واریانس مربوط به مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ از طریق متغیرهای پیش‌بین تبیین شده است ($F=26.71$; $p < 0.01$). بنابراین تاب‌آوری ($\beta=0.32$)، سبک‌های حل مسئله اجتماعی مثبت ($\beta=0.29$)، حمایت اجتماعی ($\beta=0.24$) و سبک‌های حل مسئله اجتماعی منفی ($\beta=0.15$)، به‌ترتیب در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی نقش معنادار داشته‌اند.

جدول ۵. نتایج رگرسیون چندمتغیری گام به گام برای پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ از طریق متغیرهای

پیش‌بین

VIF	تحمل واریانس	p	t	ضرایب استاندارد		R ²	R	متغیر
				ضرایب استاندارد	خطای استاندارد			
-	-	۰/۰۴	۲/۰۹	-	۱۳/۷۸	۲۸/۹۲	-	مقدار ثابت
۱/۱۵	۰/۸۷	۰/۰۰۱	-۳/۲۹	-۰/۲۳	۰/۰۷۱	-۰/۲۳	۰/۲۳	حل مسئله اجتماعی منفی
۱/۰۳	۰/۹۷	۰/۰۰۱	-۳/۳۸	-۰/۲۹	۰/۱۷۲	-۰/۷۵	۰/۳۳	حل مسئله اجتماعی مثبت
۱/۱۷	۰/۸۶	۰/۰۰۱	۴/۶۴	۰/۳۲	۰/۲۵۳	۱/۱۸	۰/۴۰	تاب‌آوری
۱/۱۴	۰/۸۹	۰/۰۰۱	-۳/۳۹	-۰/۲۴	۰/۱۵۳	-۰/۵۲	۰/۴۵	حمایت اجتماعی

● بحث

هدف پژوهش شناخت میزان شیوع مشکلات روان‌شناختی در مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ و نقش حمایت اجتماعی، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری در پیش‌بینی آن بود. نتایج نشان داد که ۴۱/۹۱ درصد مادران کودکان ADHD دارای افسردگی متوسط تا بسیار شدید، ۵۸/۸۲ درصد دارای اضطراب متوسط تا بسیار شدید و ۴۹/۲۷ درصد دارای استرس متوسط تا بسیار شدید بودند. این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی (یوسف و همکاران، ۲۰۲۱) مبنی بر شیوع درصد ۲۰ تا ۶۲ درصد اضطراب، افسردگی و استرس مادران کودکان ADHD بود. میزان شیوع بالاتر مشکلات روان‌شناختی نسبت به مطالعات قبلی در ایران (شفاعت و تیربری، ۱۳۹۰؛ فرخزادی و همکاران، ۱۳۹۴) حاکی از افزایش شیوع مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ بوده است. می‌توان گفت که مدیریت کودکان ADHD در خانه بسیار مشکل‌ساز است (رینگر و همکاران، ۲۰۲۰) و مادران در دوره کووید ۱۹ به‌عنوان مراقبان اصلی ممکن است مشکلات روان‌شناختی را بیشتر تجربه کنند؛ زیرا تعطیلی مدارس و پیش‌دبستانی‌ها باعث شده است که مادران علاوه بر مدیریت رفتارهای آنان، در امور تحصیلی نیز به کودکان کمک کنند و در پژوهش‌های قبلی تأیید شده است (تسنگ و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی با مشکلات روان‌شناختی رابطه منفی داشت و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ نقش معنادار داشته است. این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی (کوی و همکاران، ۲۰۲۰) است که رابطه حمایت اجتماعی با مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD و مادران کودکان استثنایی (سی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ظهورپرورنده و پاسبان، ۱۳۹۸) تأیید کرده‌اند.

حمایت اجتماعی یک عامل محافظتی برای مشکلات روان‌شناختی است (دورو و همکاران ۲۰۱۹) و اگر مادران کودکان ADHD که فشار روانی ناشی از مدیریت فرزند را گزارش می‌کنند (رینگر و همکاران، ۲۰۲۰) در شرایط تعطیلی مدارس و قرنطینه از منابع حمایتی از جمله حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم دیگر (مانند معلمان مراکز استثنایی و مشاوران یا پزشکان) برخوردار باشند، نه تنها شبکه اجتماعی آنان گسترده خواهد شد بلکه باعث می‌شود آسیب‌پذیری آنان در مقابل مشکلات روان‌شناختی کاهش یابد. بین سبک‌های حل مسئله اجتماعی مثبت با مشکلات روان‌شناختی رابطه منفی و بین سبک‌های حل مسئله اجتماعی منفی با مشکلات روان‌شناختی رابطه مثبت وجود داشت و نقش معنادار سبک‌های حل مسئله اجتماعی مثبت و منفی در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ تأیید شد. این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی مبنی بر رابطه حل مسئله اجتماعی با اضطراب، افسردگی و استرس است (روآن و همکاران، ۲۰۲۲)، هرچند یافته‌های قبلی مربوط به مادران کودکان ADHD نبوده است.

می‌توان گفت اگر مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ جهت‌گیری مثبتی نسبت به مسائل اجتماعی داشته باشند، سعی می‌کنند مسائل اجتماعی خود را با دیدگاهی مثبت تفسیر کنند و از طریق منطقی آن مسائل را حل کنند. زیرا جهت‌گیری مثبت افراد نسبت به مسئله، استرس را کاهش می‌دهد و موجب افزایش سطح سازگاری می‌شود (دیزوریلا و نیزو، ۲۰۱۰). اما مادران دارای جهت‌گیری منفی احتمالاً از سبک‌های حل مسئله تکانشی یا اجتنابی استفاده می‌کنند که این سبک‌ها منجر به تلاش‌های محدود، عجولانه، بدون فکر، سریع و ناقص برای حل مسئله (سبک تکانشی) و تعلل و تلاش برای انتقال مسئولیت به دیگران (سبک اجتنابی) می‌شود (دیزوریلا و نیزو، ۲۰۱۰). بنابراین اجتناب از مسئله و تکانشی عمل کردن احتمالاً موجب افزایش مشکلات روان‌شناختی می‌شود.

تاب‌آوری نیز با مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ رابطه منفی داشت و نقش معنادار تاب‌آوری در مشکلات روان‌شناختی تأیید شد. این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی در دوره کووید ۱۹ مبنی بر رابطه تاب‌آوری با مشکلات روان‌شناختی در مراقبان کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی (لیم و همکاران، ۲۰۲۲) و مادران کودکان خردسال (کینسر و همکاران، ۲۰۲۱) قرار دارد.

تاب‌آوری در هنگام استرس کارایی افراد در برابر استرس را افزایش می‌دهد (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۰). بر این اساس می‌توان گفت که مادران کودکان ADHD که از تاب‌آوری بالاتری برخوردار هستند سعی می‌کنند در مقابل تهدیدات محیط استرس‌زا سازگاری مثبت را نشان دهند و کمتر مشکلات روان‌شناختی را تجربه کنند؛ زیرا تاب‌آوری موجب سازگاری مثبت در برابر استرس‌ها می‌شود و از آسیب‌پذیری انسان در مقابل استرس‌ها جلوگیری می‌کند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۰). اما اگر مادران کودکان

ADHD در دوره کووید ۱۹ تاب‌آوری پایینی داشته باشند نه تنها مانع مقابله مؤثر آنها با موقعیت استرس‌زا در دوره کووید ۱۹ می‌شود، بلکه احتمالاً موجب می‌شود که آنان نتوانند به نحو مناسبی با موقعیت‌های استرس‌زا به‌ویژه استرس‌های مربوط به کودکان ADHD مقابله کنند و احتمالاً آنان مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس را تجربه کنند. زیرا تاب‌آوری پایین موجب آسیب‌پذیری در برابر مشکلات روان‌شناختی می‌شود (موریت و همکاران، ۲۰۱۸).

• نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از رابطه معنادار حمایت اجتماعی، حل مسئله اجتماعی (مثبت و منفی) و تاب‌آوری با مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در دوره کووید ۱۹ بود. بر اساس نتایج رگرسیون، متغیرهای پژوهش در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی نقش معنادار داشتند و قوی‌ترین متغیرها به ترتیب تاب‌آوری، سبک‌های حل مسئله اجتماعی مثبت، حمایت اجتماعی و سبک‌های حل مسئله اجتماعی منفی بودند. همانطور که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که این متغیرها در میان مادران کودکان ADHD وضعیت مطلوبی ندارند؛ بنابراین توجه به راهبردها و آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر تاب‌آوری، حل مسئله اجتماعی مثبت و تقویت حمایت اجتماعی و برنامه‌ریزی‌های لازم در جهت برگزاری کارگاه‌های لازم در این زمینه برای مادران کودکان ADHD می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی این مادران در دوره شیوع بیماری‌های همه‌گیر مانند کووید ۱۹ کمک‌کننده باشد. این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ در این پژوهش مادران دارای کودکان ADHD در دامنه سنی ۵ تا ۱۱ سال به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. توجه به این محدودیت، تعمیم نتایج به سایر دوره‌های سنی به ویژه دوره نوجوانی را با احتیاط همراه می‌کند. عدم بررسی داشتن فرزند خردسال دیگر غیر از کودک ADHD در مادران محدودیت دیگر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود نقش وجود فرزند خردسال دیگر بررسی شود. علاوه بر این، یکدست نبودن نمونه که بر اساس آن نمونه از دو شهر مختلف انتخاب شده یک محدودیت دیگر بود؛ زیرا تفاوت‌های فرهنگی دو شهر می‌تواند در نتایج نقش داشته باشد. از این رو این محدودیت باید توسط پژوهشگران دیگر مورد توجه قرار بگیرد. نقش متغیرهای دیگر از جمله فقدان پدر و مرگ عزیزان در دوره کووید ۱۹ در مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان ADHD در این پژوهش بررسی نشده و این موضوع مهم به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود.

• تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

• تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام مادران کودکان مبتلا به ADHD که در پژوهش حاضر شرکت کرده بودند تشکر می‌شود.

• منابع

- ارشاد سرابی، رزیتا؛ هاشمی رزینی، هادی و عبداللهی، محمد حسین. (۱۳۹۶). مقایسه تنیدگی والدگری، سبک‌های والدگری، و حل مسئله اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، نارسایی توجه/فزون کنشی و بهنجار. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴ (۴)، ۱۷۹-۱۶۵.
- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۶ (۳)، ۷۷-۶۶.
- سبزی، ندا و فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای باورهای انگیزشی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سرزندگی تحصیلی. *آموزش پژوهی*، ۲۱ (۲)، ۵۱-۲۶.
- سپهری‌نصب، زهرا؛ بشرپور، سجاده؛ آقاجانی، سیف‌الله و حاجلو، نادر. (۱۴۰۱). نقش کنترل تکانه، تحریک‌پذیری و سبک دلبستگی مادران در پیش‌بینی نشانه‌های نقص توجه- بیش‌فعالی کودکان. *روانشناسی*، ۲۶ (۲)، ۹۹-۹۰.
- شفاعت، عارفه و تیرگری، عبدالحکیم. (۱۳۹۰). بررسی شیوع علائم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در کلینیک روانپزشکی کودکان و نوجوان شهرستان ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱ (ویژه‌نامه ۱)، ۷۲-۶۶.

- شفیعی تبار، مهدیه و اکبری چرمهینی، صغری. (۱۴۰۱). تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی. *مجله روانشناسی*، ۲۶(۲)، ۱۱۹-۱۱۱.
- ظهورپرورنده، وجیهه و پاسبان، سعیده. (۱۳۹۸). رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی. *خانواده پژوهی*، ۱۵(۵۸)، ۳۰۱-۲۸۳.
- فرخزادی، فریده؛ محمدی، محمدرضا؛ علیپور، احمد؛ مداحی، محمدابراهیم و سلمانیان، مریم. (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با والدین کودکان سالم. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۱(۲)، ۵۶-۴۳.
- مخبری، عادل؛ درتاج، فریبا و دره‌کردی، علی. (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی و هنجاریابی پرسشنامه توانایی حل مسأله اجتماعی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱(۴)، ۲۱-۱.
- مهدوی میدانی، محمد؛ شاهقلیان، مهناز و خانی‌پور، حمید. (۱۴۰۱). ارتباط طرحواره‌های مقابله با استرس و فضایل در عمل با پریشانی روان‌شناختی در دوره همه‌گیری کرونا: نقش میانجی تاب‌آوری. *مجله روانشناسی*، ۲۶(۳)، ۲۹۰-۲۸۱.
- American Psychological Association. (2020). *Building your resilience*. <https://www.apa.org/topics/resilience>.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176-181.
- Ariapooran, S., & Khezeli, M. (2021). Symptoms of anxiety disorders in Iranian adolescents with hearing loss during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-5.
- Behrmann, J. T., Blaabjerg, J., Jordansen, J., & Jensen de López, K. M. (2021). Systematic review: Investigating the impact of COVID-19 on mental health outcomes of individuals with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 26(7), 957-975.
- Coulombe, S., Pacheco, T., Cox, E., Khalil, C., Doucerain, M. M., Auger, E., & Meunier, S. (2020). Risk and resilience factors during the COVID-19 pandemic: a snapshot of the experiences of Canadian workers early on in the crisis. *Frontiers in psychology*, 11, 3225.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 3(1), 197-225.
- D'Zurilla, T. J., Maydeu-Olivares, A., & Gallardo-Pujol, D. (2011). Predicting social problem-solving using personality traits. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 142-147.
- Duru, E., Balkis, M., & Turkdoğan, T. (2019). Relational violence, social support, self-esteem, depression and anxiety: A moderated mediation model. *Journal of Child and Family Studies*, 28(9), 2404-2414.
- Eskin, M., Şavk, E., Uslu, M., & Küçükaydoğan, N. (2014). Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(11), 1553-1559.
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14(1), 1-11.
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 21(1-2), 111-120.
- Karimirad, M. R., Seyedfatemi, N., Oghli, S. H., Noorian, S., & Amini, E. (2019). Resilience of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and its related underlying factors. *Journal of Preventive Epidemiology*, 4(2), e11-e11.
- Khodadadi, N., & Foroozandeh, E. (2020). Problem-Solving Ability and Quality of Life of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Practice in Clinical Psychology*, 8(4), 267-276.
- Kinsler, P. A., Jallo, N., Amstadter, A. B., Thacker, L. R., Jones, E., Moyer, S., ... & Salisbury, A. L. (2021). Depression, Anxiety, Resilience, and Coping: The Experience of Pregnant and New Mothers During the First Few Months of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Women's Health*, 30(5), 654-664.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*. 33(3), 335-342.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., ... & Schneiderman, N. (2009). Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *International journal of behavioral medicine*, 16(3), 248-258.
- Li, M. H., Eschenauer, R., & Persaud, V. (2018). Between avoidance and problem solving: Resilience, self-efficacy, and social support seeking. *Journal of Counseling & Development*, 96(2), 132-143.
- Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Ye, L., Zheng, X., ... & Chen, X. (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-14.
- Lim, T. S., Tan, M. Y., Aishworiya, R., Kang, Y. Q., Koh, M. Y., Shen, L., & Chong, S. C. (2022). Factors Contributing to Psychological Ill-Effects and Resilience of Caregivers of Children with Developmental Disabilities During a Nation-wide Lockdown During the COVID-19 Pandemic. *Journal of autism and developmental disorders*, 52(1), 3015-3025.

- Meraya, A. M., Syed, M. H., Yasmeen, A., Mubarak, A. A., Kariry, H. D., Maabouj, W., ... & Makeen, H. A. (2021). COVID-19 related psychological distress and fears among mothers and pregnant women in Saudi Arabia. *Plos one*, 16(8), e0256597.
- Morete, M. C., Solano, J. P. C., Boff, M. S., J Filho, W., & Ashmawi, H. A. (2018). Resilience, depression, and quality of life in elderly individuals with chronic pain followed up in an outpatient clinic in the city of Sao Paulo, Brazil. *Journal of pain research*, 11(1), 2561-2566.
- Nila, K., Holt, D. V., Ditzen, B., & Aguilar-Raab, C. (2016). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Mental Health and Prevention*, 4(1), 36-41.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 1-6.
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1217-1231.
- Polat, H., & Karakas, S. A. (2019). An Examination of the Perceived Social Support, Burnout Levels and Child-Raising Attitudes of Mothers of Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1165-1174.
- Qi, M., Zhou, S. J., Guo, Z. C., Zhang, L. G., Min, H. J., Li, X. M., & Chen, J. X. (2020). The effect of social support on mental health in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 514-518.
- Ringer, N., Wilder, J., Scheja, M., & Gustavsson, A. (2020). Managing children with challenging behaviours. Parents' meaning-making processes in relation to their children's ADHD diagnosis. *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(4), 376-392.
- Ruan, Q. N., Chen, C., Jiang, D. G., Yan, W. J., & Lin, Z. (2022). A network analysis of social problem-solving and anxiety/depression in adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 13(1), 921781.
- Sadeghi, M., Rahimipour, T., & Alimohamadi, H. (2017). The effect of resilience and psychological hardiness on mental health of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 18(1), 30-37.
- Si, Y., Ma, J. L., & Zhang, J. (2020). Factors influencing parenting stress among Chinese families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Children and Youth Services Review*, 116, 105148.
- Singh, K., & Yu, X. N. (2010). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a sample of Indian students. *Journal of Psychology*, 1(1), 23-30.
- Tourunen, A., Siltanen, S., Saajanaho, M., Koivunen, K., Kokko, K., & Rantanen, T. (2021). Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson resilience scale among Finnish older adults. *Aging & mental health*, 25(1), 99-106.
- Tseng, H. W., Tsai, C. S., Chen, Y. M., Hsiao, R. C., Chou, F. H., & Yen, C. F. (2021). Poor Mental Health in Caregivers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Its Relationships with Caregivers' Difficulties in Managing the Children's Behaviors and Worsened Psychological Symptoms during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9745.
- World Health Organization (2023). Coronavirus disease (COVID-19) situation dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>.
- Yousef, A. M., Sehlo, M. G., & Mohamed, A. E. (2021). The negative psychological impact of COVID-19 pandemic on mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a cross-section study. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1), 1-15.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), 30, 41.

Editorial Board

M.H. Abdollahi, PhD (Kharazmi 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.)
A.R. Moradi Ph.D. (Kharazmi Univ)
N. Nazarboland Ph.D. (Shahid Beheshti Univ.)
H.T. Neshatdoust, PhD (Esfahan Univ.)
R. Pourhossein, 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.)

Internal manager: Dr. Mahnaz Shahgholian
Site manager: Dr. Fatemeh Ejei
Editor: Dr. Homa Sedghi-Jalal
Layout: Mr. Mustafa Zafari
Journal office: Mrs. Azar Goodarzi

Contents

Evaluating the Model of Relationship Between Mindfulness and Marital Relationship Quality with Mediator Role of Savoring Beliefs and Gratitude
Zabihollah Kaveh-Farsani, Mohsen Nazarifar, Fatemeh Mahmoodi-Najafabadi1

Developmental Trajectories of Cognitive Intelligence in Iranian Preschoolers children
Mohsen Dadjoo, Shahriar Gharibzadeh, Mahta Vajedi Mojarad, Elaheh Sobhani10

Family Cohesion and Parent Abuse: The Mediating Role of Domestic Violence, Marital Conflict, Self-Esteem and Resilience
Zabihollah Abbaspour, Razieh Nazarian-Samani, Khadijeh Shiralinia19

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Difficulties in Emotional Regulation and Cognitive Flexibility in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder
Farzin Bagheri Sheykhangafshe, Maryam Saeedi, Vahid Savabi Niri, Zahra Nakhostin, Zeynab Bourbour28

The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Academic Procrastination with the Mediating Role of Personality Traits and Perfectionism
Sadegh hekmatiyani-Fard, Seyed Mousa Golestaneh38

Explaining the prediction model of students' marital conflicts based on basic needs
Abdollah Shafieabadi, Kobra Qasemi-Moghadam, Asghar Sharifi51

The Prediction of Personality Disorders based on Complex Trauma and Object Relations with the Mediating of Ego Empowerment in Student teachers
Jamshid Jarare, Omid Seifouri59

The Comparison of Resilience and Perceived Social Support in Infertile Women with High and Low Levels of Infertility Stigma
Mahdieh Shafiee-Tabar70

Designing a "rehabilitation counseling protocol based on short term dynamic psychotherapy" according experience of people with albinism
Taher Alizadeh, Bahman Bahmani, Mohammad Said Khanjani, Manouchehr Azkhash, Shima Shakiba, Mohsen Va79

The Mediating Role of Self-Criticism in the Relationship Between Narcissism and Suicidal Thoughts in Adolescents
Mohammad Basereh, Shahram Mami87

The effectiveness of life skills training (negative mood coping and stress management) on cognitive regulation strategies in gifted female students
Zahra Mohammadnia, Mahdi Shahnazari, Bita Nasrollahi96

The psychological problems in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the COVID-19 outbreak: the role of perceived social support, social problem-solving, and resilience
Saeed Ariapooran, Mariam Neisari106