

- بررسی قدرت پیش بینی کنندگی توافق پذیری، همدلی زناشویی و بخشش زناشویی بر رضایت زناشویی در زنان متأهل  
حسین طهماسبی، یداله خرم آبادی..... ۱
- نقش میانجی باورهای فراشناختی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و مسئولیت پذیری افراطی با علایم وسواسی - اجباری  
مرتضی آقائی مزرگی، محمود نجفی، مینا شیرمحمدعلی..... ۱۲
- مقایسه صمیمیت زناشویی زوجین دارای عزت نفس شکننده، آسیب دیده و ایمن  
ریحانه صبوری، زهره رافضی، فرامرز سهرابی اسمرود..... ۲۲
- اعتباریابی مقاطع الگوی صفات ۹ گانه تاریک شخصیت: ۹ گانه های شوم  
رحیم یوسفی، الهام فرزانه، بهزاد شالچی..... ۳۳
- اثربخشی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در مادران کودکان اوتیسم  
علی رضائی، فاطمه ایزدی..... ۴۵
- خصوصیات روان سنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله ای پیشاقاعدگی  
مرضیه صادق زاده، مرال جعفری، نگار قوماتی پور..... ۵۵
- مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان  
نرگس شمع سوزان، نسرین کاشفی مهر، هادی اسمخانی اکبری نژاد..... ۶۶
- اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان های خودآگاه و عزت نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی  
سیاوش لاجوردی، حمید ملایی زرنندی، فرشید خسروپور..... ۷۷
- رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با رضایت شغلی: نقش واسطه ای استرس شغلی و ادراک از عدالت رویه ای  
لیلا فتحی، محمدنقی فراهانی، حمید خانی پور..... ۹۰
- تدوین مدل علی آسیب پذیری نوجوان به اعتیاد بر اساس حساسیت پردازش حسی و نظام های مغزی رفتاری با میانجی گری ترومای دوره کودکی  
صفورا کیوانلو، اکبر عطادخت..... ۱۰۱
- نقش واسطه ای خودکارآمدی تحصیلی در رابطه سبک های هویت و حمایت اجتماعی ادراک شده با تعهد تحصیلی دانشجویان  
میترا ماشااللهی، محبوبه فولادچنگ..... ۱۱۲
- رابطه بین صمیمت خانواده بر عزت نفس نوجوانان: نقش میانجی گری اعتیاد به اینترنت  
ریحانه خیلدار، مینا فتحی آشتیانی..... ۱۲۳

درجه «علمی-پژوهشی» در جلسه مورخ ۱۳۷۸/۱۱/۴ کمیسیون «بررسی نشریات علمی کشور» به «مجله روانشناسی» اعطا گردید. این درجه در تاریخ های 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.

## بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی توافق‌پذیری، همدلی زناشویی و بخشش زناشویی بر رضایت زناشویی در زنان متأهل

### Investigating the Predictive Power of Agreeableness, Marital Empathy and Marital Forgiveness on Marital Satisfaction in Married Women

Hossein Tahmasby, MSc<sup>✉</sup>

Yadollah Khorramabadi, PhD

حسین طهماسبی<sup>۱</sup>

یداله خرم‌آبادی<sup>۲</sup>

#### Abstract

This study was conducted with the aim of determining the predictive power of agreeableness, marital empathy, and marital forgiveness on marital satisfaction in married women. In this investigation, employing the correlational methodology of the regression type, an assemblage of 840 wedded women domiciled within the geographic confines of Lorestan province, was chosen through the multi-stage cluster random sampling. The Enrich Marital Satisfaction Scale, the NEO-FFI Questionnaire, the Marital Empathy Scale, and the Marital Forgiveness Scale were used as standard questionnaires for data collection. The collected data was analyzed using SPSS software. The coefficient of determination with a value of 0.373 in the multiple linear regression test showed that the model explains 37.3% of the changes in marital satisfaction. The standardized coefficients showed that agreeableness, empathy, and forgiveness are significant predictors of marital satisfaction. The results indicate that marital satisfaction is positively affected by agreeableness, empathy, and forgiveness, so a one-unit increase in agreeableness, empathy, and forgiveness corresponds to an increase of 0.101, 0.252, and 0.433 units in marital satisfaction, respectively. Forgiveness played the most important role in marital satisfaction, followed by empathy, and then agreeableness. In conclusion, in order to increase the satisfaction of married couples, especially women, it is recommended to hold workshops focusing on increasing knowledge of agreeableness personality trait and strengthening positive traits such as empathy and forgiveness.

**Keywords:** Agreeableness, Empathy, Forgiveness, Marital Satisfaction, Married Women

#### چکیده

این مطالعه با هدف تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی توافق‌پذیری، همدلی زناشویی و بخشش زناشویی بر رضایت زناشویی در زنان متأهل انجام شد. در این پژوهش، با استفاده از روش تحقیق همبستگی از نوع رگرسیون، مجموعه‌ای متشکل از ۸۴۰ زن متأهل ساکن محدوده جغرافیایی استان لرستان به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. مقیاس رضایت زناشویی انریچ، سیاهه NEO-FFI، مقیاس همدلی زناشویی و مقیاس بخشش زناشویی به‌عنوان پرسشنامه‌های استاندارد برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند. با استفاده از نرم‌افزار SPSS، تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شد. ضریب تعیین با مقدار ۰/۳۷۳ در آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که مدل ۳۷/۳ درصد از تغییرات رضایت زناشویی را تبیین می‌کند. ضرایب استاندارد نشان دادند که توافق‌پذیری، همدلی و بخشش پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار رضایت زناشویی هستند. نتایج حاکی از آن است که رضایت زناشویی به‌طور مثبت تحت تأثیر توافق‌پذیری، همدلی و بخشش قرار می‌گیرد، به‌طوری که افزایش یک واحدی در توافق‌پذیری، همدلی و بخشش به‌ترتیب با افزایش ۰/۱۰۱، ۰/۲۵۲، ۰/۴۳۳ واحدی در رضایت زناشویی مطابقت دارد. بخشش مهمترین نقش را در وضعیت رضایت زناشویی ایفا می‌کرد و پس از آن همدلی و سپس توافق‌پذیری نقش داشتند. به‌عنوان نتیجه‌گیری، به‌منظور افزایش رضایت زوج‌های متأهل، به‌ویژه زنان، برگزاری کارگاه‌هایی با تمرکز بر افزایش آگاهی در مورد ویژگی شخصیتی توافق‌پذیری و تقویت ویژگی‌های مثبت مانند همدلی و بخشش، توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** توافق‌پذیری، همدلی، بخشش، رضایت زناشویی، زنان متأهل

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۵/۱ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد کیودرآهنگ، همدان، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد کیودرآهنگ، همدان، ایران.

## ● مقدمه

مطالعات بین‌المللی اخیر افزایش هشداردهنده‌ای را در میزان جدایی و طلاق نشان داده‌اند، به این صورت که تقریباً دو سوم ازدواج‌های اول به طلاق ختم می‌شوند که ماهیت چالش‌برانگیز دستیابی و حفظ رضایت زناشویی که به شادی و رضایت کلی تجربه شده در یک ازدواج اشاره دارد را روشن کرده و نشان داده‌اند که در سال‌های اخیر میزان رضایت زناشویی رو به کاهش بوده است (چکوسکا-بیلوگا و لوئیکا-زلنت، ۲۰۲۱). از آنجایی که عوامل مختلفی می‌توانند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر رضایت افراد تأثیر بگذارند (صلایانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ نعیمی و محمودی کیا، ۱۳۹۸؛ بشرپور و میری، ۱۳۹۷)، بنابراین، با به دست آوردن اطلاعات کاربردی در مورد جنبه‌های اساسی زندگی زناشویی، از جمله به واسطه تحقیقات در مورد عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی می‌توان توصیه‌ها و استراتژی‌های مدیریتی مبتنی بر شواهد ارزشمندی ارائه داد که بر دیدگاه مشاوران خانواده، درمانگران و سیاست‌گذاران تأثیر گذارد و به تبع آن می‌تواند منجر به کاهش نرخ نگران‌کننده طلاق شود.

مجموعه تحقیقات موجود به طور مداوم بر نقش محوری توافق‌پذیری (agreeableness) در رضایت از روابط زناشویی تأکید دارند (سایه‌میری و همکاران، ۲۰۲۰؛ هلر، واتسون، و ایلز، ۲۰۰۴؛ مالوف و همکاران، ۲۰۱۰؛ بوتوین و همکاران، ۱۹۹۷؛ بوچارد و همکاران، ۱۹۹۹؛ گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶؛ واتسون و همکاران، ۲۰۰۰). توافق‌پذیری یک ویژگی شخصیتی است که با تمایل به همدل بودن، گرم بودن، مراقبت کردن و اعتماد کردن به جای ویژگی‌هایی همچون دوری‌گزینی، دوست‌نداشتن و نبود همکاری مشخص می‌شود (نتل، ۲۰۰۷). این ویژگی به طور مثبت با ارزش‌هایی مانند خیرخواهی و مردم‌دوستی مرتبط است، اما به طور منفی با ارزش‌هایی مانند قدرت و موفقیت در ارتباط است (روکاس و همکاران، ۲۰۰۲؛ اندرسون و کوان، ۲۰۱۴). بنابراین، در زمینه ازدواج، شریکی که سطوح بالایی برای رسیدن به اهداف مشترک است. این امر به نوبه خود می‌تواند به سطوح بالاتر رضایت زناشویی و مشارکت قوی‌تر و رضایت‌بخش‌تر منجر شود. تحقیقات نشان داده است که توافق‌پذیری می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر تعارض‌ها بین فردی و رضایت از رابطه داشته باشد. افراد موافق بیشتر از تاکتیک‌های سازش استفاده می‌کنند و احتمال کمتری وجود دارد که از استراتژی‌های نداشتن مشارکت و ابراز قدرت در طول تعارض‌ها استفاده کنند (گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶). این امر، ممکن است به این دلیل باشد که افراد موافق بهتر می‌توانند رفتار خود را مدیریت کنند و با عواطف منفی کمتر به تعارض‌ها پاسخ دهند (گرازیانو و آیزنبرگ، ۱۹۹۷؛ جنسن-کمپبل و همکاران، ۲۰۰۲). آنها همچنین ممکن است برداشت‌های مثبت بیشتری در مورد رفتارهای تحریک‌آمیز داشته باشند که می‌تواند به راهبردهای حل تعارض سازنده‌تر منجر شود (گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶) و در نهایت رضایت زناشویی را افزایش دهد. علاوه بر این، افراد موافق ممکن است انگیزه بیشتری برای حفظ روابط مثبت داشته باشند و افراد را به شیوه‌هایی مطابق با انگیزه‌هایشان درک کنند (جنسن-کمپبل و گرازیانو، ۲۰۰۱؛ گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶). این نظام انگیزشی می‌تواند منجر به الگوهای سازنده‌تر مخالفت کردن در طول تعارض‌ها و در کل به تعارض‌های ادراک شده کم‌تر منجر شود (گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶). بر این اساس، این نظام انگیزشی می‌تواند به ازدواجی هماهنگ‌تر و رضایت‌بخش‌تر منجر شود.

مطالعات علمی متعدد در حوزه روابط زناشویی، همبستگی قوی و غیرقابل انکاری را بین سطوح بالای همدلی (empathy) و افزایش قابل ملاحظه در رضایت کلی از پیوندهای زناشویی به اثبات رسانده‌اند (ون و همکاران، ۲۰۲۲؛ رجبی و همکاران، ۱۴۰۱؛ غفوریان قهرمانی و مهدویان، ۱۴۰۰؛ فتوت و همکاران، ۱۳۹۸؛ پلپا و همکاران، ۲۰۱۹؛ احمدی اردکانی و فاطمی عقدا، ۱۳۹۸؛ لادا و کازمیرچاک، ۲۰۱۹؛ نادری و همکاران، ۱۳۹۴) مفهوم همدلی، به دلیل پیچیدگی و چندبعدی بودن، در مطالعات مختلف مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است؛ بر اساس این مطالعات، ابعاد شناختی و عاطفی را در بر می‌گیرد که در این راستا، همدلی شناختی به تمرکز بر فهم و تشخیص دقیق احساسات و افکار دیگران می‌پردازد، درحالی‌که همدلی عاطفی شامل به اشتراک گذاشتن و تجربه احساسات و افکار مشترک با دیگران است (سورگولادزه و برگن-سیکو، ۲۰۲۰). با همدلی کردن، افراد می‌توانند به درک بالاتری از دیدگاه‌ها و عواطف همسر خود دست پیدا و مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله را بیشتر تقویت کنند (مک کالو و ورثینگتون، ۱۹۹۵؛ ورثینگتون، ۲۰۰۶). احتمال رضایت از رابطه زمانی افزایش می‌یابد که زوج‌ها توانایی درک و پذیرش دیدگاه‌ها و نیازهای یکدیگر را داشته باشند (لاور،

لاور و کر، ۱۹۹۰). از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌هایی که نسبت به یکدیگر همدلی نشان می‌دهند، تمایل بیشتری به افزایش تجربه رضایت زناشویی دارند. علاوه بر این، فیلدز (۱۹۸۳) پی برد که زوج‌هایی که از رابطه خود راضی هستند، دارای توانایی سازگاری با نیازهای در حال تغییر شریک زندگی خود هستند. برای سازگاری نیز، داشتن تمایل به همدلی با شریک زندگی و درک دیدگاه او بسیار مهم است.

مطالعات متعدد در قلمرو روابط زناشویی گویای وجود همبستگی قابل ملاحظه‌ای بین سطح بالای بخشش (forgiveness) و ارتقای چشمگیر رضایت کلی از زندگی مشترک است (فوپشوا و زاهورکوا، ۲۰۲۲؛ مندس-تیسیرا و دوارت، ۲۰۲۱؛ جهان و همکاران، ۱۴۰۰؛ کاوه فارسانی، ۱۴۰۰؛ رابرتز و همکاران، ۲۰۲۱). در حالی که تعاریف گوناگونی از مفهوم بخشش ارائه شده است و در مورد تعریف دقیق آن اختلاف نظر وجود دارد؛ با این وجود، در تحقیقات متعدد، عدم بخشش که با طیف وسیعی از واکنش‌های عاطفی و رفتاری منفی از جمله خشم، رنجش، کناره‌گیری و سرزنش مشخص می‌شود، به‌عنوان عاملی مهم در تأثیر منفی بر رضایت کلی در روابط زناشویی مطرح شده است (گوردون و همکاران، ۲۰۰۹؛ فینچام و لینفیلد، ۱۹۹۷). فقدان بخشش در یک رابطه می‌تواند منجر به الگوهای زیان‌بار تعامل شود، حل تعارض‌ها را مختل کند و احتمال پرخاشگری روانی و ارتباط غیرسازنده را تقویت کند (فینچام و همکاران، ۲۰۰۴؛ فینچام و بیچ، ۲۰۰۲؛ مورفی و اولری، ۱۹۸۹؛ رابرتس و کروکف، ۱۹۹۰). ظرفیت طلب بخشش و بخشش تا حد زیادی بر طول عمر روابط زناشویی و رضایت تجربه شده در روابط زناشویی تأثیر می‌گذارد (فیل، ۱۹۹۳). بخشش منجر به تقویت آشتی، صمیمیت و ارتباط سازنده می‌شود (فینچام و بیچ، ۲۰۰۲). امتناع از بخشش تخلفات شریک زندگی می‌تواند مانع حل و فصل سازنده تعارض شده و کناره‌گیری و تلافی کردن می‌تواند پیامد آن باشد و تأثیر مخربی بر حسن نیت به همسر، تلاش برای حل تعارض و رضایت زناشویی داشته باشد (فینچام، بیچ و داویلا، ۲۰۰۴). بخشش بالاتر با بهبود سازگاری زوجین و صمیمیت و کاهش پرخاشگری روانی همراه است (گوردون و باوکوم، ۲۰۰۳؛ پالاری، رگالیا، و فینچام، ۲۰۰۵؛ فینچام و بیچ، ۲۰۰۲؛ فینکل و همکاران، ۲۰۰۲). بخشش می‌تواند منجر به التیام عاطفی و صمیمیت قوی‌تر شود (فینکل و همکاران، ۲۰۰۲؛ انرایت و فیتزگیبونز، ۲۰۱۵؛ مناهم و لائو، ۲۰۱۳). علاوه بر این، بخشش با رضایت و تعهد قوی‌تر در روابط عاشقانه و همچنین روابط با کیفیت بالاتر مرتبط است (آلگارد و همکاران، ۲۰۱۶؛ فینکل و همکاران، ۲۰۰۲؛ بری و ورثینگتون، ۲۰۰۱).

در مورد ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که، روند رو به افزایش طلاق و کاهش رضایت زناشویی در سال‌های اخیر، اهمیت بررسی بیشتر عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی را برجسته می‌کند. تا آنجا که ما می‌دانیم، هیچ‌کدام از تحقیقات پیشین، متغیرهای پیشنهادی در این تحقیق را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های همزمان رضایت زناشویی بررسی نکرده‌اند. از این رو، بر اساس این فرضیه که توافق‌پذیری، همدلی زناشویی و بخشش زناشویی نقش محوری در پیش‌بینی رضایت زناشویی در زنان متأهل دارند، این پژوهش با هدف تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی آنها انجام شد.

## • روش

در این پژوهش، با استفاده از روش تحقیق همبستگی از نوع رگرسیون، نمونه‌ای متشکل از ۸۴۰ زن متأهل ساکن در محدوده جغرافیایی استان لرستان، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد. استفاده از این حجم نمونه بزرگ به منظور به حداکثر رساندن قدرت آماری، بازنمایی جامعه هدف، جمع‌آوری تجربه‌ها و دیدگاه‌های متنوع، تعیین فاصله‌های اطمینان محدودتر و ایجاد تعادل میان محدودیت‌های عملی نظیر زمان، بودجه و امکان‌سنجی، با هدف تخصیص کارآمد منابع با حفظ دقت علمی صورت گرفت. پیش‌نیازهای لازم جهت احراز شرایط ورود به مطالعه به‌دقت تعیین شد. بدین منظور، علاوه بر خودشناسی به‌عنوان زن و متأهل بودن، تسلط بر سواد خواندن و نوشتن نیز به‌عنوان معیاری ضروری در نظر گرفته شد. این امر به‌منظور حصول اطمینان از مهارت شناختی لازم برای درک پرسش‌ها و نظرسنجی‌های به‌دقت طراحی‌شده و ارائه پاسخ‌های آگاهانه و معنادار از سوی مشارکت‌کنندگان، ضروری بود. رضایت آگاهانه و داوطلبانه شرکت‌کنندگان نیز به‌عنوان عامل تعیین‌کننده‌ای در فرآیند انتخاب، مورد توجه قرار گرفت. با وجود این، معیارهای مشخصی برای حذف احتمالی افراد از مطالعه نیز وجود داشت. به‌عنوان مثال، افرادی که در درک و پاسخگویی به پرسش‌ها با چالش‌هایی مواجه بودند، به دلیل احتمال ایجاد سوگیری یا نادرستی در داده‌ها، از مطالعه حذف

شدند. همچنین، عدم تمایل یا علاقه به ادامه مشارکت در مطالعه نیز منجر به حذف فرد از مطالعه می‌شد. پیش از آغاز مرحله تکمیل پرسشنامه، توضیحات جامعی برای تمامی شرکت‌کنندگان ارائه شد تا از آگاهی و درک کامل آنها از ابعاد مختلف مطالعه اطمینان حاصل شود. در ابتدا، اهمیت اساسی محرمانگی و حفاظت از اطلاعات شخصی شرح و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که با داده‌های آنها با نهایت دقت و احترام به حریم خصوصی رفتار خواهد شد و پاسخ‌های آنها به صورت ناشناس و صرفاً برای اهداف تحقیقاتی و با رعایت کامل دستورالعمل‌های اخلاقی و الزامات قانونی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. علاوه بر این، حق صریح شرکت‌کنندگان برای انصراف از مطالعه در هر مقطعی بدون هیچ‌گونه پیش‌داوری یا پیامد منفی، به‌طور شفاف به آنها اطلاع داده شد. هدف اصلی از ارائه این توضیحات، ایجاد چارچوبی مبتنی بر اعتماد و احترام به استقلال مشارکت‌کنندگان در طول تمام مراحل تحقیق بود. به‌منظور حصول اطمینان از دقت و انسجام در پاسخ‌های شرکت‌کنندگان، دستورالعمل‌های صریحی برای تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه شد. در این توضیحات، بر نبود پاسخ‌های درست یا غلط در پرسش‌ها تأکید شد و فضایی بی‌طرفانه برای ارائه پاسخ‌های معتبر و بدون قید و شرط فراهم گردید. اهمیت دقت و صراحت در پاسخگویی به سؤالات به‌طور شفاف به شرکت‌کنندگان گوشزد شد و بر نقش حیاتی سهم هر فرد در مطالعه و تأثیر پاسخ‌های صادقانه بر نتایج تحقیق تأکید گردید. پس از بررسی جامع نرمال بودن داده‌های جمع‌آوری‌شده، از آزمون همبستگی پیرسون برای ارزیابی روابط بین متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق استفاده شد. علاوه بر این، آزمون رگرسیون نیز به‌منظور بررسی فرضیه تحقیق، مبنی بر نقش مؤثر توافق‌پذیری، همدلی زناشویی و بخشش زناشویی در پیش‌بینی سطوح رضایت زناشویی در بین زنان متأهل، به‌کار گرفته شد. در نهایت، برای ساده‌سازی فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

## • ابزارها

**الف) مقیاس رضایت زناشویی انریچ (ENRICH marital satisfaction scale- EMSS):** پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، تدوین شده توسط اولسون و همکاران (۱۹۸۷)، با ضریب آلفا ۰/۹۲ اعتبارسنجی شد. نسخه کوتاه‌تر مقیاس مورد استفاده در جامعه ایرانی با ۴۷ ماده، توسط سلیمانان (۱۳۷۳) با ضریب آلفای ۰/۸۴ تأیید شد (ساعتچی، کامکاری و عسگریان، ۱۳۹۵).

**ب) سیاه پنج عاملی نئو (NEO five-Factor inventory- NEO-FFI):** سیاه NEO-FFI برای ارزیابی توافق‌پذیری مورد استفاده قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل آن در محدوده ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ توسط کاستا و مک کرا (۱۹۹۲) گزارش شده است. در ایران نیز گروسی (۱۳۷۷) و ملازاده (۱۳۸۱) اعتبار پرسشنامه را رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند (فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۱).

**ج) مقیاس همدلی (empathy scale):** مقیاس همدلی جولیف و فرینگتون (۲۰۰۶) عوامل همدلی شناختی و عاطفی را در برمی‌گیرد. آلبرو و همکاران (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس کل ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس عاطفی و شناختی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۴ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کل و خرده‌مقیاس‌های شناختی و عاطفی گزارش شده در ایران توسط نوروزی (۱۳۸۹) به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۸ و ۰/۷۲ بود.

**د) مقیاس بخشش (forgiveness scale):** مقیاس بخشش، ایجاد شده توسط پالاری و همکاران (۲۰۰۹)، بخشش را در زندگی زناشویی با استفاده از دو خرده‌مقیاس خیرخواهی و خشم-اجتناب می‌سنجد. پالاری و همکاران (۲۰۰۹) گزارش دادند که این مقیاس اعتبار مناسبی داشت، به‌نحوی که خرده‌مقیاس خیرخواهی ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برای مردان و ۰/۷۵ برای زنان و خرده‌مقیاس خشم-اجتناب ضرایب ۰/۸۳ برای مردان و ۰/۷۹ را برای زنان نشان داد. مطالعه آنان وجود دو عامل مجزا یعنی خیرخواهی و خشم-اجتناب را به‌واسطه تحلیل عاملی تأییدی، تأیید کرد و نشان داد که پرسشنامه از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است. بررسی‌های صورت گرفته در ایران، حاکی از تأیید روایی و اعتبار مقیاس مورد نظر است. در پژوهشی که توسط آذرکیش و همکاران در سال ۱۳۹۶ انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس مذکور در مرحله پس‌آزمون، ۰/۷۴ به‌دست آمد. این در حالی است که در مطالعه‌ای جداگانه، رجبی و همکاران در سال ۱۳۹۵، ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای همین مقیاس ۰/۹۱ گزارش نمودند.

## ● یافته‌ها

جهت تبیین خصوصیات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، تحلیل آماری روی شاخص‌های گوناگونی از جمله سن، سنوات ازدواج و سطح تحصیلات مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به سن شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین سنی آنان ۳۶/۵۹ سال است. این شاخص که به‌عنوان معیاری از تمایل مرکزی داده‌ها در گروه‌های سنی مختلف عمل می‌کند، تصویری روشن از توزیع سنی شرکت‌کنندگان ارائه می‌دهد. به‌منظور واکاوی دقیق‌تر پراکندگی داده‌ها از میانگین، انحراف معیار نیز محاسبه شد. مقدار ۷/۹۲ برای انحراف معیار، بیانگر آن است که سن شرکت‌کنندگان تا حدی از میانگین سنی فاصله داشته و تنوع قابل قبولی در این زمینه وجود دارد. بررسی دقیق‌تر داده‌ها نشان می‌دهد که جوان‌ترین شرکت‌کننده در این مطالعه ۱۵ سال و مسن‌ترین فرد نیز ۶۲ سال سن داشته است. این گستردگی سنی، بر تنوع موجود در میان شرکت‌کنندگان تأکید می‌کند و نشان‌دهنده آن است که افراد با سنین مختلف در این مطالعه مشارکت داشته‌اند. یافته‌های این تحقیق در خصوص میانگین سنوات ازدواج، حاکی از آن است که به‌طور متوسط، افراد مورد مطالعه ۱۴/۷۲ سال زندگی مشترک را تجربه کرده‌اند. این رقم، بیانگر تعهد و تمایل قابل توجه افراد به حفظ و تداوم روابط زناشویی است. همانند تحلیل سن، انحراف معیار سنوات ازدواج نیز محاسبه شد. مقدار ۸/۱۹ برای انحراف معیار، نشان‌دهنده پراکندگی قابل قبول داده‌ها از میانگین سنوات ازدواج است. به‌عبارت دیگر، زوج‌ها در طول دوره‌های مختلف زندگی مشترک، از ۱ تا ۴۳ سال، در این مطالعه حضور داشته‌اند. گستردگی سنوات ازدواج در میان شرکت‌کنندگان، بر تنوع و جامعیت این مطالعه تأکید می‌کند. این تنوع، امکان بررسی دقیق‌تر ارتباط بین دوره‌های مختلف ازدواج و سایر متغیرهای مورد مطالعه را فراهم می‌کند. تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به سطح تحصیلات نشان داد که بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان دارای مدرک دیپلم بوده‌اند. پس از آن، گروهی با مدرک کارشناسی و سپس گروهی با مدرک کارشناسی ارشد یا بالاتر در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. کمترین تعداد شرکت‌کنندگان نیز دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم بودند. به‌منظور تبیین بصری و آسان‌تر نتایج بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در قالب جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی

رضایت زناشویی	بخشش	همدلی	توافق‌پذیری	میانگین
۱۴۶/۷۸	۳۴/۵۷	۸۰/۳۰	۲۹/۰۱	میانگین
۱۴۳	۳۵	۸۰	۲۹	میانه
۱۳۶	۳۴*	۸۰	۳۰	مد
۳۱/۲۱	۶/۲۵	۹/۳۰	۵/۵۴	انحراف معیار
۰/۲۸	-۰/۱۱	-۰/۲۱	-۰/۰۱	چولگی
-۰/۴۵	-۰/۱۰	۰/۲۴	-۰/۱۵	کشیدگی

\*. مدهای متعدد وجود دارد و کوچکترین مقدار به نمایش درآمده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مقادیر انحراف معیار بیانگر تنوع و تفاوت‌های فردی قابل توجهی در سطوح توافق‌پذیری، همدلی زناشویی، بخشش زناشویی و رضایت زناشویی بین افراد مورد مطالعه هستند. این امر، گویای تمایز و پراکندگی قابل توجه در خصوصیات و نگرش‌های افراد در رابطه با مؤلفه‌های مذکور است. علاوه بر این، تحلیل مقادیر کشیدگی و چولگی برای تمامی متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق، نشان‌دهنده قرارگیری آنها در محدوده مطلوب و قابل قبول است. این موضوع، بیانگر نبود انحراف و نبود تعادل نامطلوب در توزیع داده‌ها و انطباق داشتن آنها با الگوی توزیع نرمال است. به‌عبارت دیگر، داده‌ها به‌طور نسبتاً یکنواخت در اطراف میانگین توزیع شده‌اند و از پراکندگی متناسب و قابل اتکا برخوردارند. با اتکا به یافته‌های مذکور، می‌توان با اطمینان خاطر و بدون نگرانی از وجود نقص یا مغایرت در داده‌ها، از آنها در مراحل بعدی تجزیه و تحلیل، از جمله محاسبه همبستگی پیرسون (مطابق با جدول ۲) و رگرسیون (مطابق با جداول ۳ و ۴) استفاده نمود.

جدول ۲. ضرایب همبستگی

همبستگی بخشی	همبستگی جزئی	سطح معناداری	همبستگی مرتبه صفر	توافق‌پذیری
۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶**	همدلی
۰/۲۳	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳**	بخشش
۰/۳۹	۰/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴**	

\*\* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نشان‌دهنده همبستگی بین رضایت زناشویی و توافق‌پذیری بود ( $p < 0/01$ ،  $r = 0/26$ ). این مطالعه نشان داد که توافق‌پذیری به‌طور مثبت با رضایت زناشویی مرتبط است، که نشان می‌دهد کسانی که دارای توافق‌پذیری بالاتری هستند احتمالاً سطوح بالاتری از رضایت را در ازدواج خود تجربه می‌کنند. یافته‌ها حاکی از آن است که افراد می‌توانند با پرورش توافق‌پذیری، رضایت زناشویی خود را بهبود بخشند. همچنین، یافته‌ها بیانگر آن است که بین همدمی زناشویی و رضایت زناشویی همبستگی مثبت و معنادار ( $p < 0/01$ ،  $r = 0/43$ ) وجود دارد که نشان می‌دهد، افرادی که ظرفیت همدمی بالاتری دارند، در زندگی زناشویی خود رضایت بیشتری را تجربه می‌کنند، درحالی‌که آنهایی که درجه همدمی پایین‌تری دارند، در زندگی زناشویی خود رضایت کمتری را تجربه می‌کنند. از این رو، افراد با پرورش ویژگی‌هایی همچون بخشش و بخشش رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ،  $r = 0/54$ )، که نشان می‌دهد، افرادی که توانایی بخشش بالاتری دارند، در زندگی زناشویی خود رضایت بیشتری را تجربه می‌کنند، درحالی‌که آنهایی که درجه بخشش پایین‌تری دارند، در زندگی زناشویی خود رضایت کمتری را تجربه می‌کنند. از این رو، افراد با پرورش ویژگی‌هایی همچون بخشش، می‌توانند رضایت زناشویی خود را افزایش دهند.

### جدول ۳. خلاصه‌ای از عملکرد مدل رگرسیون<sup>۱</sup>

ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعدیل	خطای انحراف			آمار تغییر		دوربین
			از برآورد	تغییر ضریب تعیین	تغییر F	df1	df2	
۰/۶۱ <sup>a</sup>	۰/۳۷۳	۰/۳۷۱	۲۴/۷۴	۰/۳۷۳	۱۶۶/۱۱	۳	۸۳۶	۱/۹۴

<sup>a</sup> پیش‌بینی‌کننده‌ها: توافق‌پذیری، همدمی، بخشش

<sup>b</sup> متغیر وابسته: رضایت زناشویی

جدول ۳، به‌صورت خلاصه، عملکرد مدل آماری در پیش‌بینی سطوح رضایت زناشویی بر اساس تعدادی از پیش‌بینی‌کننده‌های مختلف از جمله توافق‌پذیری، همدمی و بخشش را ارائه می‌دهد. وجود سطح معناداری بالا ( $p < 0/01$ ) در این مطالعه، به ما نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل با یکدیگر، تأثیر معناداری در پیش‌بینی سطوح رضایت زناشویی دارند. مقدار دوربین واتسون با میزان ۱/۹۴ نشان می‌دهد که خودهمبستگی معناداری در بین خطاها وجود ندارد. به‌عبارت دیگر، می‌توان با اطمینان بالایی نتیجه گرفت که هر خطای مشاهده‌شده در داده‌ها تصادفی بوده و به هیچ خطای دیگری مرتبط نیست. این موضوع از نظر اعتبار و قابلیت اعتماد نتایج حائز اهمیت است، زیرا نشان می‌دهد که خطاها به‌طور نظام‌ماتیک در داده‌ها رخ نداده‌اند و برآوردهای نهایی را مخدوش نکرده‌اند. به‌منظور تعیین واریانس تبیین‌شده در متغیر وابسته رضایت زناشویی توسط متغیرهای مستقل توافق‌پذیری، همدمی و بخشش، از شاخص ضریب تعیین ( $R^2$ ) استفاده شد. نتایج نشان داد که مقدار  $R^2$  برابر با ۰/۳۷۳ است. این بدین معناست که ۳۷/۳ درصد از تغییرات در رضایت زناشویی، تحت تأثیر ترکیبی از متغیرهای توافق‌پذیری، همدمی و بخشش قرار دارد.

### جدول ۴. یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه<sup>۲</sup>

ضریب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد	ت	سطح		ضرایب غیراستاندارد
			معناداری	ضریب تحمل	
۰/۱۶	۰/۱۰۱	۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱	توافق‌پذیری
۰/۱۰	۰/۲۵۲	۸/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳	همدمی
۰/۱۴	۰/۴۳۳	۱۴/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴	بخشش

<sup>a</sup> متغیر وابسته: رضایت زناشویی

جدول ۴ به‌منظور تبیین رابطه بین متغیرهای پیش‌بین شامل توافق‌پذیری، همدمی و بخشش و متغیر وابسته رضایت زناشویی، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون را ارائه می‌دهد. تجزیه و تحلیل بخش آمار هم‌خطی در این جدول، که به بررسی چندخطی بودن بین متغیرهای پیش‌بین از طریق شاخص‌هایی نظیر ضریب تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) می‌پردازد، نشان‌دهنده نبود نگرانی‌های جدی در خصوص مسائل هم‌خطی و تناسب مناسب مدل رگرسیون است. این یافته، قابلیت اعتماد به اثرات هر یک از متغیرهای پیش‌بین در رضایت زناشویی در این مدل را تقویت می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که رضایت زناشویی رابطه‌ای مستقیم و مثبت با سه

متغیر توافق‌پذیری، همدلی و بخشش دارد، به گونه‌ای که افزایش یک واحدی در هر یک از این مؤلفه‌ها به ترتیب با افزایش ۰/۱۰۱، ۰/۲۵۲ و ۰/۴۳۳ واحدی در رضایت زناشویی همراه خواهد بود. بررسی نتایج حاکی از آن است که بخشش در مقایسه با توافق‌پذیری و همدلی، نقش پررنگ‌تر و تعیین‌کننده‌تری در ارتقای سطح رضایت زناشویی ایفا می‌کند و پس از آن، همدلی در رتبه دوم اهمیت قرار دارد و به دنبال آن، توافق‌پذیری نیز به‌عنوان سومین متغیر اثرگذار بر رضایت زناشویی، نقشی حائز اهمیت ایفا می‌کند. یافته‌های حاصل از این پژوهش، مؤید فرضیه اصلی مطالعه حاضر مبنی بر نقش مؤثر و حائز اهمیت متغیرهای مورد بررسی در سنجش رضایت کلی از ازدواج است.

## • بحث

هدف از انجام این پژوهش، تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی سه متغیر توافق‌پذیری، همدلی زناشویی و بخشش زناشویی در مقوله رضایت زناشویی در میان زنان متأهل بود. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که توافق‌پذیری به‌طور مثبت و معناداری با رضایت زناشویی رابطه دارد که با تحقیقات قبلی انجام‌شده که اهمیت توافق‌پذیری در روابط بین فردی و ازدواج برجسته می‌کنند؛ منطبق است (سایه‌میری و همکاران، ۲۰۲۰؛ هلر، واتسون، و ایلز، ۲۰۰۴؛ مالوف و همکاران، ۲۰۱۰؛ بوتوین و همکاران، ۱۹۹۷؛ بوچارد و همکاران، ۱۹۹۹؛ گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶؛ واتسون و همکاران، ۲۰۰۰). علاوه بر این، تحقیقات اخیر این ایده را بیشتر تأیید کرده است که افرادی که توافق‌پذیر هستند، بیشتر محتمل است که در ازدواج خود احساس رضایت کنند. به‌عنوان مثال، برودک و کالتا (۲۰۲۳) گزارش دادند که توافق‌پذیر بودن با رضایت زناشویی رابطه مثبت دارد. به‌همین ترتیب، پارایی و همکاران (۱۴۰۱) و هوسنی و زکریا (۲۰۲۲) گزارش دادند که توافق‌پذیر بودن همبستگی مثبت با رضایت زناشویی داشته است. بنابراین، نتایج این مطالعه با تحقیقات قبلی مطابقت دارد که نشان می‌دهد خودگزارشی‌های توافق‌پذیر بودن با ارزیابی‌های جهانی ازدواج همبستگی مثبت دارد (دانلان و همکاران، ۲۰۰۴). در توصیف چگونگی رابطه بین توافق‌پذیری و رضایت زناشویی می‌توان چنین بیان کرد که توافق‌پذیری یک ویژگی شخصیتی است که با تمایل به همدل بودن، گرم بودن، مراقبت کردن و اعتماد کردن به جای ویژگی‌هایی همچون دوری‌گزینی، دوست نداشتن و نبود همکاری مشخص می‌شود (نتل، ۲۰۰۷). این ویژگی به‌طور مثبت با ارزش‌هایی مانند خیرخواهی و مردم‌دوستی مرتبط است، اما به‌طور منفی با ارزش‌هایی مانند قدرت و موفقیت در ارتباط است (روکاس و همکاران، ۲۰۰۲؛ اندرسون و کوان، ۲۰۱۴). بنابراین، در زمینه ازدواج، شریکی که سطوح بالایی از توافق را از خود نشان می‌دهد، احتمالاً بیشتر در رابطه سرمایه‌گذاری می‌کند، با همسرش همدلی می‌کند و مایل به سازش و تلاش برای رسیدن به اهداف مشترک است. این امر به نوبه خود می‌تواند به سطوح بالاتر رضایت زناشویی و مشارکت قوی‌تر و رضایت‌بخش‌تر منجر شود. تحقیقات نشان داده است که توافق‌پذیری می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر تعارض‌های بین فردی و رضایت از رابطه داشته باشد. افراد موافق، بیشتر از تاکتیک‌های سازش استفاده می‌کنند و احتمال کمتری وجود دارد که از استراتژی‌های نداشتن مشارکت و ابراز قدرت در طول تعارض‌ها استفاده کنند (گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶). این امر، ممکن است به این دلیل باشد که افراد موافق بهتر می‌توانند رفتار خود را مدیریت کنند و با عواطف منفی کمتر به تعارض‌ها پاسخ دهند (گرازیانو و آیزنبرگ، ۱۹۹۷؛ جنسن - کمپیل و همکاران، ۲۰۰۲). آنها همچنین ممکن است برداشت‌های مثبت بیشتری در مورد رفتارهای تحریک‌آمیز داشته باشند که می‌تواند به راهبردهای حل تعارض سازنده‌تر منجر شود (گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶) و در نهایت رضایت زناشویی را افزایش دهد. علاوه بر این، افراد موافق ممکن است انگیزه بیشتری برای حفظ روابط مثبت داشته باشند و افراد را به شیوه‌هایی مطابق با انگیزه هایشان درک کنند (جنسن - کمپیل و گرازیانو، ۲۰۰۱؛ گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶). این نظام انگیزشی می‌تواند منجر به الگوهای سازنده‌تر مخالفت کردن در طول تعارض‌ها و در کل به تعارض‌های ادراک شده کمتر منجر شود (گرازیانو و همکاران، ۱۹۹۶). بر این اساس، این نظام انگیزشی می‌تواند به ازدواجی هماهنگ‌تر و رضایت‌بخش‌تر منجر شود.

نتایج به‌دست آمده از مطالعه ما، که رابطه مثبت و معنادار بین همدلی و رضایت زناشویی را نشان می‌دهد، با نتایج مطالعات اخیر سازگار است. به‌عنوان مثال، اهمیت همدلی در تقویت روابط صمیمانه در مطالعه ون و همکاران (۲۰۲۲) برجسته شده است. تحقیق انجام شده توسط رجبی و همکاران (۱۴۰۱)، نیز رابطه معنادار و مثبتی بین همدلی زناشویی و رضایت زناشویی نشان داد. پژوهش انجام شده توسط غفوریان قهرمانی و مهدویان (۱۴۰۰)، اهمیت همدلی را در پیش‌بینی میزان رضایت زناشویی زنان متأهل شهر تهران نشان



می‌دهد. در تحقیق فتوت و همکاران (۱۳۹۸)، نشان داده شد رضایت از ازدواج در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه با سطح همدلی عاطفی آنها همبستگی مثبت و معناداری دارد. مطالعه پلپا و همکاران (۲۰۱۹)، نشان داد که همدلی هر دو شریک برای زوجینی که در دوران نامزدی به سر می‌برند و همچنین برای شوهران، پیش‌بینی‌کننده معنادار رضایت از رابطه است. همانطور که در مطالعه احمدی اردکانی و فاطمی عقدا (۱۳۹۸)، نشان داده شده است همدلی می‌تواند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر افزایش رضایت زناشویی تأثیر بسزایی داشته باشد. مطالعه لادا و کازمیرچاک (۲۰۱۹)، بر اهمیت همدلی در تعیین سطح رضایت در یک رابطه تأکید می‌کند. پژوهش نادری و همکاران (۱۳۹۴)، نشان داد که می‌توان از میزان همدلی بین زوجها برای پیش‌بینی رضایت شناختی آنها استفاده کرد. این مطالعات در مجموع بر نقش مهم همدلی در ایجاد روابط رضایت بخش تأکید دارند. در توصیف چگونگی رابطه بین همدلی و رضایت زناشویی می‌توان چنین بیان کرد که به وسیله همدلی، افراد می‌توانند به درک بهتری از دیدگاه‌ها و عواطف شریک زندگی خود دست یابند که می‌تواند منجر به افزایش ارتباط مؤثر و حل مسئله شود (مک کالو و ورثینگتون، ۱۹۹۵؛ ورثینگتون، ۲۰۰۶). رضایت از رابطه زمانی محتمل‌تر است که زوجها ظرفیت درک و پذیرش دیدگاه‌ها و خواسته‌های یکدیگر را داشته باشند (لاور، لاور و کر، ۱۹۹۰). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت زوج‌هایی که نسبت به یکدیگر همدلی نشان می‌دهند، مستعد برخورداری از سطوح بالاتری از رضایت زناشویی هستند. علاوه بر این، فیلدز (۱۹۸۳)، مشاهده کرد زوج‌هایی که از رابطه خود راضی هستند، می‌توانند با نیازهای در حال تغییر شریک زندگی خود سازگار شوند. اساس سازگاری نیز روی میل به همدلی با شریک زندگی و درک واقعی دیدگاه او بنا شده است.

مطالعه ما رابطه مثبت و معناداری را بین بخشش و رضایت زناشویی نشان داد که بیانگر این است، کسانی که بخشش بیشتری نشان می‌دهند رضایت بیشتری را در ازدواج خود تجربه می‌کنند. یافته‌های این مطالعه با مطالعات قبلی که رابطه مثبتی بین بخشش و رضایت در یک رابطه را نشان داده‌اند، همخوانی دارد. به‌عنوان مثال، در مطالعه فویشوا و زاهورکوا (۲۰۲۲)، اهمیت بخشش شریک زندگی در ارتقای یک رابطه رضایت‌بخش برجسته شد. آنها پس از بررسی متغیرهای متعدد، دریافتند که در مدل مورد بررسی، بخشش مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده رضایت از رابطه است و بر نقش اساسی بخشش در تقویت رضایت زناشویی تأکید کردند. در مروری نظام‌اتیک از ۲۵ مطالعه، مندس - تیسیرا و دوارت (۲۰۲۱)، رابطه‌ای مثبت و به شکل تقویت‌کننده متقابل، بین بخشش و رضایت زناشویی یافتند، به این شکل که بخشش با میزان بالاتر رضایت زناشویی همراه بود و بالعکس. جهان و همکاران (۱۴۰۰)، از طریق مطالعه خود وجود همبستگی مثبت و قوی بین بخشش و رضایت زناشویی را نشان دادند و همچنین دریافتند که بخشش پیش‌بینی‌کننده‌ای مهم در رضایت زناشویی است. در مطالعه انجام شده توسط کاوه فارسانی (۱۴۰۰)، مشخص شد که بین بخشش و رضایت زناشویی رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد. همچنین، بر اساس تحقیقات رابرتز و همکاران (۲۰۲۱)، بین بخشش و میزان رضایت در روابط، رابطه معناداری وجود داشت. در مجموع، این مطالعات اهمیت بخشش را در افزایش رضایت در روابط زناشویی نشان می‌دهند. در توصیف چگونگی رابطه بین بخشش و رضایت زناشویی می‌توان چنین بیان کرد که فقدان بخشش در یک رابطه می‌تواند منجر به الگوهای زیان‌بار تعامل شود، حل تعارض‌ها را مختل کند و احتمال پرخاشگری روانی و ارتباط غیرسازنده را تقویت کند (فینچام و همکاران، ۲۰۰۴؛ فینچام و بیچ، ۲۰۰۲؛ مورفی و اولری، ۱۹۸۹؛ رابرتس و کروکف، ۱۹۹۰). ظرفیت طلب بخشش و بخشش تا حد زیادی بر طول عمر روابط زناشویی و رضایت تجربه شده در روابط زناشویی تأثیر می‌گذارند (فنل، ۱۹۹۳). بخشش منجر به تقویت آشتی، صمیمیت و ارتباط سازنده می‌شود (فینچام و بیچ، ۲۰۰۲). امتناع از بخشش تخلفات شریک زندگی می‌تواند مانع حل و فصل سازنده تعارض شده و کناره‌گیری و تلافی‌کردن پیامد آن باشد و تأثیر مخربی بر حسن نیت به همسر، تلاش برای حل تعارض و رضایت زناشویی داشته باشد (فینچام، بیچ و داویلا، ۲۰۰۴). بخشش بالاتر با بهبود سازگاری زوجین و صمیمیت و کاهش پرخاشگری روانی همراه است (گوردون و باوکوم، ۲۰۰۳؛ پالاری، رگالیا، و فینچام، ۲۰۰۵؛ فینچام و بیچ، ۲۰۰۲؛ فینکل و همکاران، ۲۰۰۲). سطوح پایین‌تر رضایت زناشویی با بخشش منفی (نبخشیدن) مرتبط است که با خشم، رنجش، کناره‌گیری و سرزنش مشخص می‌شود (گوردون و همکاران، ۲۰۰۹؛ فینچام و لینفیلد، ۱۹۹۷). بخشش می‌تواند منجر به التیام عاطفی و صمیمیت قوی‌تر شود (فینکل و همکاران، ۲۰۰۲؛ انرایت و فیتزگیبونز، ۲۰۱۵؛ منام و لاول، ۲۰۱۳). علاوه بر این، بخشش با رضایت و تعهد قوی‌تر در روابط عاشقانه و همچنین روابط با کیفیت بالاتر مرتبط است (آلگارد و همکاران، ۲۰۱۶؛ فینکل و همکاران، ۲۰۰۲؛ بری و ورثینگتون، ۲۰۰۱).

## • نتیجه‌گیری

به‌عنوان نتیجه‌گیری، این پژوهش، ضرورت توجه به سه مؤلفه کلیدی شامل توافق‌پذیری، همدلی زناشویی و بخشش زناشویی را در ارتقای رضایت زناشویی به روشنی نشان می‌دهد. زوج‌هایی که در سطوح بالایی از توافق‌پذیری به سر می‌برند، به دلیل تمایل به همکاری، همدلی و درک متقابل در مسائل زناشویی، احتمالاً با چالش‌های کمتری در حفظ رضایت زناشویی خود مواجه خواهند شد. همچنین، ارتباط مثبت مشاهده شده بین همدلی و رضایت زناشویی، بر نقش محوری درک و شفقت در پویایی روابط زناشویی صحه می‌گذارد، به‌نحوی که زوج‌هایی که قادر به همدلی با تجربه‌ها، احساس‌ها و دیدگاه‌های شریک زندگی خود هستند، به احتمال زیاد ارتباطات عاطفی قوی‌تری برقرار می‌کنند که این امر، به نوبه خود، تسهیل‌کننده ارتباط مؤثر و حمایت متقابل خواهد بود و در نهایت می‌تواند منجر به افزایش رضایت زناشویی شود. در واقع، همدلی به‌عنوان یک عنصر کلیدی در روابط رضایت‌بخش عمل کرده و به زوج‌ها کمک می‌کند تا با چالش‌ها و مشکلات زندگی مشترک به‌طور مؤثرتری کنار بیایند. علاوه‌براین، توانایی زوجین در بخشش یکدیگر، رهایی از کینه‌ها و رنجش‌های گذشته، دروازه‌ای به سوی بازسازی اعتماد و تعمیق ارتباطات عاطفی می‌گشاید که می‌تواند بستر لازم را برای ایجاد و پرورش محیطی مثبت فراهم آورد که در نهایت، منجر به افزایش رضایت زناشویی شود. یافته‌های این مطالعه، دریچه‌ای به سوی درک عمیق‌تر عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی می‌گشاید که می‌تواند مورد استفاده طیف وسیعی از افراد، از جمله زوجین، مشاوران خانواده، درمانگران و سیاست‌گذاران حوزه خانواده قرار گیرد. در این راستا، پیشنهاد می‌شود مشاوران از تکنیک‌هایی مانند آموزش همدلی و تمرین‌های بخشش برای کمک به زوج‌ها در توسعه این مهارت‌ها استفاده کنند. همچنین، توصیه می‌شود که درمانگران به زوج‌ها در درک علل ریشه‌ای مسائل همدلی یا مشکل در بخشش کمک کنند و به آنها یاری رسانند تا نگرش‌های دلسوزانه‌تری ایجاد کنند. علاوه بر این، توصیه می‌شود که سیاست‌گذاران با حمایت از برنامه‌های ارتقای ارتباطات سالم و حل تعارض در ازدواج و افزایش رضایت زناشویی، گام‌های مؤثر بیشتری در جهت تقویت بنیان خانواده بردارند. محدودیت قابل ذکر در این مطالعه شامل تمرکز آن تنها بر زنان متأهل است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی، تجربیات مردان متأهل را نیز برای به دست آوردن درک جامع‌تری از عواملی که بر رضایت زناشویی و تفاوت‌های جنسیتی بالقوه، مؤثرند، در برگیرند.

## • تعارض منافع

هیچ تعارض منافی بین نویسندگان گزارش نشده است.

## • تقدیر و تشکر

نویسندگان از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشتند، نهایت سپاسگزاری را دارند.

## • منابع

- احمدی اردکانی، زهرا، فاطمی عقدا، نسرين. (۱۳۹۸). رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی و رضایت زناشویی با میانجی‌گری بخشش و همدلی: بررسی یک مدل. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۴.۱)، ۱۵-۲۵
- آذرکیش، مریم، نادری، فرح، عسکری، پرویز و حیدری، علیرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش جنسی بر بخشش رنجش خاص زناشویی و پایداری ازدواج زنان متأهل شهر آبادان. *سلامت جامعه*، ۱۱(شماره ۳ و ۴)، ۲۰-۲۹.
- بشروپور، سجاد، میری، میرنادر. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای بی‌اشتیاقی اخلاقی در رابطه بین صفات تاریک شخصیت و استعداد خیانت زناشویی. *مجله روان‌شناسی*، ۳(۲۲)، ۲۸۶-۲۷۱.
- پارپایی، رزینا، امیری، حسن و عارفی، مختار. (۱۴۰۱). الگوی علی رضایتمندی زوجین بر اساس مولفه‌های ویژگی شخصیتی با میانجی ارتباط مادر-فرزند. *خانواده و بهداشت*، ۱۱(۴)، ۲۷-۳۹.
- جهان، محمدرضا، محمدی، اکبر و قدمی، مجید. (۱۴۰۰). نقش کیفیت زندگی، سازش‌یافتگی و بخشایشگری در پیش‌بینی رضایت زناشویی مادران کودکان آهسته‌گام. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۲(۲)، ۹۶-۱۰۷.

- رجبی، غلامرضا، حریرزادی، مهدی، تقی پور، منوچهر. (۱۳۹۵). ارزیابی مدل رابطه خوددلسوزی، همدلی زناشویی و افسردگی با میانجی‌گری بخشش زناشویی در زنان. *مشاوره کاربردی*، ۶(۲)، ۱-۲۲.
- رجبی، غلامرضا، کاظمی، فرزاد و شیرالی نیا، خدیجه. (۱۴۰۱). ارزیابی مدل رابطه بین ذهن‌آگاهی و رضایت زناشویی با میانجی‌گری همدلی زناشویی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۳(۱)، ۱۸۳-۱۹۸.
- ساعتچی، محمود، کامکاری، کامبیز، عسگریان، مهناز. (۱۳۹۵). آزمون‌های روانشناختی. تهران: انتشارات ویرایش.
- صلایانی، فائزه، اصغری‌ابراهیم‌آباد، محمدجواد، رسول‌زاده طباطبائی، کاظم، عباسزاده‌روگوشویی، رضیه. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای سبک‌های عشق ورزی در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و رضایت زناشویی. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲۴)، ۲۳-۴۰.
- غفوریان قهرمانی، صفورا و مهدویان، علیرضا. (۱۴۰۰). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر مبنای متغیرهای همدلی، تعهد زناشویی و سبک‌های دلبستگی در زنان متأهل شهر تهران. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۲)، ۷۱-۸۰.
- فتحی آشتیانی، علی، داستانی، محبوبه. (۱۳۹۱). آزمون‌های روانشناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات بعثت.
- فتوت، فاطمه، قهاری، شهربانو، و سالمی خامنه، علیرضا. (۱۳۹۸). سبک‌های ابرازگری هیجانی، همدلی عاطفی، رضایت زناشویی با میانجی‌گری سبک دلبستگی در مادران کودکان‌ای دی‌اچ‌دی. *پرستار و پزشک در رزم*، ۷(۲۵)، ۳۳-۴۰.
- کاوه فارسانی، ذبیح‌الله. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای اسناد ارتباطی و بخشش زناشویی در رابطه بین روان‌رنجوری، سبک‌های دلبستگی و رضایت زناشویی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۲۰(۷۹)، ۶۰-۳۱.
- نادری، لیلا، مولوی، حسین، و نوری، ابوالقاسم. (۱۳۹۴). پیش‌بینی رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان بر اساس همدلی و بخشودن. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۴ (پیاپی ۶۲))، ۶۹-۷۵.
- نعامی، عبدالزهره، محمودی کیا، مریم. (۱۳۹۸). رابطه تعارض کار- خانواده با فشار روانشناختی و رضایت از زندگی. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲۳)، ۹۹-۱۱۱.
- Aalgaard, R. A., Bolen, R. M., & Nugent, W. R. (2016). A literature review of forgiveness as a beneficial intervention to increase relationship satisfaction in couple therapy. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(1), 46-55.
- Ahmadi Ardakani, Z., & Fatemi Oghada, N. (2019). Examining the model of relationship between attachment styles and marital satisfaction: The mediating roles of forgiveness and empathy. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 62(December), 15-25.
- Albiero, P., Matricardi, G., Speltri, D., & Toso, D. (2009). The assessment of empathy in adolescence: A contribution to the Italian validation of the "Basic Empathy Scale". *Journal of Adolescence*, 32(2), 393-408.
- Anderson, C., & Cowan, J. (2014). Personality and status attainment: A micropolitics perspective. *The psychology of social status*, 99-117.
- Berry, J. W., & Worthington Jr, E. L. (2001). Forgiveness, relationship quality, stress while imagining relationship events, and physical and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 447.
- Botwin, M. D., Buss, D. M., & Shackelford, T. K. (1997). Personality and mate preferences: Five factors in mate selection and marital satisfaction. *Journal of personality*, 65(1), 107-136.
- Bouchard, G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1999). Personality and marital adjustment: Utility of the five-factor model of personality. *Journal of Marriage and the Family*, 651-660.
- Brudek, P., & Kaleta, K. (2023). Marital offence-specific forgiveness as mediator in the relationships between personality traits and marital satisfaction among older couples: Perspectives on Lars Tornstam's theory of gerotranscendence. *Ageing & Society*, 43(1), 161-179.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Czechowska-Bieluga, M., & Lewicka-Zelent, A. (2022). Marital satisfaction—a literature review. *Wychowanie w Rodzinie*, 27(2/2022), 155-172.
- Donnellan, M. B., Conger, R. D., & Bryant, C. M. (2004). The Big Five and enduring marriages. *Journal of Research in personality*, 38(5), 481-504.
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2015). Forgiveness therapy: An empirical guide for resolving anger and restoring hope. *American Psychological Association*. Washington, DC.
- Fenell, D. L. (1993). Characteristics of long-term first marriages. *Journal of Mental Health Counseling*, 15, 446-460.
- Fields, N. S. (1983). Satisfaction in long-term marriages. *Social Work*, 28(1), 37-41.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. (2002). Forgiveness in marriage: Implications for psychological aggression and constructive communication. *Personal Relationships*, 9(3), 239-251.
- Fincham, F. D., & Linfield, K. J. (1997). A new look at marital quality: Can spouses feel positive and negative about their marriage? *Journal of Family Psychology*, 11(4), 489-502.
- Fincham, F. D., Beach, S. R., & Davila, J. (2004). Forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of family psychology*, 18(1), 72.
- Fincham, F. D., Paleari, F. G., & Regalia, C. (2002). Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Personal Relationships*, 9(1), 27-37.
- Finkel, E. J., Rusbult, C. E., Kumashiro, M., & Hannon, P. A. (2002). Dealing with betrayal in close relationships: Does commitment promote forgiveness? *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 956-974.

- Fotovát, F., Ghahari, S., & Salemi, K. A. (2021). Investigate different style of emotional expressiveness, affective empathy, material satisfaction by the mediation of attachment styles of the mothers of children with ADHD. *NPWJM* 2020; 7 (25) :33-40
- Fupšová, T., & Záhorcová, L. (2022). Empathy and Humility as Predictors of Forgiveness towards One's Partner and Relationship Satisfaction in Young Adults. *Studia Psychologica*, 64(3), 243-255.
- Gordon, K. C. (2003). Forgiveness and marriage: Preliminary support for a measure based on a model of recovery from a marital betrayal. *American Journal of Family Therapy*, 31(3), 179-199.
- Gordon, K. C., Hughes, F. M., Tomcik, N. D., Dixon, L. J., & Litzinger, S. C. (2009). Widening spheres of impact: The role of forgiveness in marital and family functioning. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 1-13.
- Graziano, W. G., & Eisenberg, N. (1997). Agreeableness: A dimension of personality. In *Handbook of personality psychology* (pp. 795-824). Academic Press.
- Graziano, W. G., Jensen-Campbell, L. A., & Hair, E. C. (1996). Perceiving interpersonal conflict and reacting to it: the case for agreeableness. *Journal of personality and social psychology*, 70(4), 820-835.
- Heller, D., Watson, D., & Ilies, R. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: a critical examination. *Psychological bulletin*, 130(4), 574-600.
- Hoesni, S. M., & Zakaria, S. M. (2022). Exploring Relationships Between Personality Traits and Marital Satisfaction among Urban Malays Using Malaysian Samples: A Preliminary Study. *Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 12(4), 1419-1428.
- Jensen-Campbell, L. A., & Graziano, W. G. (2001). Agreeableness as a moderator of interpersonal conflict. *Journal of personality*, 69(2), 323-362.
- Jensen-Campbell, L. A., Adams, R., Perry, D. G., Workman, K. A., Furdella, J. Q., & Egan, S. K. (2002). Agreeableness, extraversion, and peer relations in early adolescence: Winning friends and deflecting aggression. *Journal of Research in Personality*, 36(3), 224-251.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29(4), 589-611.
- Łada, A., & Kaźmierczak, M. (2019). Negative arousability and relationship satisfaction: The mediating role of empathy. *Roczniki Psychologiczne*, 22(1), 73-90.
- Lauer, R. H., Lauer, J. C., & Kerr, S. T. (1990). The long-term marriage: Perceptions of stability and satisfaction. *The International Journal of Aging and Human Development*, 31(3), 189-195.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Schutte, N. S., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2010). The five-factor model of personality and relationship satisfaction of intimate partners: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 44(1), 124-127.
- McCullough, M. E., & Worthington Jr, E. L. (1995). Promoting forgiveness: A comparison of two brief psychoeducational group interventions with a waiting-list control. *Counseling and Values*, 40(1), 55-68.
- Menahem, S., & Love, M. (2013). Forgiveness in psychotherapy: The key to healing. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 829-835.
- Mendes-Teixeira, A. I., & Duarte, C. (2021). Forgiveness and Marital Satisfaction: A Systematic Review. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41.
- Murphy, C. M., & O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(5), 579-582.
- Nettle, D. (2007). *Personality: What makes you the way you are*. OUP Oxford.
- Olson, D. H., Fournier, D. G., & Druckman, J. M. (1987). *Counselor's manual for PREPARE/ENRICH* (rev ed.). Minneapolis, MN: PREPARE/ENRICH, Inc.
- Paleari, F. G., Regalia, C., & Fincham, F. (2005). Marital quality, forgiveness, empathy, and rumination: A longitudinal analysis. *Personality and social psychology Bulletin*, 31(3), 368-378.
- Paleari, F. G., Regalia, C., & Fincham, F. D. (2009). Measuring offence-specific forgiveness in marriage: the Marital Offence-Specific Forgiveness Scale (MOFS). *Psychological Assessment*, 21(2), 194-209.
- Plopa, M., Kaźmierczak, M., & Karasiewicz, K. (2019). The quality of parental relationships and dispositional empathy as predictors of satisfaction during the transition to marriage. *Journal of Family Studies*, 25(2), 170-183.
- Roberts, K., Jaurequi, M. E., Kimmes, J. G., & Selice, L. (2021). Trait mindfulness and relationship satisfaction: The role of forgiveness among couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(1), 196-207.
- Roberts, L. J., & Krokoff, L. J. (1990). A time-series analysis of withdrawal, hostility, and displeasure in satisfied and dissatisfied marriages. *Journal of Marriage and the Family*, 95-105.
- Roccas, S., Sagiv, L., Schwartz, S. H., & Knafo, A. (2002). The big five personality factors and personal values. *Personality and social psychology bulletin*, 28(6), 789-801.
- Sayehmiri, K., Kareem, K. I., Abdi, K., Dalvand, S., & Gheshlagh, R. G. (2020). The relationship between personality traits and marital satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychology*, 8(1), 1-8.
- Surguladze, S., & Bergen-Cico, D. (2020). Empathy in a broader context: development, mechanisms, remediation. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 529.
- Watson, D., Hubbard, B., & Wiese, D. (2000). General traits of personality and affectivity as predictors of satisfaction in intimate relationships: Evidence from self-and partner-ratings. *Journal of personality*, 68(3), 413-449.
- Wen, X., Zhang, Q., Zhou, Y., Du, J., & Xu, W. (2022). Mindfulness and intimate relationship satisfaction in daily life: The role of empathy. *Psych Journal*, 11(4), 500-509.
- Worthington Jr, E. L. (2006). *Forgiveness and reconciliation: Theory and application*. Routledge.

## نقش میانجی باورهای فراشناختی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و مسئولیت پذیری افراطی با علایم وسواسی- اجباری

### The Mediating Role of Metacognitive Beliefs in the Relationship Between Anxiety Sensitivity and Excessive Responsibility with Obsessive- Compulsive Symptoms

Morteza Aghaei-Mazraji, MSc

Mahmoud Najafi, PhD<sup>✉</sup>

Mina Shirmohammadali, MSc

مرتضی آقایی مزرچی<sup>۱</sup>

محمود نجفی<sup>۲</sup>

مینا شیرمحمدعلی<sup>۳</sup>

#### Abstract

The aim of the present study was to determine the mediating role of metacognitive beliefs in the relationship between anxiety sensitivity, responsibility acceptance, and obsessive-compulsive symptoms in the general population residing in Tehran. The research method was descriptive correlational (path analysis). From the general population residing in Tehran, 300 individuals were selected through an online call based on the criteria for entering the sampling procedure available in the year 2021. The instruments used in this study included the Revised Obsessive-Compulsive Inventory Foa et al. (2002), the Anxiety Sensitivity Index Reiss et al. (1986), the Responsibility Attitude Scale Salkovskis et al. (2000), and the Metacognitions Questionnaire Wells (1997). To analyze the present study, descriptive-correlational (path analysis) method and SPSS 26 and AMOS 22 software were used. The results of the path analysis showed that anxiety sensitivity and responsibility acceptance have a direct and significant relationship with compulsive checking symptoms ( $P < 0/05$ ), and metacognitive beliefs play a mediating role in the relationship between anxiety sensitivity and responsibility acceptance with compulsive checking symptoms. The indirect effect of metacognitive beliefs on the relationship between anxiety sensitivity, responsibility acceptance, and obsessive-compulsive symptoms was significant. Based on the results of the path analysis, it can be concluded that the model used in this analysis had a desirable fit and has the potential to better understand the psychological processes and relationships between the variables under study. Therefore, it

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی باورهای فراشناختی بین حساسیت اضطرابی، مسئولیت پذیری افراطی و علایم وسواس- جبری در جمعیت عمومی ساکن شهر تهران بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی (تحلیل مسیر) بود. از میان جمعیت عمومی ساکن شهر تهران ۳۰۰ نفر از طریق فراخوان اینترنتی، با توجه به ملاک‌های ورود به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، در سال ۱۴۰۱ انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل سیاهه تجدید نظر شده وسواسی- اجباری فوآ و همکاران (۲۰۰۲)، شاخص حساسیت اضطرابی رایس و همکاران (۱۹۸۶)، مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری افراطی سالکووسکیس و همکاران، (۲۰۰۰) و پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز، (۱۹۹۷) بودند. به منظور تحلیل پژوهش حاضر از روش توصیفی- همبستگی (تحلیل مسیر) و نرم افزارهای SPSS26 و AMOS22 استفاده شد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری افراطی با علایم وسواس جبری رابطه مستقیم و معناداری دارد ( $P < 0/05$ ) و باورهای فراشناختی در رابطه حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری افراطی با علایم وسواس جبری نقش میانجی دارد و اثر غیرمستقیم باورهای فراشناختی در رابطه بین حساسیت اضطرابی، مسئولیت‌پذیری افراطی و علائم وسواسی- اجباری معنادار بود. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل مسیر، می‌توان نتیجه گرفت که مدل مورد استفاده در این تحلیل، از تطابق مطلوبی برخوردار بوده و توانایی فهم بهتر فرآیندهای روانی و ارتباطات بین متغیرهای مورد مطالعه را دارا است. از این

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۳/۲۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد، واحد رودهن، تهران، ایران.

can be argued that the mediating role of metacognitive beliefs in relation to obsessive-compulsive symptoms can be considered as an effective intervention in improving individuals' education in the field of anxiety sensitivity and responsibility acceptance. Thus, reducing obsessive-compulsive symptoms through stabilizing metacognitive beliefs emerges as an important strategy. These findings indicate that research in this area can help improve psychological processes and social relationships, leading to the development of therapeutic and educational programs for managing anxiety and obsessive-compulsive symptoms.

**Keywords:** Anxiety Sensitivity, Metacognitive Beliefs, Responsibility, Obsessive-Compulsive.

رو، می‌توان اظهار کرد که نقش میانجی باورهای فراشناختی در ارتباط با علائم وسواسی- اجباری، می‌تواند به‌عنوان یک برنامه‌ریزی مؤثر در جهت ارتقای آموزش افراد در زمینه حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری افراطی مطرح شود. به این ترتیب، کاهش علائم وسواسی- اجباری از طریق تثبیت باورهای فراشناختی، به‌عنوان یک راهکار مهم مورد توجه قرار می‌گیرد. این اظهارات نشان می‌دهند که تحقیقات در این زمینه می‌تواند به بهبود فرآیندهای روانی و روابط اجتماعی افراد کمک کند و در نتیجه، به توسعه برنامه‌های درمانی و آموزشی برای مدیریت اضطراب و علائم وسواسی- اجباری کمک کند.

**واژه‌های کلیدی:** باورهای فراشناختی، حساسیت اضطرابی، وسواسی- اجباری، مسئولیت‌پذیری

## ● مقدمه

اختلال‌های روانی از جمله مسائل بحرانی و پیچیده‌ای هستند که تأثیرات قابل توجهی بر زندگی افراد و جوامع دارند. در این راستا، اختلال‌هایی نظیر وسواس و اضطراب به‌طور گسترده‌ای مورد مطالعه و تحقیقات علمی و روان‌شناسی قرار گرفته‌اند. اختلال وسواسی- اجباری (obsessive-compulsive disorder) یکی از زیرمجموعه‌های اختلال‌های وسواسی است که با تمرکز بر افکار و عمل‌های مکرر و غیرمنطقی همراه است و توانایی انجام وظایف روزمره فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (راچمن و رادموسکی، ۲۰۲۱). اما درک چگونگی بروز و پیشرفت این اختلال‌ها هنوز به‌طور کامل مشخص نشده است. به‌عنوان مثال، نقش متغیرهای روان‌شناختی مختلف در بروز و شدت این اختلال‌ها از جمله حساسیت اضطرابی (sensitivity anxiety) و مسئولیت‌پذیری افراطی (responsibility) همچنان مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. از طرفی، باورهای فراشناختی (metacognitive beliefs) که شامل افکار و اعتقادات درباره فرایندهای شناختی و عملکرد ذهنی هستند، نیز ممکن است نقش مهمی در توسعه و پیشرفت این اختلال‌ها داشته باشند (جانسون و اسمیت، ۲۰۲۳).

اختلال وسواسی- اجباری یکی از اختلال‌های روانی پراکنده و مزاحم است که تأثیرات بسیاری بر زندگی روزمره افراد دارد و با پیامدهای جدی برای سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد همراه است. این اختلال شامل مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌هاست که می‌تواند از افکار مزاحم و وسواسی گرفته تا رفتارهای عملی و پنهانی متنوعی را در بر بگیرد. همچنین، وسواس‌های فکری می‌تواند با احساسات اضطراب و ناراحتی عاطفی همراه باشند، در حالی که وسواس‌های عملی ممکن است منجر به تداخل در عملکرد روزمره، فعالیت‌های اجتماعی و روابط فردی شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

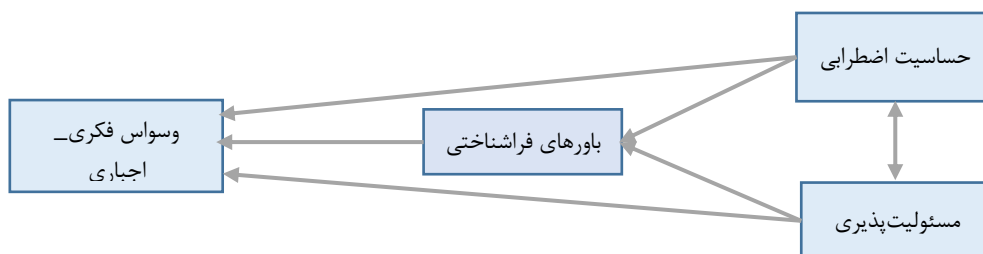
تأثیر عوامل روان‌شناختی بر علائم وسواسی- اجباری، از جمله حساسیت اضطرابی، مسئولیت‌پذیری و باورهای فراشناختی، موضوعی است که اخیراً در تحقیقات روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. این عوامل روان‌شناختی، به‌عنوان مهمترین عوامل مورد بررسی در روان‌شناسی، از تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر علائم وسواسی- اجباری برخوردار هستند. این تحقیقات نشان می‌دهند که حساسیت به اضطراب، مسئولیت‌پذیری افراطی و باورهای فراشناختی به‌طور معناداری با ظهور و شدت علائم وسواسی- اجباری مرتبط هستند (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۳).

حساسیت اضطرابی به‌عنوان تمایلی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب، به‌عنوان یک عامل خطر شناخته‌شده برای ایجاد اختلال‌های اضطرابی تلقی می‌شود. این حساسیت می‌تواند منجر به ترس از احساسات بدنی مانند تپش قلب شود و در نتیجه، ترس از بیماری را در افراد مبتلا افزایش دهد (کریس و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس مطالعه انجام شده توسط جانسون و ویلیامز (۲۰۲۳)، حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک عامل در ظهور علائم وسواسی- اجباری مورد بررسی قرار گرفته است. این پژوهش نشان داده افرادی که دارای حساسیت اضطرابی بیشتری هستند، احتمالاً با شدت بیشتری از علائم وسواسی- اجباری روبرو می‌شوند.

علاوه بر این، مطالعات حاکی از این است که افراد مبتلا به این اختلال، سطوح بالایی از مسئولیت‌پذیری را تجربه می‌کنند (بونانو و همکاران، ۲۰۲۱). مسئولیت‌پذیری افراطی، به باورهای ناکارآمد ذهنی اشاره دارد که می‌توانند به طور مستقیم و غیرمستقیم منجر به پیامدهای مخرب برای فرد شوند. این باورها ممکن است به افزایش افکار وسواسی و نگرانی فرد منجر شده و او را به جلوگیری از این پیامدها وا دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مسئولیت‌پذیری افراطی در ایجاد و حفظ علائم وسواسی - اجباری نقش مهمی دارد و بین این دو متغیر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (متیو و همکاران، ۲۰۲۰). باورهای شناختی دخیل در اختلال وسواسی - اجباری، مانند مسئولیت‌پذیری افراطی و کمال‌گرایی به‌عنوان پیامدهای باورهای فراشناختی نابهنجار تلقی می‌شوند (متیو و همکاران، ۲۰۲۰).

باورهای فراشناختی بر باورهای ناکارآمد در مورد تفکر تمرکز می‌کند و عامل اصلی در ایجاد و حفظ چندین اختلال روانی هستند (ساند و همکاران، ۲۰۲۱). گوتیرز و همکاران (۲۰۲۰)، بیان کردند که افراد با سطوح بالای باورهای فراشناختی به افکار خود توجه زیادی می‌کنند به نحوی که توانایی پردازش اطلاعات در آنها به شدت کاهش پیدا می‌کند. مطالعات نشان دادند که رابطه بین فراشناخت و علائم وسواسی - اجباری نه تنها در افرادی که به تشخیص بالینی اختلال وسواس می‌رسند، بلکه در جمعیت عمومی نیز معنادار است، علاوه بر این طاهرزاده قهفرخی و همکاران (۱، ۴۰۱) در پژوهشی به رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که این دو متغیر رابطه مستقیم و معناداری دارند. اگرچه یافته‌های قبلی نقش علی و نگهدارنده باورهای فراشناختی را در اختلال وسواسی - اجباری نشان می‌دهند، مطالعات اندکی وجود نقش میانجی باورهای فراشناختی را در نظر گرفته‌اند (اسمیت و براون، ۲۰۲۳).

بررسی گروه‌های آسیب‌پذیر یا در معرض خطر که رفتارهای اجباری دارند یا افکار وسواسی را تجربه می‌کنند، اهمیت بسزایی در مداخله و پیشگیری از پیامدهای احتمالی دارد. استفاده از جمعیت غیربالینی در مطالعات مرتبط با وسواس این امکان را فراهم می‌سازد تا نواحی مختلف و ساختارهای اختلال روانی مورد بررسی قرار گیرند. علاوه بر این، مشاهده شده که در نمونه‌های غیربالینی، علائم وسواسی - اجباری با شدت کمتری مشاهده می‌شود که این موضوع می‌تواند در شناسایی و درمان زودهنگام مؤثر باشد و از پیشرفت این اختلال جلوگیری کند. بنابراین، ارزیابی و بررسی متغیرهایی از جمله باورهای فراشناختی، حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری افراطی که تأثیرگذاری زیادی بر این اختلال دارند، ضروری است. با توجه به همپوشانی بین این متغیرها و اختلال وسواسی - اجباری، تحقیقات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می‌شود. همچنین، شناسایی مکانیسم‌های مؤثر در این اختلال می‌تواند به درک بهتری از ماهیت و راهکارهای مداخله منجر شود (دیویس و پاتل، ۲۰۲۳). در این مدل انتظار می‌رود حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری اثر مستقیم و باورهای فراشناختی اثر غیرمستقیم بر علائم وسواسی - اجباری داشته باشد (شکل ۱). با توجه به آنچه ذکر شد سؤال اصلی پژوهش این بود که آیا مدل ارائه شده در مورد روابط بین حساسیت اضطرابی، مسئولیت‌پذیری و باورهای فراشناختی با علائم وسواسی - اجباری از برازش مطلوب برخوردار است؟



شکل ۱. مدل فرضی پژوهش

## • روش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی (تحلیل مسیر) بود. جامعه پژوهش را کلیه افراد ۲۰ تا ۵۰ سال جمعیت عمومی ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. در این پژوهش، نمونه مورد استفاده شامل ۳۰۰ نفر بود. انتخاب نمونه‌ها بر اساس مدل یابی ساختاری استنوس انجام شده است که به ما این امکان را می‌دهد تا نمونه‌هایی را از جمعیت مورد نظر انتخاب کنیم که تنوع و نمایان‌گری مناسبی از افراد با ویژگی‌های مورد نظر ما را فراهم کند. با توجه به شرایط بحرانی کرونا، نمونه‌گیری به صورت آنلاین انجام شد. پرسشنامه

در فضای پرس‌لاین ایجاد و پس از آماده‌سازی در شبکه‌های مجازی پرمخاطب درج شد. این روش به ما امکان می‌دهد تا به‌طور ایمن و با رعایت دقیق پروتکل‌های بهداشتی، اطلاعات مورد نیاز را از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری کنیم. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس بود. ملاک‌های ورودی این پژوهش شامل: داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم؛ و ملاک‌های خروج شامل: تمایل نداشتن شرکت‌کننده به همکاری و کامل نبودن پرسشنامه‌ها بود. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS<sup>۲۶</sup> و AMOS<sup>۲۲</sup> با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و تحلیل مسیر انجام شد. جهت رعایت نکات اخلاقی، پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و پاسخ‌گویی به سؤالات اختیاری بود. شرکت‌کنندگان این اختیار را داشتند که اگر مایل به ادامه همکاری نبودند از ادامه تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف دهند.

## • ابزارها

**الف. سیاهه وسواسی - اجباری (obsessive-compulsive inventory-revised- OCI-R):** ابزاری است جهت ارزیابی علائم وسواس که توسط فوآ و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است. این سیاهه، یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۸ ماده‌ای است و ۶ خرده‌مقیاس دارد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت (از هیچوقت تا بیشتر اوقات) تنظیم شده است که هر یک از پاسخ ۴ گزینه‌ای به‌صورت (۰، ۱، ۲، ۳ و ۴) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه کل نمرات بین صفر تا ۷۲ است و نمره بالاتر بیان‌گر حضور بیشتر نشانگان وسواس در فرد است. وسواس فکری (۳ سؤال)، وارسی (۳ سؤال)، نظم‌دهی (۳ سؤال)، خنثی‌سازی ذهنی (۳ سؤال)، شستشو (۳ سؤال) و انباشت (۳ سؤال) از خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه است. همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۰ است. اعتبار آزمون-بازآزمون پس از دو هفته بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۷ بوده است. علاوه بر این، روایی همگرایی این ابزار با پرسشنامه وسواس مادزلی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۵ گزارش شده است و روایی این پرسشنامه برابر با استفاده از روش تحلیل عاملی ۰/۸۹ است. (کلارک و آبراموویتز، ۲۰۱۸). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی و همکاران، (۱۳۸۷) هنجاریابی شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی این پرسشنامه برابر ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس‌ها ۰/۵۰ تا ۰/۷۲ به‌دست آمده است. روایی همگرایی این ابزار با پرسشنامه پادوآ بین ۰/۶۷ گزارش شده است و همچنین روایی با استفاده از روش تحلیل عاملی ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کل ۰/۸۸ به‌دست آمد.

**ب. شاخص حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (anxiety sensitivity index revised- ASI):** در ابتدا توسط رایس و همکاران (۱۹۸۶) ساخته شد، یک شاخص خودگزارش‌دهی است که دارای ۱۶ ماده است. نمره‌گذاری این شاخص بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر (خیلی کم) تا ۴ (خیلی زیاد) تنظیم شده است و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بالاتر در افراد است. خرده‌مقیاس‌های این شاخص شامل: ترس از نشانه‌های بدنی (۸ سؤال)، ترس از بازداری شناختی (۴ سؤال)، و ترس از اضطراب (۴ سؤال) است. دامنه نمرات این شاخص بین ۰ تا ۶۴ است. این شاخص دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۵ است و اعتبار آزمون-بازآزمون بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ است. علاوه بر این، ضریب همبستگی بین شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی و شاخص حساسیت اضطرابی ۰/۹۴ گزارش شده است که نشان‌دهنده روایی هم‌زمان بالای این شاخص است و همچنین روایی این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی ۰/۹۲ گزارش شده است که نشان‌دهنده میزان قابل قبول و قوی بودن روایی این پرسشنامه در جمعیت‌های مختلف است (رایس و همکاران، ۱۹۸۶). در ایران مرادی‌منش و همکاران (۱۳۸۵)، این شاخص را هنجاریابی کردند و نتایج پژوهش نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و اعتبار آزمون-بازآزمون بعد از چهار هفته ۰/۹۵ گزارش شده است. روایی هم‌زمان از طریق اجرای فهرست‌بازبینی شده تجدید نظر شده ۹۰ نشانگانی انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود علاوه بر این روایی سازه این پرسشنامه بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ است که نشان از روایی بالای آن در جمعیت‌های ایرانی است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل ۰/۸۱ به‌دست آمد.

**ج. مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری (responsibility attitudes scale- RAS):** این یک مقیاس خودگزارشی است که باورهای فرد را در مورد مسئولیت‌پذیری می‌سنجد و توسط سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۶ ماده است. آزمودنی‌ها موافقت خود را با هر مورد در یک مقیاس هفت‌درجه‌ای بیان می‌کنند (۱=کاملاً مخالفم تا ۷=کاملاً موافقم). این مقیاس نگرش‌های کلی مسئولیت را اندازه‌گیری می‌کند. سازندگان، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ را در یک دوره ۴ هفته‌ای برای این مقیاس گزارش کرده‌اند و روایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده است که نشان از روایی قابل قبول آن در جمعیت‌های مختلف است. (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۰). اعتبار آزمون به روش همسانی درونی



(ضریب آلفای کرونباخ) در ایران ۰/۹۰، و با دو نیمه‌سازی به کمک فرمول اسپیرمن- براون ۰/۶۳ و برای همبستگی بین پرسش‌ها در نیمه اول ۰/۸۳ و برای نیمه دوم ۰/۹۰ است. روایی هم‌زمان این آزمون با پرسشنامه پادوا ۰/۵۵ گزارش شده است. علاوه بر این روایی سازه مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری ۰/۸۵ ارزیابی شده است، که نشان از روایی قابل قبول آن در جمعیت‌های ایرانی است (کبیرنژاد و همکاران، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

#### د. پرسشنامه باورهای فراشناختی (metacognition questionnaire-30- MCQ-30): پرسشنامه باورهای فراشناختی توسط

ولز در سال ۱۹۹۷ گردآوری شد و یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ سؤالی است که باورهای افراد در مورد افکارشان را می‌سنجد و خودآگاهی شناختی، نیاز به کنترل افکار، اعتماد شناختی، باورمنفی در مورد نگرانی و باورمثبت در مورد نگرانی از جمله خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه است. پاسخ به سؤالات آن با استفاده از طیف لیکرت چهار درجه‌ای از یک (موافق نیستم) تا ۴ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه کل نمرات بین یک تا ۱۲۰ است (ولز، ۲۰۰۲). همسانی درونی مقیاس کل ۰/۹۳ و همبستگی مقیاس کل با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا ۰/۵۴ علاوه بر این اعتبار بازآزمایی کل در فاصله چهار هفته ۰/۷۵ گزارش شده است (ولز و کاترایت- هاتون، ۲۰۰۴). در ایران شیرین‌زاده دستگیری و همکاران (۱۳۸۷)، در پژوهشی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ گزارش کردند. علاوه بر این، روایی هم‌زمان از طریق پرسشنامه اضطراب خصلتی اشیپلبرگر انجام شد که ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۳ است و روایی سازه این پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شده است، که این مقدار نشان‌دهنده روایی قابل قبول این ابزار در جمعیت‌های ایرانی است. همچنین در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

#### • یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که ۱۰۷ نفر (۳۵/۷ درصد) از اعضای نمونه در گروه‌های سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۱۴ نفر (۳۸ درصد) در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۷۹ نفر (۲۶/۳ درصد) در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال قرار داشتند. از مجموع آنها، ۱۴۵ نفر مرد (۴۸/۳ درصد)، ۱۵۵ نفر زن (۵۱/۷ درصد)، ۱۹۴ نفر مجرد (۶۴/۷ درصد) و ۱۰۶ نفر متأهل (۳۵/۳ درصد) بودند. ۷۸ نفر تحصیلات دیپلم (۲۶ درصد)، ۱۹ نفر فوق دیپلم (۶/۳ درصد)، ۹۹ نفر لیسانس (۳۳ درصد)، ۹۶ نفر فوق لیسانس (۳۲ درصد) و ۸ نفر (۲/۷ درصد) تحصیلات دکتری داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیرمقیاس	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماره	کولموگروف-اسمیرنف سطح معناداری
نشنگان وسواسی جبری	وسواس فکری	۲/۹۵	۲/۷۱	۰/۱۵	۰/۱۱
	وارسی	۱/۴۶	۲/۱۲	۰/۲۷	۰/۰۹
	نظم‌دهی	۳/۳۹	۲/۷۳	۰/۱۲	۰/۰۷
	خنثی‌سازی ذهنی	۱/۰۵	۱/۶۰	۰/۲۸	۰/۱۰
	شستشو	۱/۷۷	۲/۱۶	۰/۲۲	۰/۱۷
	نمره کل علائم وسواس	۱۰/۶۴	۸/۸۲	۰/۱۱	۰/۲۱
حساسیت اضطرابی	ترس از نشانه‌های بدنی	۴/۳۳	۵/۰۶	۰/۲۰	۰/۱۳
	ترس از بازدارنده شناختی	۳/۸۰	۲/۷۹	۰/۱۴	۰/۰۹
	ترس از اضطراب	۲/۲۹	۲/۵۶	۰/۲۰	۰/۱۴
	نمره کل حساسیت اضطرابی	۱۰/۴۳	۹/۱۲	۰/۱۳	۰/۱۱
باورهای فراشناختی	باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۱/۷۹	۴/۵۹	۰/۱۰	۰/۰۸
	باورهای منفی در مورد نگرانی	۱۵/۰۷	۴/۵۰	۰/۰۶	۰/۱۵
	اعتماد شناختی	۱۳/۲۳	۴/۷۸	۰/۱۰	۰/۰۸
	نیاز به کنترل افکار	۱۵/۱۹	۴/۰۶	۰/۰۶۵	۰/۱۱
	خودآگاهی شناختی	۱۷/۲۵	۳/۵۷	۰/۸۶	۰/۰۹
مسئولیت‌پذیری	-	۱۰/۲/۴۷	۲۸/۸۴	۰/۰۴	۰/۲۰

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل یابی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ( $p > 0/05$ ). با توجه به اینکه زیربنای مدل‌یابی معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. ترس از نشانه‌های بدنی	—									
۲. ترس از بازداری شناختی	۰/۵۱**	—								
۳. ترس از اضطراب	۰/۷۵**	۰/۶۲**	—							
۴. باور مثبت درباره نگرانی	۰/۲۶**	۰/۲۹**	۰/۲۷**	—						
۵. باور منفی درباره نگرانی	۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۴۶**	۰/۳۳**	—					
۶. اعتماد شناختی	۰/۲۰**	۰/۲۳**	۰/۲۷**	۰/۱۸**	۰/۴۰**	—				
۷. نیاز به کنترل افکار	۰/۳۳**	۰/۳۹**	۰/۳۸**	۰/۴۳**	۰/۶۰**	۰/۳۳**	—			
۸. خودآگاهی شناختی	۰/۲۵**	۰/۳۴**	۰/۲۷**	۰/۳۳**	۰/۳۷**	۰/۲۴**	۰/۴۶**	—		
۹. مسئولیت‌پذیری افراطی	۰/۳۳**	۰/۳۸**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۴۶**	۰/۲۴**	۰/۶۴**	۰/۴۰**	—	
۱۰. نشانگان وسواسی-	۰/۴۸**	۰/۵۴**	۰/۵۱**	۰/۳۶**	۰/۴۱**	۰/۱۹**	۰/۴۵**	۰/۳۴**	۰/۴۸**	—

\*\* $p < 0/01$  \* $p < 0/05$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین همه متغیرهای پژوهش همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار آن  $1/85$  به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه  $1/5$  تا  $2/5$  قرار دارد؛ می‌توان گفت مفروضه نبود وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای برون‌زای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل و عامل تورم واریانس بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آنها از حد بحرانی ۲ کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه ( $0/88$ ) و شاخص کروییت بارتلت ( $df=105$  و  $p < 0/01$ ) حاکی از برآورده شدن ملاک‌های لازم برای مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

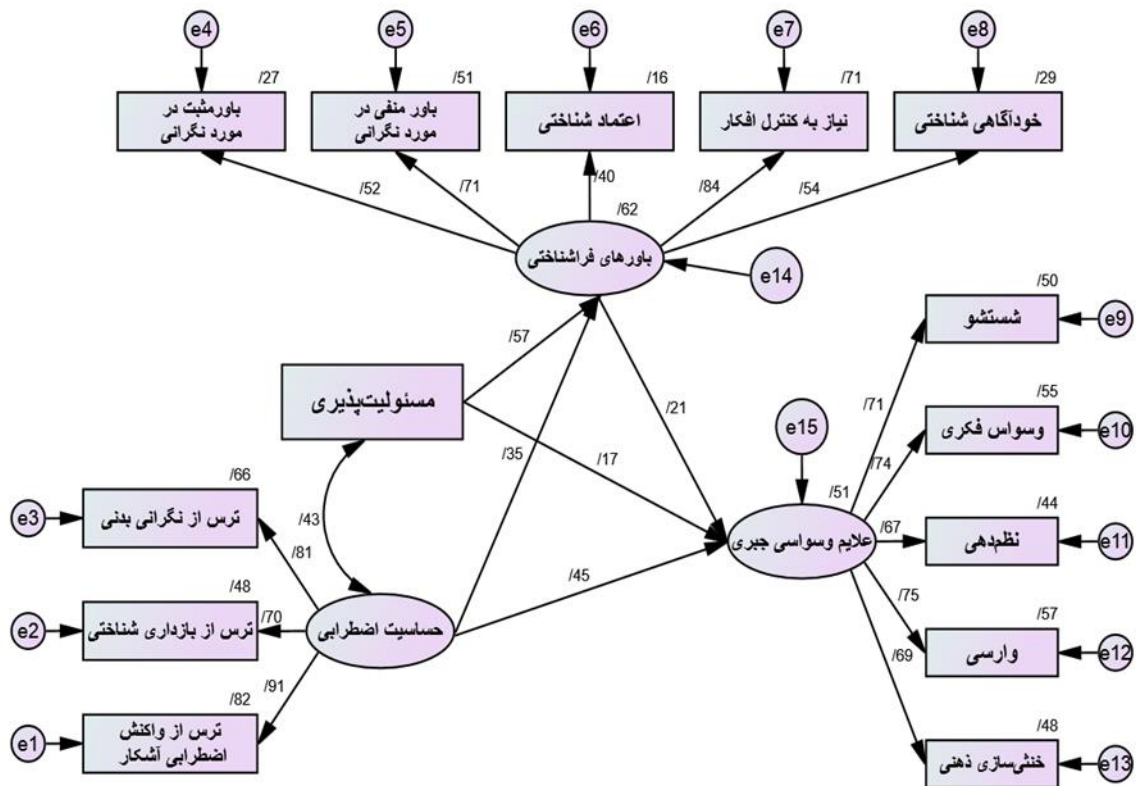
شاخص برازندگی	X2/df	CFI	NFI	GFI	AGFI	IFI	RMSEA	PCLOSE
مقادیر قابل قبول	$< 3$	$> 0/90$	$> 0/90$	$> 0/90$	$> 0/90$	$> 0/90$	$< 0/08$	$> 0/05$
مقادیر محاسبه شده	۲/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۰۷۹	۰/۲۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر (۱۹۹۹)، مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.

جدول ۴ اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر حساسیت اضطرابی بر باورهای فراشناختی ( $\text{Beta}=0/35$ ،  $p < 0/001$ ) و وسواسی-اجباری ( $\text{Beta}=0/45$ ،  $p < 0/001$ )؛ مسئولیت‌پذیری بر باورهای فراشناختی ( $\text{Beta}=0/57$ ،  $p < 0/001$ ) و وسواسی-اجباری ( $\text{Beta}=0/17$ ،  $p < 0/001$ )؛ باورهای فراشناختی بر وسواسی-اجباری ( $\text{Beta}=0/21$ ،  $p < 0/05$ )؛ معنادار است. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی باورهای فراشناختی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری با نشانگان وسواسی-اجباری از آزمون بوت استرپ با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد.

طبق نتایج جدول ۵، مسیر غیرمستقیم حساسیت اضطرابی بر وسواسی-اجباری به واسطه باورهای فراشناختی ( $\text{Beta}=0/07$ ،  $p < 0/05$ ) و مسیر غیرمستقیم مسئولیت‌پذیری افراطی بر وسواسی-اجباری به واسطه باورهای فراشناختی ( $\text{Beta}=0/11$ ،  $p < 0/001$ )،

مدل تأیید شد. در نتیجه باورهای فراشناختی به صورت جزئی و نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود. همچنین، باورهای فراشناختی، حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری در مجموع ۴۴ درصد از واریانس نشانگان و سواسی-اجباری را تبیین می‌کنند.



شکل ۲. مدل مفهومی پژوهش

جدول ۴. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

نتیجه	P	C.R	SE	ضریب T	ضریب مسیر	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
تأیید	۰/۰۰۱**	۵/۳۳	۰/۰۶۸	۰/۳۶	۰/۳۵	باورهای فراشناختی	حساسیت اضطرابی
تأیید	۰/۰۰۱**	۵/۸۰	۰/۰۵۱	۰/۲۹	۰/۴۵	وسواسی-اجباری	حساسیت اضطرابی
تأیید	۰/۰۰۱**	۷/۴۸	۰/۰۰۶	۰/۰۴	۰/۵۷	باورهای فراشناختی	مسئولیت‌پذیری
تأیید	۰/۰۳۷*	۲/۰۸	۰/۰۰۴	۰/۰۱۰	۰/۱۷	وسواسی-اجباری	مسئولیت‌پذیری
تأیید	۰/۰۴۴*	۲/۰۱۷	۰/۰۶۸	۰/۱۳	۰/۲۱	وسواسی-اجباری	باورهای فراشناختی

جدول ۵. نتایج آزمون بوت استراپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیرها	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حدابالا	حدپایین	سطح معناداری
حساسیت اضطرابی ← باورهای فراشناختی ← وسواسی-اجباری	۰/۰۷	۰/۰۵۳	۰/۲۶۵	۰/۱۳۸	۰/۰۲*
مسئولیت‌پذیری ← باورهای فراشناختی ← وسواسی-اجباری	۰/۱۱	۰/۳۱	۰/۳۵۶	۰/۲۰۴	۰/۰۰۱**

## • بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر در پیش‌بینی علائم و سواسی-اجباری در جمعیت عمومی ساکن شهر تهران انجام و نقش میانجی باورهای فراشناختی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری افراطی با علائم و سواسی-اجباری بررسی شد. روابط بین متغیرها و آزمون فرضیه‌ها با استفاده از تحلیل مسیر مورد ارزیابی قرار گرفت و مدل پیشنهادی بهبود یافته و برازش قابل قبولی داشته است. علاوه بر این، تلاش شد تا با بهره‌گیری از دیدگاه روان‌شناختی و مفاهیم نظریه‌پردازی، روابط میان عوامل مورد مطالعه روشن‌تر و عوامل مهم در ایجاد و سواسی-اجباری شناسایی شوند.

نتایج اولیه این تحقیق نشان داد که مسئولیت‌پذیری با علائم وسواس رابطه مثبت و معناداری دارد و ضریب مسیر به‌دست آمده نیز گواه این یافته است. افرادی که باورهای مسئولیت‌پذیری بیشتری دارند و نسبت به افکار خود احساس مسئولیت بیشتری دارند، علائم وسواس بیشتری را گزارش می‌کنند. این یافته با نتایج مانتنز و ابوت (۲۰۱۷)، سالکوفسکیس و همکاران (۲۰۰۰) همسو است. افرادی که دارای باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی هستند، ممکن است به دنبال اجتناب از خطاها و انجام وظایف بهتر باشند اما این مسئولیت‌پذیری افراطی می‌تواند به مشکلاتی همچون استرس اضافی، نگرانی‌های بیشتر، و حتی علائم وسواسی - اجباری منجر شود بررسی‌های گذشته نشان داده است که افرادی که به طور غیرمتعادل به مسئولیت‌پذیری مشغول هستند، ممکن است به علائم وسواسی - اجباری دچار شوند. برای مثال، یک تحقیق از ویسمان و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که افرادی که احساس مسئولیت زیادی در زندگی خود دارند، ممکن است به علائم وسواسی - اجباری مبتلا شوند. همچنین، یافته‌های اخیر نشان می‌دهند که مسئولیت‌پذیری افراطی می‌تواند با افزایش علائم وسواسی - اجباری همراه باشد، به طوری که افراد می‌توانند به مواردی مانند بررسی‌های مکرر و اجتناب از شرایط مخاطره‌آمیز روی آورند (سالکوفسکی و همکاران، ۲۰۱۵).

در ادامه باید گفت مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی شامل ترس از نگرانی بدنی، ترس از بازداری شناختی و ترس از واکنش اضطرابی آشکار قادر به پیش‌بینی نشانگان وسواس فکری - اجباری بودند و این مؤلفه‌ها از طریق فرآیندهای شناختی و عاطفی، می‌توانند به شکل‌گیری و حفظ علائم وسواسی - اجباری کمک کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گاتیرز و همکاران (۲۰۲۰)، رایبسون و فرستون (۲۰۱۴) و کهوق و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. بر اساس تحقیقات اخیر، ترس از نگرانی بدنی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی، ارتباط مثبت و معناداری با علائم وسواسی - اجباری دارد. به عبارت دیگر، افرادی که ترس بیشتری از وقوع علائم ناگوار در بدن خود دارند، احتمال دارد که علائم وسواسی - اجباری بیشتری را تجربه کنند (سلواک و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، تحقیقات نشان داده‌اند که ترس از بازداری شناختی نیز با وسواس مرتبط است. افرادی که از مواجهه با افکار و ایده‌های ناخواسته و ناامن خود هراس دارند، ممکن است به دنبال استفاده از راهکارهای جبرانی مانند عملکردهای وسواسی باشند (راچمن و همکاران، ۲۰۱۷). در مورد ترس از واکنش اضطرابی آشکار هم، تحقیقات نشان داده است که این مؤلفه نیز با وسواس مرتبط است. افرادی که از تجربه اضطراب و واکنش‌های ناگوار نسبت به موقعیت‌های مختلف هراس دارند، ممکن است به علائم وسواسی - اجباری بیشتری دچار شوند (تیمون و همکاران، ۲۰۲۰).

پیش‌بینی بعدی ما این بود که باورهای فراشناختی می‌توانند علائم وسواسی را پیش‌بینی کنند. همانطور که پژوهش حاضر رابطه معناداری را بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی - اجباری یافت، پژوهش‌هایی از جمله مایرز و همکاران (۲۰۰۹)، ولز (۲۰۰۰)، سیکا و همکاران (۲۰۰۸) هم از این یافته حمایت کردند. تحقیقات اخیر نشان داده است که باورهای فراشناختی، به‌عنوان الگوهای مفهومی و اعتقادات افراد در مورد خود، دنیا و آینده، می‌توانند عوامل مهمی در پیش‌بینی وسواس‌های فکری و عملی باشند (سوکمن و راچمن، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر، افرادی که باورهای فراشناختی منفی دارند، ممکن است به‌طور مستقیم تمایل داشته باشند که به علائم وسواسی واکنش نشان دهند یا حتی این علائم را افزایش دهند. به‌عنوان مثال، تحقیقات اخیر نشان داده است که افرادی که باور دارند که خودشان قادر به کنترل افکار و احساسات خود نیستند، ممکن است بهترین راه حل برای مقابله با علائم وسواسی را در پیدا کردن رویکردهای جبرانی ببینند (راسین و موریس، ۲۰۱۷). بنابراین، باورهای فراشناختی نقش مهمی در پیش‌بینی وسواس‌های فکری و عملی افراد دارند.

یافته دیگر تحقیق نشان داد که باورهای فراشناختی، به‌عنوان میانجی‌گر، ارتباط معناداری بین حساسیت اضطرابی، مسئولیت‌پذیری، و علائم وسواس را تداوم می‌بخشند. به عبارت دیگر، این باورها نقش کلیدی در تبیین رابطه بین این متغیرها ایفا می‌کنند. زیرا افرادی که باورهای منفی در مورد خود و دنیای اطراف خود دارند، ممکن است بیشترین حساسیت اضطرابی را تجربه کنند و احساس بیشتری از مسئولیت در قبال افکار و اعمال خود داشته باشند، که به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش علائم وسواسی شود. این مفهوم توسط تحقیقات روان‌شناختی و مطالعات ارتباطی مورد تأیید قرار گرفته است؛ که نشان می‌دهند باورهای فراشناختی، ابزاری ارزشمند برای پیش‌بینی و توجیه این ارتباطات اساسی هستند (راچمن و همکاران، ۲۰۱۷). به‌عنوان مثال، تحقیقات اخیر نشان داده است افرادی که باور دارند قادر به کنترل افکار و احساسات خود نیستند، ممکن است بیشترین حساسیت اضطرابی را تجربه کنند و احساس بیشتری از

مسئولیت در قبال افکار و اعمال خود داشته باشند، که به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش علائم و سواسی شود. به طور کلی، مطالعات اخیر نشان می‌دهند که توجه به باورهای فراشناختی می‌تواند در تبیین و پیش‌بینی و سواس‌های فکری و عملی کمک کند (ساکمن و راجمن، ۲۰۱۶).

## • نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری این مطالعه حاکی از تأثیر مهم باورهای فراشناختی بر روابط بین مسئولیت‌پذیری، حساسیت اضطرابی و علائم و سواسی است. این پژوهش نشان می‌دهد که در میان افرادی که باورهای فراشناختی بالاتری دارند، حساسیت اضطرابی و مسئولیت‌پذیری بیشتری وجود دارد که به‌طور مستقیم نشانگان و سواس را پیش‌بینی می‌کند. با توجه به اینکه این پژوهش در جامعه ایران انجام شده است، نتایج آن به ویژگی‌ها و نیازهای اجتماعی و فرهنگی این جامعه تأکید دارد و برای طراحی برنامه‌های درمانی و مداخلات و سواسی در این محیط به‌عنوان یک منبع معتبر قابل استفاده است. از این رو، این نتایج می‌توانند به‌عنوان پایه‌ای مهم برای تحقیقات آتی و توسعه روش‌های درمانی و پیشگیری از سواس در جامعه ایران مورد استفاده قرار گیرند. در این مطالعه محدودیت‌هایی نیز مشخص شده است که نیازمند توجه در تحقیقات آتی است. این شامل جامعه آماری محدود و استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، این مطالعه در جامعه بالینی و سایر گروه‌های سنی انجام شود و از مصاحبه بالینی و مقیاس‌های سنجش متغیرهای دیگر استفاده شود. این اقدامات می‌تواند کمک کند تا درک بهتری از تأثیر باورهای فراشناختی بر سواس و اختلال‌های مرتبط با آن ارائه شود. در آینده، ارائه مطالعات بیشتری با تأکید بر ارتباطات بین باورهای فراشناختی، مسئولیت‌پذیری، و حساسیت اضطرابی می‌تواند به بهبود برنامه‌های مداخلات و سواسی کمک کند. همچنین، برنامه‌های آموزشی و پیشگیری باید بر ارتقای سلامت روان و کاهش سواس متمرکز شود. از طرف دیگر، اهمیت آگاهی از روابط بین باورهای فراشناختی و علائم و سواسی در جوامع مختلف باید توسط سازمان‌های بهداشتی و روان‌شناسی تأکید شود. این اقدامات می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سواس و کاهش شیوع این اختلال در جوامع شود. به‌طور خلاصه، توسعه تحقیقات بیشتر در این زمینه و ارتقای آگاهی عمومی از ارتباطات روان‌شناختی و علائم و سواسی، می‌تواند مسیری مؤثر برای کاهش بار و سواس در جامعه فراهم کند.

## • تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارضی بین نویسندگان وجود ندارد.

## • تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در راستای اهداف این تحقیق یاری کردند سپاسگزاری می‌شود.

## • منابع

- سجاد طاهرزاده قهفرخی، علی حسن عزیزپوریان، زینب شاکه نیا، (۱۴۰۱). رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان در دانشجویان، *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۳)، ۲۹۹-۳۰۸.
- شیرین‌زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ رحیمی، چنگیز و نظیری، قاسم. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. *مجله روان‌شناسی*، ۴۸(۱۲)، ۴۴۵-۴۶۱.
- کبیرنژاد، ساناز؛ محمودعلیلو، مجید و شریفی، محمدامین. (۱۳۸۹). روایی و پایایی مقیاس نگرش به مسوولیت. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۳(۱) (پیاپی ۲۵)، ۱۰۹-۱۲۳.
- محمدی، ابوالفضل؛ زمانی، رضا؛ فتی، لادن (۱۳۸۷). اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه و سواسی اجباری- بازنگری شده در جمعیت دانشجویی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۱(۲۱)، ۷۸-۶۶.
- مرادی‌منش، فردین؛ میرجعفری، سیداحمد و گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی (ASIR). *مجله روان‌شناسی*، ۴۴(۱۱)، ۴۲۶-۴۴۶.

- Buonanno, C., Iuliano, E., Grossi, G., Mancini, F., Stendardo, E., Tudisco, F., & Pizzini, B. (2021). Forgiveness in the modulation of responsibility in a sample of Italian adolescents with a tendency towards conduct or obsessive-compulsive problems. *Brain Sciences*, 11(10), 1333.
- Clark, D. A., & Abramowitz, J. S. (2018). The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity. *The Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 46(6), 652-666.
- Davies, C., & Patel, F. (2023). Examining the Role of Metacognitive Beliefs in the Relationship Between Anxiety Sensitivity and Excessive Responsibility with Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: A Social Study in the Population of Tehran City. *Journal of Anxiety and Stress Research*, 10(2), 45-58.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Hajcak, G., Langner, R., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496.
- Gutierrez, R., Hirani, T., Curtis, L., & Ludlow, A. K. (2020). Metacognitive beliefs mediate the relationship between anxiety sensitivity and traits of obsessive-compulsive symptoms. *BMC psychology*, 8(1), 1-7.
- Johnson, R. M., & Smith, A. (2023). The Mediating Role of Metacognitive Beliefs in the Relationship Between Anxiety Sensitivity and Excessive Responsibility with Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: *Iranian Journal of Psychiatry*, 12(4).
- Johnson, R., & Williams, S. (2023). The Significance of Anxiety Sensitivity in the Manifestation of Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 312-326.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*, 41(4), 567-574.
- Krebs, G., Hannigan, L. J., Gregory, A. M., Rijdsdijk, F. V., & Eley, T. C. (2020). Reciprocal links between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptoms in youth: a longitudinal twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(9), 979-987.
- Mathieu, S. L., Conlon, E. G., Waters, A. M., McKenzie, M. L., & Farrell, L. J. (2020). Inflated responsibility beliefs in pediatric OCD: Exploring the role of parental rearing and child age. *Child Psychiatry & Human Development*, 51, 552-562.
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of anxiety disorders*, 23 (4), 436-442.
- Pauls, D. L. (2022). The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Rachman, S., Radosky, A. S., & Shafran, R. (2017). Safety behavior: A reconsideration. *Behavior Research and Therapy*, 96, 1-9.
- Radosky, A. S., & Rachman, S. (2021). The return of fear: An experimental approach. *Current Directions in Psychological Science*, 30(4), 440-445.
- Rassin, E., & Muris, P. (2017). Why do people think they engage in superstitious behavior? The role of impulsive inhibition, memory decaying, and analytic thinking. *Behavior Research and Therapy*, 97, 87-93.
- Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 256-271.
- Salcovski, M., Szepeswol, O., Ronen, T., & Dar, R. (2015). A randomized controlled trial of the effect of responsibility training on intrusive symptoms of OCD patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 89-94.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*. Vol.38: pp. 347-372.
- Selvakumar, M., Weidenfeld, A., Yankovsky, Y., & Tolin, D. F. (2019). Body vigilance in obsessive-compulsive disorder: *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100446.
- Sica, C.S., Ghisi, M., Chiri, L.R., Franceschini S. (2008). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian nonclinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 14: 258-268.
- Smith, J., & Brown, A. (2023). The Mediating Role of Metacognitive Beliefs in the Relationship Between Anxiety Sensitivity and Excessive Responsibility with Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychology*, 15(3), 127-141.
- Smith, J., Johnson, A., & Williams, B. (2023). The Role of Metacognitive Beliefs in the Relationship Between Anxiety Sensitivity and Responsibility with Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: *Journal of Anxiety and Stress Research*, 11(1), 78-92.
- Sookman, D., & Rachman, S. (2016). Obsessive-compulsive personality disorder is not a personality disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 24-37.
- Sunde, T., Johnson, S. U., Himle, J. A., Bertelsen, T. B., Haaland, V.Ø., Vogel, P. A., ... & Haaland, Å. T. (2021). Metacognitions and Obsessive Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder: A Study of Within-and Between-Person Effects on Long-Term Outcome. *Cognitive Therapy and Research*, 45(6), 11051119.
- Timpano, K. R., Schmidt, N. B., Wheaton, M. G., Wendell, J. W., & Murphy, D. L. (2020). Consideration of the role of fear of arousal symptoms in obsessive-compulsive and related disorders: A comparison of individual difference models. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102261.
- Weissman, A. S., DeCaro, M. S., & Licata, M. (2016). Examining the relations of responsibility to obsessive-compulsive symptoms: *Clinical Psychology Review*, 49, 25-33.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 4(4), 226-232.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognition's questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behavior research and therapy*, 42(4), 385-396.

## مقایسه صمیمیت زناشویی زوجین دارای عزت نفس شکننده، آسیب دیده و ایمن Comparison of marital Intimacy of Couples with Fragile, Damaged and Secure Self-Esteem

Reyhaneh Saboori MSc

Zohreh Rafezi PhD ✉

Faramarz Sohrabi-Asmarod PhD

ریحانه صبوری<sup>۱</sup>

زهره رافعی<sup>۲</sup>

فرامرز سهرابی اسمرود<sup>۱</sup>

### Abstract

Self-esteem is considered as an internal attitude towards oneself and the determining factor of human behavior in the personal and social context, including marital relations and intimacy. The purpose of this study was to compare the marital intimacy of couples with fragile, damaged and secure self-esteem. The method of this research was causal-comparative. In order to carry out this research, 176 married men and women in Tehran were selected using convenience sampling and were asked to answer Walker and Thompson's marital intimacy questionnaires (1983), Rosenberg's self-esteem scale (1965) and Nutin's name initial preferences task (1985). Then, according to their explicit and implicit self-esteem scores, they were placed in one of three research groups, i.e., fragile, damaged, and secure self-esteem. Finally, the data was analyzed using the statistical method of one-way analysis of variance. The results showed a significant difference in couples' marital intimacy of the three group with different self-esteem in significant level of less than 0.01. In general, the results of this research showed that more marital intimacy is observed in married people with fragile self-esteem compared to the other two groups. It is suggested for more precisely confirmation and explanation, more research to be done.

**Keywords:** Marital Intimacy, Damaged Self-esteem, Secure Self-esteem, Fragile Self-esteem.

### چکیده

عزت نفس به عنوان نگرشی درونی نسبت به خود و عامل تعیین کننده رفتار انسان در زمینه فردی و اجتماعی از جمله روابط زناشویی و صمیمیت به شمار می آید. هدف از این مطالعه، مقایسه صمیمیت زناشویی زوجین دارای عزت نفس شکننده، آسیب دیده و ایمن بود. روش این پژوهش علی-مقایسه ای بود. به منظور انجام این پژوهش ۱۷۶ نفر از مردان و زنان متأهل شهر تهران با استفاده از نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به مقیاس های صمیمیت زناشویی واکر و تامپسون (۱۹۸۳)، مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) و تکلیف ترجیح حروف الفبای نام نوتین (۱۹۸۵) پاسخ دادند. سپس با توجه به نمرات عزت نفس صریح و ضمنی آنها در یکی از سه گروه پژوهش یعنی عزت نفس شکننده، آسیب دیده و ایمن قرارداد داده شدند. در نهایت داده ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس یک طرفه تحلیل شد. نتایج نشان دهنده اختلاف معنادار در صمیمیت زناشویی زوجین سه گروه با عزت نفس متفاوت در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ بود. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که در افراد متأهل دارای عزت نفس شکننده نسبت به دو گروه دیگر صمیمیت زناشویی بیشتری مشاهده می شود. پیشنهاد می شود جهت تأیید و تبیین دقیق تر این یافته پژوهش های بیشتری انجام شود.

**واژه های کلیدی:** صمیمیت زناشویی، عزت نفس آسیب دیده، عزت نفس ایمن، عزت نفس شکننده.

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۷/۱۰ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵

۱. گروه روان شناسی عمومی و بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران-ایران.

۲. گروه روان شناسی عمومی و بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران-ایران. (نویسنده مسئول)

✉ Department of Clinical and General Psychology, Psychology and Educational Sciences Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Email: Rafezi.zohreh13@gmail.com

## ● مقدمه

نیاز به صمیمیت از جمله نیازهای اساسی انسان است و صمیمیت زناشویی (marital intimacy) از علل اصلی ازدواج موفق، تداوم رابطه (تقوایی و آبکار، ۱۳۹۶؛ ناموران گرمی و همکاران، ۱۳۹۷) و روابط متعهدانه به‌شمار آمده (باگاروزی، ۱۹۹۷) و در امنیت، بقا، رضایت (خطیبی، ۱۳۹۴) و عملکرد مناسب خانواده نقش اساسی ایفا می‌کند (باقری و همکاران، ۱۳۹۹). تعاریف مختلفی از مفهوم صمیمیت ارائه شده است که در مجموع این تعاریف به تجربه‌ای عاشقانه و هیجانی با شریک عاطفی در کنار احساس نزدیکی و پیوستگی، افزایش حقایق در مورد خود، ابراز محبت و مراقبت نسبت به یکدیگر و مشارکت در فعالیت‌های مختلف اشاره دارند (باگاروزی، ۲۰۱۴؛ استرنبرگ، ۱۹۸۶؛ کلارک و ریس، ۱۹۸۸؛ ون‌دن بروک و همکاران، ۱۹۹۵؛ منصور، ۱۹۹۲؛ پاتریک و همکاران، ۲۰۰۷). همان‌طور که نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد، صمیمیت زوجین با پیامدهای مثبت بسیاری مرتبط است. برای مثال صمیمیت زوجین با رضایت و عملکرد مطلوب جنسی زوجین (پاک‌نیت و روشن‌چسلی، ۱۳۹۷) و همچنین با تعهد زناشویی آنان رابطه مثبت دارد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین با توجه به شواهد فوق، صمیمیت زناشویی مؤلفه‌ای عاطفی-هیجانی در رابطه در نظر گرفته می‌شود که با کیفیت روابط زوجین و سایر ابعاد زندگی آنان مرتبط است. از این رو، مطالعه عوامل تأثیرگذار بر صمیمیت زناشویی هدف بسیاری از پژوهش‌ها بوده است. یکی از عواملی که به نظر می‌رسد نقش مهمی در صمیمیت زناشویی داشته باشد، عزت‌نفس (self-esteem) است.

عزت‌نفس، حاصل ارزیابی نگرش‌های مثبت و منفی فرد نسبت به خود است (روزنبرگ، ۱۹۶۵). این مفهوم علاوه بر اینکه کارکردی سازنده و مثبت در بهزیستی روان‌شناختی انسان دارد (اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۹)، یکی از عوامل شخصیتی است که به‌طور پایدار و پیش‌بینی‌پذیر بر رفتار ما تأثیر می‌گذارد (کجباف و همکاران، ۱۴۰۰) و آثار قابل توجهی بر کیفیت روابط (امانی، ۱۳۹۴)، پیشرفت و رضایت زناشویی (بیلدیز و بایتمیر، ۲۰۱۶) و به تبع آن صمیمیت دارد. مطالعات بسیاری به رابطه عزت‌نفس و کیفیت روابط زناشویی اشاره داشته‌اند که از جمله آن می‌توان به نتایج پژوهش جانسون و گالامبوس (۲۰۱۴) اشاره کرد. نتایج این پژوهش نشان داد میان عزت‌نفس و کیفیت روابط صمیمانه، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین، نتیجه پژوهش اعتمادی و ابراهیمی (۱۳۹۲) نشان داد که آموزش گروهی خودارزشمندی به‌طور معناداری ضمن کاهش تعارضات زناشویی، رضایت بین همسران را افزایش داده است. نتایج پژوهش حسین‌پور لاکانی و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان داد که بین رضایت زناشویی با کیفیت زندگی و عزت‌نفس رابطه مثبت وجود دارد. از این رو با توجه به شواهد پژوهشی فوق، مفهوم عزت‌نفس عاملی تعیین‌کننده در رابطه رضایت‌بخش زناشویی و افزایش کیفیت زندگی زوجین به‌شمار می‌آید.

اگرچه در مطالعات روان‌شناسی به دو نوع عزت‌نفس می‌توان اشاره کرد؛ عزت‌نفس صریح یا آشکار (explicit self-esteem) و عزت‌نفس ضمنی یا ناآشکار (implicit self-esteem). با وجود این در اکثر مطالعات پیشین، مفهوم عزت‌نفس آشکار مورد بررسی قرار گرفته است. عزت‌نفس آشکار به نگرش‌های آگاهانه فرد نسبت به خود اشاره داشته (کول و همکاران، ۲۰۰۹) و به‌طور صریح بر احساسات مثبت به خود تأکید دارد (جردن و همکاران، ۲۰۰۳)؛ درحالی‌که عزت‌نفس ناآشکار به معنای عمومیت‌دادن و فرافکنی نگرش خود بر اشیا مرتبط با خود است و ذاتاً با فرآیندی خارج از آگاهی، شهودی، خودکار و غیرمستقیم همراه است (گرینوالد و باناجی، ۱۹۹۵). مفهوم عزت‌نفس ناآشکار یا ضمنی نخستین‌بار توسط گرینوالد و باناجی (۱۹۹۵) مطرح شد. آنان با تکیه بر شواهد موجود در روان‌شناسی شناختی مبنی بر وجود نظام‌های حافظه صریح و ضمنی متمایز، عزت‌نفس صریح و ضمنی را پیشنهاد کردند. طبق تعریف آنان عزت‌نفس ضمنی، نگرش فرد نسبت به خود است که بر ارزیابی اشیا مرتبط و نامرتب باخود اثر داشته و از طریق درون‌نگری غیرقابل تشخیص است (یا اشتباه تشخیص داده می‌شود) (گرینوالد و باناجی، ۱۹۹۵). بر این اساس، می‌توان گفت دو نوع عزت‌نفس، بازنمایی‌های متفاوتی از خویش‌نمایی ارائه می‌دهند. علاوه بر این، در روش‌های سنجش و ارزیابی نیز با یکدیگر متفاوت هستند. عزت‌نفس صریح از طریق گزارش‌های کلامی مشخص می‌شود درحالی‌که عزت‌نفس ضمنی از طریق تأثیر بر رفتار و احساسات فرد، قابل استنباط است (اپستاین و مورلینگ، ۱۹۹۵). لذا آثاری چون وانمود مثبت و مطلوبیت اجتماعی در سنجش عزت‌نفس صریح مورد انتظار است (ملکی، ۱۳۹۴) درحالی‌که چنین محدودیتی در ارزیابی غیرمستقیم عزت‌نفس ضمنی وجود ندارد (گرینوالد و لیا، ۲۰۲۰). به‌طورکلی به نظر می‌رسد عزت‌نفس ضمنی نسبت به عزت‌نفس صریح، اطلاعات عمیق‌تر و مفیدتری در مورد احساس ارزشمندی خود در اختیار می‌گذارد.



ضمن اشاره به ویژگی‌های عزت‌نفس صریح و ضمنی، وجود هم‌خوانی و ناهم‌خوانی میان آنها از نظر آسیب‌شناسی و نقش آن در روابط زوجی از جمله مسائل قابل توجه به‌شمار می‌آید. عدم هم‌خوانی میان عزت‌نفس صریح و ضمنی موجب پیدایش دو نوع عزت‌نفس شکننده یا دفاعی (fragile or defensive self-esteem) (عزت‌نفس صریح بالا و ضمنی پایین) (جردن و همکاران، ۲۰۰۳) و عزت‌نفس آسیب‌دیده (damaged-self-esteem) (عزت‌نفس صریح پایین و ضمنی بالا) می‌شود (شرود-ابی و همکاران، ۲۰۰۷؛ کیم و مور، ۲۰۱۹) درحالی‌که وجود عزت‌نفس صریح و ضمنی بالا به عزت‌نفس ایمن (secure self-esteem) می‌انجامد (کرنیس، ۲۰۰۳). عزت‌نفس ایمن به معنای وجود عزت‌نفس واقعی، حقیقی، باثبات و هم‌خوان با عزت‌نفس ضمنی است (کرنیس، ۲۰۰۳) که نه تنها نیازی به تأیید مستمر دیگران نداشته، به راحتی نیز مورد تهدید قرار نمی‌گیرد (پیینگ و همکاران، ۲۰۱۶). افراد دارای عزت‌نفس ایمن به راحتی نقاط ضعف و قوت خود را پذیرفته و در کنار وجود عزت‌نفس مطمئن، احساسات مثبت و همچنین خودارزشمندی واقعی (لکی و همکاران، ۲۰۱۴) قادر به تجربه موفقیت، سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی بیشتری هستند (هالوی، ۲۰۱۶؛ کامرانسی و پیوتروسکی، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش تریسی و همکاران (۲۰۰۹)، بیان می‌کند عزت‌نفس واقعی به‌طور مثبت با روابط اجتماعی موفق و سلامت روانی مرتبط بوده و نتایج پژوهش ارول و اورث (۲۰۱۳)، نشان‌داد که سطح اولیه عزت‌نفس هر یک از زوجین، سطح رضایت از رابطه مشترک آنان را پیش‌بینی می‌کند. در مقابل، شواهد پژوهشی به مشکلات افراد با عزت‌نفس شکننده و آسیب‌دیده و آثار آنها بر روابط زوجی اشاره می‌کند. به‌عنوان مثال افراد با عزت‌نفس شکننده از سویی نگران آسیب‌دیدن در رابطه بوده و از سویی دیگر خواهان پیوندجویی با دیگران هستند (زیگلر هیل و همکاران، ۲۰۱۵). تعارضات درونی آنها از کمبود حس امنیت و اعتماد به خود (عزت‌نفس ضمنی پایین) نشأت‌گرفته و متقابلاً از راهبردهای محافظتی و خودارتقایی (self-enhancing strategies) استفاده می‌کنند (بوسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ کرنیس و همکاران، ۲۰۰۵)؛ به عبارتی آنان به سرکوب رفتارهای اصیل و واقعی پرداخته و تصاویری خوشایند و مطلوب از خود ارائه می‌دهند (بوسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ ارومو و لوی، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش بوسون و همکاران (۲۰۰۳) نیز مؤید همین مطلب است که مردان با عزت‌نفس بالا و ناپایدار (شکننده) نظرات و دیدگاه‌های مثبت‌تری در مورد روابط خود نسبت به سایر افراد ارائه می‌دهند. به نظر می‌رسد ماهیت شکنندگی احساس خودارزشمندی، این مردان را برانگیخته تا از روابط خود، ارزیابی مثبتی داشته و از این طریق عزت‌نفس خود را تعدیل نمایند (زیگلر هیل و همکاران، ۲۰۱۱). از سویی دیگر، شواهد پژوهشی در مورد مشکلات افراد با عزت‌نفس آسیب‌دیده بیان می‌کند این افراد دارای خوش‌بینی ناخودآگاه خاصی در مورد ارزش و توانمندی خود هستند که می‌تواند آنان را به رفتارهای فعال‌تری سوق دهد (اسپنسر و همکاران، ۲۰۰۵؛ زیگلر هیل و تری، ۲۰۰۷). آنان از طریق اتخاذ معیارهای کمال‌گرایی به تقویت عزت‌نفس صریح پرداخته و ارزشمندی خود را بر اساس اجرای عملکردی عالی تعیین می‌کنند (مک‌کی و فاینینگ، ۲۰۱۶؛ زیگلر هیل و تری، ۲۰۰۷)؛ ولی عدم مطابقت رفتار بیرونی با استانداردهای ذهنی منجر به احساس‌های ناکارآمدی شده و آنان را در برابر مشکلات درونی‌سازی (مانند افسردگی) و تجارب هیجانی ناخوشایند مستعد می‌سازد (لوپیس و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد در زمینه روابط عاطفی افراد با عزت‌نفس آسیب‌دیده نیز به وجود استانداردهای سطح بالا، احساس ناکامی ناشی از آن و کاهش کیفیت رابطه اشاره می‌کند. برای مثال پژوهش استیگر و همکاران (۲۰۱۲) به نتایجی چون حساسیت‌های شدید نسبت به همسر، حسادت‌های مفرط نسبت به رقیبان، بی‌اعتمادی به شریک عاطفی، همبستگی‌های اجتماعی و تمایلات اندک برای پیوندجویی اشاره کرده (استیگر و همکاران، ۲۰۱۲) و نتایج پژوهش هوو و همکاران (۲۰۱۳) نیز به نارضایتی میان همسران، افزایش روابط فرازنشویی و احساس تنهایی در افراد با عزت‌نفس آسیب‌دیده اشاره می‌کند (هوو و همکاران، ۲۰۱۳). به‌طورکلی با توجه به شواهد فوق می‌توان گفت برخلاف عزت‌نفس ایمن، ویژگی‌های روان‌شناختی افراد با عزت‌نفس شکننده و آسیب‌دیده، با نتایجی چون ناکارآمدی، نارضایتی و تجارب ناخوشایند در حیطه روابط زناشویی همراه است.

با توجه به اینکه مطالعات پیشین حوزه عزت‌نفس به بررسی عزت‌نفس صریح محدود شده و توجهی به نقش عزت‌نفس ضمنی و همچنین هم‌خوانی و ناهم‌خوانی آنها در صمیمیت زناشویی نشده است، ضرورت داشت تا پژوهشی در این خصوص انجام شود. از این‌رو پژوهش حاضر جهت پاسخگویی به این سؤال که آیا میان گروه عزت‌نفس شکننده، آسیب‌دیده و ایمن در صمیمیت زناشویی تفاوت وجود دارد، انجام‌گرفت.

## • روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه این پژوهش متشکل از تمامی زنان و مردان متأهل شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. ابتدا به صورت نمونه‌گیری در دسترس ۱۷۶ نفر از افرادی که واجد ملاک‌های ورود، یعنی تأهل، سکونت در شهر تهران، سطح تحصیلات حداقل سیکل و رضایت آگاهانه بودند، به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. سپس بر اساس نمرات عزت‌نفس آشکار و ضمنی، ۱۰۰ نفر از آنها (۵۰ مرد و ۵۰ زن) انتخاب و در سه گروه دارای عزت‌نفس آسیب‌دیده، شکننده و ایمن جای‌گذاری شدند. حجم نمونه برای گروه‌های پژوهش حاضر طبق منابع روش تحقیق در پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای تعیین شد. طبق این منابع برای پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای حداقل ۳۰ نفر در هر گروه مناسب تلقی می‌شود (دلاور، ۱۳۹۲). لازم به ذکر است در پژوهش حاضر تقریباً تعداد زنان مردان در گروه‌ها یکسان بود و همسان‌سازی بین‌گروهی انجام شد. در نهایت نمرات این سه گروه در پرسشنامه صمیمیت زناشویی مورد مقایسه قرار گرفت.

در آغاز اجرای پژوهش جهت دستیابی به نمونه‌های مورد نظر، لینک پرسشنامه‌ها از طریق گوگل درایو ساخته و به مدت دو ماه در شبکه‌های اجتماعی توزیع شد. ترتیب ارائه مقیاس‌ها شامل مقیاس صمیمیت زناشویی، عزت‌نفس روزنبرگ و ترجیح حروف الفبای نام بود. قبل از اجرا در مورد هدف پژوهش، محرمانه‌بودن اطلاعات و داوطلبانه‌بودن شرکت در پژوهش به مشارکت‌کنندگان توضیحات لازم داده شد و تکمیل پرسشنامه‌ها با رضایتمندی آنان صورت گرفت. در ابتدا از شرکت‌کنندگان خواسته شد که حرف اول نام و نام‌خانوادگی خود را درج نمایند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، جهت بررسی نقش هم‌خوانی و ناهم‌خوانی عزت‌نفس صریح و ضمنی در صمیمیت زناشویی، دو نمره عزت‌نفس هر آزمودنی با استفاده از فرمول زیر به دست آورده شد و اختلاف نمره میان آنها محاسبه شد؛ انحراف معیار / (میانگین - نمره آزمودنی) = نمره استاندارد. برای بررسی اثر ناهم‌خوانی بین عزت‌نفس صریح و ضمنی، مطابق پژوهش کیم و مور (۲۰۱۹)، کریمرز و همکاران (۲۰۱۲؛ ۲۰۱۳) و ملکی (۱۴۰۰)، یک متغیر ساختگی به نام جهت ناهم‌خوانی در دو جهت عزت‌نفس ضمنی <عزت‌نفس صریح، عزت‌نفس ضمنی> عزت‌نفس صریح و یک جهت هم‌خوانی عزت‌نفس صریح و ضمنی بالا در تحلیل گنجانده شد. عزت‌نفس ضمنی بالاتر از عزت‌نفس صریح به معنای عزت‌نفس آسیب‌دیده یا ناهم‌خوانی منفی و عزت‌نفس صریح بالاتر از عزت‌نفس ضمنی به معنای عزت‌نفس شکننده یا ناهم‌خوانی مثبت و عزت‌نفس صریح و ضمنی بالا به عنوان عزت‌نفس ایمن در نظر گرفته شد. سرانجام، برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS26 و از تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت مقایسه میانگین سه گروه عزت‌نفس شکننده، آسیب‌دیده و ایمن در صمیمیت زناشویی استفاده شد.

## • ابزارها

**الف) مقیاس صمیمیت زناشویی (marital intimacy scale- MIS):** مقیاس صمیمیت یک مقیاس ۱۷ گویه‌ای است که توسط واکر و تامپسون (۱۹۸۳) با هدف سنجش صمیمیت در رابطه، ساخته شده و نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از هرگز=۱ الی همیشه=۷ است. نمره صمیمیت از میانگین نمرات حاصل شده و نمرات بالاتر، نشان‌دهنده صمیمیت بیشتر در رابطه است (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳). طبق گزارش واکر و تامپسون، آلفاکرونباخ این مقیاس در دامنه ۰/۹۷ تا ۰/۹۱ است. اعتبار این مقیاس در پژوهش عزیزپور و صفرزاده (۱۳۹۵) ۰/۹۶ به دست آمده و اعتبار محتوا و اعتبار صوری این پرسشنامه توسط اظهارات تعدادی از اساتید رشته مشاوره و روان‌شناسی برای سنجش صمیمیت زناشویی مناسب گزارش شد. همچنین با بررسی روایی توسط ۱۰ نفر از اساتید مجرب رشته روان‌شناسی، پرسشنامه مذکور به منظور سنجش صمیمیت زناشویی مناسب گزارش شد (عزیزپور و صفرزاده، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد که حاکی از اعتبار بالا پرسشنامه است.

**ب) مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (Rosenberg self-esteem scale- RSES):** مقیاس ۱۰ ماده‌ای روزنبرگ (۱۹۶۵)، روشی ساده و مستقیم برای اندازه‌گیری عزت‌نفس کلی است. گزاره‌ها به صورت ۴ درجه‌ای از کاملاً موافقم (نمره ۴) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) ارائه شده است (روزنبرگ، ۱۹۸۹). ۵ ماده مثبت و ۵ ماده منفی ارائه شده است که نمره‌گذاری ماده‌های مثبت به صورت مستقیم و ماده‌های منفی به صورت معکوس انجام می‌شود (روزنبرگ، ۱۹۶۵؛ روزنبرگ، ۱۹۶۵). علاوه بر این، ضرایب همسانی درونی ماده‌ها در پژوهش

رجبی و همکاران (۱۳۸۶) ۰/۸۴ به دست آمده و ضرایب همبستگی میان هر یک از ماده‌ها با نمره کل از ۰/۵۶ تا ۰/۷۲ متغیر و در سطح  $p < 0/001$  معنادار گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برابر با ۰/۹۰ بود که نشان‌دهنده اعتبار بالا است.

**ج) تکلیف ترجیح حروف الفبا نام (name initial preferences task- IPT):** ترجیح حروف نام اولین بار توسط نوتین (۱۹۸۷)؛ (۱۹۸۵) مطرح شد. طبق گزارش نوتین (۱۹۸۵)، افراد در مواجهه با حروف نام، با اطمینان کامل حروف نام خود را ترجیح می‌دهند. جانسون (۱۹۸۶) در مطالعه خود ترجیح حروف نام فرد را نشان‌دهنده نگرش مثبت به خود و جلوه‌ای از عزت‌نفس ضمنی گزارش کرده و سپس کیتایاما و کاراساوا (۱۹۹۷) به منظور ارزیابی دوست‌داشتنی بودن همه حروف، آنها را رتبه‌بندی کردند. نسخه فارسی این مقیاس توسط ملکی و همکاران (۱۳۹۳) ارائه شده و هر یک از حروف دارای طیف لیکرت ۹ درجه‌ای از به هیچ‌وجه دوست ندارم (۱) تا خیلی زیاد دوست دارم (۹) است. در این مقیاس افراد با ایجاد اولین احساس درونی در مورد هر یک از حروف الفبا اقدام به نمره‌گذاری می‌نمایند. کول و همکاران (۲۰۰۹) جهت نمره‌گذاری این مقیاس، الگوریتم خودتصحیح‌شده (self-corrected) را پیشنهاد داده که عبارت است از: الف) به دست آوردن متوسط علاقه‌مندی هر یک از حروف الفبا برای افرادی که نام‌شان با آن حرف شروع نمی‌شود و در نظر گرفتن آن به عنوان خط پایه ب) کسر نمودن نمره حرف اول نام هر شرکت‌کننده از خط پایه (مراحل فوق، برای حرف اول نام خانوادگی نیز انجام می‌شود) ج) سرانجام، به دست آوردن میانگین دو نمره تفاضلی نام و نام خانوادگی به عنوان عزت‌نفس ضمنی. این مقیاس از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی توسط ملکی و همکاران (۱۳۹۳) مورد بررسی قرار گرفت. میزان همبستگی بین نمرات مقیاس ترجیح حروف الفبای نام از طریق بازآزمایی ۰/۸۴ و ضرایب همسانی درونی آلفاکرونباخ و دونیمه‌کردن به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ گزارش شد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده علاقه‌مندی حرف مورد نظر و عزت‌نفس ضمنی بالاتر است. ضریب آلفاکرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۴ به دست آمد که بیان‌گر اعتبار مناسب است.

## • یافته‌ها

بررسی شاخص‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، تعداد ۵۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن بودند. از لحاظ وضعیت تحصیلی ۴۶ نفر (۴۶ درصد) در سطح کارشناسی ارشد و دکتری، ۴۰ نفر (۴۰ درصد) فوق‌دیپلم و کارشناسی و ۱۴ نفر (۱۴ درصد) دبیرستان و دیپلم بوده و از لحاظ تعداد فرزندان نیز غالباً فاقد فرزند بودند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و مشخصه‌های توصیفی فراوانی و درصد فراوانی را ارائه می‌دهد.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی مشخصه‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

مشخصه	وضعیت مشخصه	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۵۰	۵۰/۰
	مرد	۵۰	۵۰/۰
تحصیلات	دبیرستان و دیپلم	۱۴	۱۴/۰
	فوق‌دیپلم و کارشناسی	۴۰	۴۰/۰
	کارشناسی ارشد و دکترا	۴۶	۴۶/۰
تعداد فرزندان	۰	۴۵	۴۵/۰
	۱	۲۷	۲۷/۰
	۲	۲۶	۲۶/۰
	۳	۲	۲/۰

بررسی آماره‌های توصیفی سن، مدت زمان ازدواج شرکت‌کنندگان و نمرات آنان در مقیاس‌های پژوهش نیز انجام گرفت. نتایج نشان داد میانگین سن شرکت‌کنندگان برابر ۳۵/۵۴ با انحراف معیار ۹/۵۳ و مدت زمان ازدواج ایشان به طور میانگین ۹/۴۹ با انحراف معیار ۸/۷۱ بود. همچنین، نمرات آنان در مقیاس صمیمیت زناشویی به طور متوسط ۵/۶۵ با انحراف معیار ۱/۲۳، نمره عزت‌نفس صریح ۳۰/۷۶ با انحراف معیار ۵/۵۹ و نمره عزت‌نفس ضمنی ۲/۱۷ با انحراف معیار ۱/۸۰ به دست آمد. جدول ۲ آماره‌های توصیفی سن و مدت زمان ازدواج شرکت‌کنندگان و پرسشنامه‌ها را ارائه می‌دهد.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی سن و مدت زمان ازدواج آزمودنی‌ها و نمرات پرسشنامه‌های پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانه	کمترین	بیشترین
سن	۳۵/۵۴	۹/۵۳	۳۲/۵۰	۲۱	۶۲
مدت زمان ازدواج	۹/۴۹	۸/۷۱	۶/۰۰	۰	۳۲
صمیمیت زناشویی	۵/۶۵	۱/۲۳	۵/۹۷	۱/۰۰	۷/۰۰
عزت نفس صریح	۳۰/۷۶	۵/۵۹	۳۰/۰۰	۱۵/۰۰	۴۰/۰۰
عزت نفس ضمنی	۲/۱۷	۱/۸۰	۲/۳۵	-۲/۰۰	۵/۵۵

در پژوهش حاضر، توزیع اختلاف عزت نفس صریح با عزت نفس ضمنی تقریباً نرمال بوده و آزمودنی‌ها را می‌توان بر اساس اختلاف نمره عزت نفس صریح و ضمنی به سه گروه عزت نفس آسیب‌دیده، ایمن و شکننده تقسیم کرد. جدول ۳ آماره‌های توصیفی صمیمیت زناشویی در سه گروه عزت نفس را ارائه می‌دهد. طبق این جدول، بررسی داده‌ها نشان داد ۳۵ نفر دارای عزت نفس آسیب‌دیده، ۳۰ نفر دارای عزت نفس شکننده و ۳۵ نفر دارای عزت نفس ایمن بودند. آزمودنی‌ها با عزت نفس آسیب‌دیده دارای کمترین میانگین نمره صمیمیت زناشویی و افراد با عزت نفس شکننده دارای بیشترین میانگین نمره صمیمیت زناشویی هستند. سپس جهت بررسی برابری واریانس صمیمیت زناشویی در سه گروه عزت نفس از آزمون لون استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان داد فرض برابری واریانس‌ها با سطح برازش  $p > 0.01$  برقرار بوده و می‌توان از نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت مقایسه میانگین گروه‌های مورد نظر استفاده کرد.

جدول ۴ نتیجه تحلیل واریانس یک‌طرفه صمیمیت زناشویی در سه گروه عزت نفس آسیب‌دیده، ایمن و شکننده را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتیجه تحلیل واریانس با سطح معناداری (۰/۰۰۹) کمتر از ۰/۰۱ معنادار است و به این معناست که میانگین صمیمیت زناشویی حداقل بین دو گروه عزت نفس اختلاف معناداری دارند.

جدول ۵ مقایسه اختلاف میانگین صمیمیت زناشویی در انواع عزت نفس را نشان می‌دهد. بر این اساس، اختلاف معناداری بین گروه عزت نفس شکننده و دو گروه دیگر با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ وجود دارد ولی در دو گروه عزت نفس آسیب‌دیده و ایمن اختلاف معناداری یافت نشد. بنابراین افراد با عزت نفس شکننده صمیمیت بیشتری را در زندگی زناشویی تجربه می‌کنند.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی صمیمیت زناشویی در سه گروه عزت نفس

تعداد	میانگین	انحراف معیار	بازه اطمینان ۹۵ درصد		کمترین	بیشترین
			حد پایین	حد بالا		
۳۵	۵/۳۵	۱/۳۹	۴/۸۸	۵/۸۳	۱/۸۸	۶/۸۸
۳۵	۵/۴۶	۱/۲۸	۵/۰۲	۵/۹۰	۱/۰۰	۶/۸۲
۳۰	۶/۲۲	۰/۶۸	۵/۹۶	۶/۴۷	۴/۵۹	۷/۰۰
۱۰۰	۵/۶۵	۱/۲۳	۵/۴۱	۵/۸۹	۱/۰۰	۷/۰۰

جدول ۴. نتیجه تحلیل واریانس یک‌طرفه صمیمیت زناشویی در سه گروه عزت نفس

شاخص‌ها	جمع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
بین‌گروهی	۱۳/۹۵	۲	۶/۹۷	۵/۰۰	۰/۰۰۹
درون‌گروهی	۱۳۵/۲۶	۹۷	۱/۳۹		
کل	۱۴۹/۲۳	۹۹			

جدول ۵. مقایسه اختلاف میانگین نمره صمیمیت زناشویی در سه گروه عزت نفس

عزت نفس مبنا	سایر عزت نفس‌ها	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	بازه اطمینان ۹۵ درصد	
				سطح معناداری	حد پایین / حد بالا
آسیب‌دیده	ایمن	-۰/۱۰	۰/۳۲	۰/۹۸۴	-۰/۸۹
	شکننده	-۰/۸۶*	۰/۲۷	۰/۰۰۶	-۱/۵۲
ایمن	آسیب‌دیده	۰/۱۰	۰/۳۲	۰/۹۸۴	-۰/۶۸
	شکننده	-۰/۷۶*	۰/۲۵	۰/۰۱۱	-۱/۳۷
شکننده	آسیب‌دیده	۰/۸۶*	۰/۲۷	۰/۰۰۶	۰/۲۰
	ایمن	۰/۷۶*	۰/۲۵	۰/۰۱۱	۱/۳۷

## ● بحث

یافته‌های حاصل از بررسی سؤال پژوهش مبنی بر اینکه آیا میان افراد دارای عزت‌نفس شکننده، آسیب‌دیده و ایمن از نظر صمیمیت زناشویی تفاوت وجود دارد، نشان داد که گروه واجد عزت‌نفس شکننده با دوگروه دیگر از نظر صمیمیت زناشویی تفاوت معناداری داشته و افراد با عزت‌نفس شکننده، صمیمیت زناشویی بیشتری را گزارش کردند. یافته‌های حاصل با پژوهش‌های زیگلرهیل و همکاران (۲۰۱۱)، پارادایس و کرنیس (۲۰۰۲)، زیگلرهیل و همکاران (۲۰۱۵) هم‌خوان است. در تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان به فرآیندهای روانی، ویژگی‌ها و سازکارهای موجود در انواع عزت‌نفس اشاره کرد. افراد با عزت‌نفس شکننده در روابط بین‌فردی نزدیک دچار تعارض هستند؛ از سویی خواهان پیوند با دیگران بوده و از سویی دیگر به دلیل ترس از طردشدگی، شکست و آزدگی احساسات، دارای نگرش‌های منفی نسبت به آن هستند (زیگلرهیل و همکاران، ۲۰۱۵). این مسئله بیانگر وجود ناهماهنگی شناختی (cognitive dissonance) در مورد روابط عاطفی نزدیک است. منظور از ناهماهنگی شناختی، وجود نگرش‌های متضاد نسبت به یک موضوع یا رفتار و نگرش‌های ناهم‌ساز با یکدیگر است. با توجه به اینکه ناهماهنگی شناختی پس از تصمیم‌گیری و انتخاب، به‌عنوان عاملی تهدیدکننده برای عزت‌نفس تلقی می‌شود، افراد معمولاً برای کاهش آن از اثری به نام گسترش شقوق (spreading of alternatives) استفاده می‌کنند؛ در این وضعیت آنان به افزایش جذابیت گزینه منتخب و کم‌اهمیت جلوه‌دادن سایر گزینه‌ها می‌پردازند (بارون و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین می‌توان گفت افراد با عزت‌نفس شکننده احتمالاً به واسطه وجود تعارض‌های درونی و ناهماهنگی شناختی در روابط زناشویی، دستخوش اثر گسترش شقوق شده و رابطه زوجی خود را بیش‌ارزیابی می‌کنند. تبیین مذکور با توجه به اختلاف بیش از حد صمیمیت زناشویی بین عزت‌نفس ایمن و شکننده کاملاً مشهود است (جدول ۵). انتظار محققان پژوهش حاضر، افزایش سطح صمیمیت زناشویی در افراد با عزت‌نفس ایمن نسبت به عزت‌نفس شکننده بود؛ درحالی که نتایج خلاف آن را نشان داد از این رو، با استناد به نتایج پژوهش هادوک و گباوثر (۲۰۱۱)، می‌توان گفت احتمالاً عامل تأیید خود، در گزارش صمیمیت زناشویی افراد با عزت‌نفس شکننده (دفاعی) دخیل بوده که به‌عنوان تلاشی در جهت کاهش تعارض‌های درونی و ناسازگاری‌های بین خود واقعی - ایده‌آل تلقی می‌شود. همچنین پژوهش اسمیت (۲۰۱۵) و ارومو و لوی (۲۰۱۷)، نیز مؤید همین مطلب است که افراد با عزت‌نفس شکننده از طریق راهبردهای دفاعی و خودارتقایی، رفتارهایی که بر خود واقعی دلالت دارند را سرکوب کرده و سعی در بروز رفتارهای خوشایند دارند. با توجه به آنچه ذکر شد نیاز به پیوندجویی نیز از جمله مشخصات افراد با عزت‌نفس شکننده به‌شمارآمده (زیگلرهیل و همکاران، ۲۰۱۵) و ترس از طردشدگی بین فردی در ایجاد آن نقش دارد (ریو، ۲۰۱۵). بر این اساس، احتمالاً تلاش‌های پیوندجویی افراد جهت رفع نیاز به تأیید، پذیرش و امنیت خود، انجام گرفته است؛ از این رو تمایل بیشتری به برقراری و حفظ روابط صمیمانه دارند.

از دیگر یافته‌های پژوهش، وجود صمیمیت زناشویی کمتر در بین افراد با عزت‌نفس آسیب‌دیده در مقایسه با عزت‌نفس شکننده است که با نتایج پژوهش هوو و همکاران (۲۰۱۳) هم‌خوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان به معانی عزت‌نفس ضمنی و صریح در پیشینه نظری و همچنین ویژگی‌های روان‌شناختی افراد با عزت‌نفس آسیب‌دیده اشاره کرد. طبق مبانی نظری، عزت‌نفس آسیب‌دیده نشان‌دهنده اختلاف میان اهداف و استانداردهای بالا (عزت‌نفس ضمنی بالا) و واقعیت (عزت‌نفس صریح پایین) است (فرنک و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد عزت‌نفس ضمنی نشان‌دهنده «خود ایده‌آل» و عزت‌نفس صریح نشان‌دهنده «خود واقعی» باشد (کریمرز، ۲۰۱۳). براین اساس می‌توان گفت افراد با عزت‌نفس آسیب‌دیده، احتمالاً دارای اختلاف قابل توجهی میان اهداف و واقعیات زندگی خود هستند. شواهد پژوهشی نیز مؤید همین مطلب است که این دسته افراد دارای سطح بالایی از کمال‌گرایی ناسازگارانه بوده (زیگلرهیل و تری، ۲۰۰۷) و دائماً در حال تجربه احساس عدم توانایی برای مطابقت یافتن با استانداردهای خود هستند (لویس، ۲۰۱۵). آنها همچنین هنگام مواجهه با شکست و نتایج منفی در عملکرد خود، آن را به دیگران نسبت داده به‌طوری‌که سوگیری مقصریابی (سرزنشگری دیگران)، احساس بدبینی و ادراک خصومت در موقعیت‌های اجتماعی را نیز تجربه می‌کنند (پارک و همکاران، ۲۰۱۹). لذا می‌توان نتیجه گرفت احتمالاً افراد با عزت‌نفس آسیب‌دیده در مورد صمیمیت با شریک عاطفی نیز انتظاراتی عالی داشته و برای داشتن فضای صمیمانه ایده‌آل تلاش می‌کنند درحالی‌که شکست‌های مکرر در دستیابی به الگویی کامل و تمام‌عیار از صمیمیت زناشویی با کاهش حس برتری و تردید درباره ارزشمندی خود همراه بوده از این رو، ضمن استفاده از سبک‌های اسنادی غیرمنطقی، سرزنش‌گری دیگران و سوگیری خدمت به خود (self-serving bias)، احساس نزدیکی کمتری در روابط صمیمانه با شریک عاطفی تجربه می‌کنند.

## • نتیجه گیری

به طور کلی نتایج حاصل از مطالعه حاضر در زمینه مقایسه صمیمیت زناشویی در بین افراد با عزت ایمن، شکننده و آسیب دیده نشان داد افراد با عزت نفس شکننده نسبت به دو گروه دیگر از صمیمیت زناشویی بیشتری برخوردار هستند. با توجه به اینکه وجود ناهمخوانی میان عزت نفس صریح و ضمنی با پیامدهایی در روابط زناشویی مرتبط بوده با این حال، افزودن سایر سنجش های ضمنی عزت نفس می تواند درک بهتری از رابطه میان انواع ناهمخوانی عزت نفس و صمیمیت زناشویی ایجاد کرده و به منظور افزایش تبیین های مطلوب در نقش انواع ناهمخوانی عزت نفس بر صمیمیت زناشویی به پژوهش های بیشتری نیاز است. از جمله محدودیت های این پژوهش استفاده از پرسشنامه خودگزارش دهی صمیمیت زناشویی، عدم امکان استفاده از سنجش های بالینی برای بررسی عمیق تر مؤلفه های پژوهش و همچنین تظاهر بیش از حد افراد با عزت نفس شکننده به صمیمیت است؛ که با توجه به شواهد مذکور، به نظر می رسد ریشه در ترس از طرد شدن و نیاز به تأیید اجتماعی دارد. از این رو جهت افزایش اعتبار پاسخ ها لازم است ضمن استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی، مصاحبه بالینی با حضور شرکای عاطفی آنان نیز انجام گیرد. همچنین از دیگر محدودیت های پژوهش، انجام آن روی نمونه مردان و زنان شهر تهران و سنجش غیرحضور بود. این محدودیت ها مانع تعمیم نتایج به سایر افراد می شود؛ از این رو باید با احتیاط صورت گیرد. با این حال، نتایج پژوهش حاضر بینش جدیدی نسبت به عوامل مرتبط با صمیمیت زوجین فراهم آورده است و راه جدیدی برای انجام پژوهش های آتی می گشاید. تاکنون عمده پژوهش ها بر عزت نفس صریح متمرکز بوده است، ولی همان طور که نتایج نشان داد، ناهمخوانی بین عزت نفس صریح و ضمنی با پیامدهای متفاوتی در صمیمیت زناشویی مرتبط است. یافته های این پژوهش از این فرضیه که ناهمخوانی های عزت نفس در صمیمیت زناشویی از اهمیت بسزایی برخوردار است، حمایت می کند. پیشنهاد می شود الگوهایی که در تبیین صمیمیت زناشویی اثرات عزت نفس ضمنی را نادیده می گیرند؛ مورد بازنگری قرار گرفته و سایر متغیرهای مرتبط با عزت نفس به منظور ارائه الگوی مفهومی جامع جهت تأثیر بر صمیمیت زناشویی مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین، با توجه به نتایج پژوهش به مشاوران حوزه زوج و خانواده پیشنهاد می شود در مرحله ارزیابی و مداخلات مورد نظر، به اهمیت سازوکارهای موجود در عزت نفس شکننده و آثار آن بر صمیمیت زناشویی بیشتر توجه شود.

## • تعارض منافع

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول بوده و هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان این پژوهش وجود ندارد.

## • تشکر و قدردانی

بدینوسیله بر خود لازم می دانیم از تمامی شرکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش و همچنین تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی کنیم.

## • منابع

- ازه ای، جواد؛ محمدی، پروین؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ و حاج حسینی، منصوره. (۱۳۹۹). طراحی بسته آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی و اثربخشی بهزیستی روان شناختی و حرمت خود در نوجوانان افغانستانی مقیم ایران. *مجله روان شناسی*، ۲۴ (۳)، ۲۵-۲۶.
- اعتمادی، احمد؛ ابراهیمی، لقمان. (۱۳۹۲). تعیین اثربخشی آموزش گروهی خودارزشمندی بر اساس الگوی مبتنی بر اعتباریابی انسان بر افزایش میزان رضایت زناشویی. *مجله روان شناسی*، ۱۷ (۴)، ۴۳۵-۴۵۰.
- امانی، احمد. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر عزت نفس و تعهد زناشویی زوجین. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۵ (۲)، ۱-۲۳.
- بارون، رابرت؛ بیرن، دان؛ و برنسکامب، نایلا. (۲۰۰۶). *روان شناسی اجتماعی*. مترجم: کریمی، یوسف. (۱۳۹۴). چاپ نهم، تهران: نشر روان.
- باقری، فاطمه؛ کیمیایی، سیدعلی؛ و کارشکی، حسین. (۱۳۹۹). صمیمیت زناشویی: نقش تعیین کننده تمایز یافتگی خود و نیاز به امنیت در زنان متأهل غیربالینی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۱ (۴۲)، ۲۶۱-۲۸۰.

- پاک‌نیت، معصومه؛ روشن چسلی، رسول. (۱۳۹۷). پیش‌بینی رضایت زناشویی براساس هیجان‌خواهی، صمیمیت، عملکرد جنسی و ویژگی‌های شخصیتی در پرستاران. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶ (۱)، ۱۵۹-۱۷۸.
- تقوایی، داود؛ آبکار، نرگس. (۱۳۹۶). مقایسه نگرش صمیمانه نسبت به همسر در زنان متأهل کاربر و غیر کاربر شبکه‌های مجازی اجتماعی. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۵ (۱)، ۱۲۹-۱۴۳.
- حسین‌پور لاکانی، شهربانو؛ خواجه‌وند، افسانه؛ دامغانی، معصومه. (۱۳۹۴). بررسی رابطه کیفیت زندگی و عزت‌نفس با رضایت زناشویی دانشجویان دانشگاه گیلان. *کنگره ملی خانواده سالم*. دوره اول.
- خطیبی، اعظم. (۱۳۹۴). بررسی نگرش زنان نسبت به عوامل مؤثر بر تحکیم خانواده (پژوهشی در بین کارکنان زن دانشگاه‌های پیام نور استان همدان). *مطالعات زن و خانواده*، ۳ (۱)، ۵۹-۹۲.
- دلاور، علی. (۱۳۹۲). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. چاپ سی و نهم، نشر ویرایش: تهران.
- رجبی، غلامرضا؛ بهلول، نسرين. (۱۳۸۶). سنجش اعتبار و روایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *پژوهشهای تربیتی و روان‌شناختی*، ۳ (۲ (پیاپی ۸))، ۳۳-۴۸.
- ریو، جان مارشال. (۲۰۱۵). *انگیزش و هیجان*. مترجم: سیدمحمدی، یحیی. (۱۳۹۵). ویراست ششم، تهران: انتشارات ویرایش.
- عزیزپور، پریش؛ صفرزاده، سحر. (۱۳۹۵). نقش تعدیل‌کننده ادراک انصاف و رفتارهای فداکارانه در رابطه صمیمیت با همسر و کیفیت زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۲ (۳)، ۳۹۱-۴۱۱.
- کجباف، محمدباقر؛ پری‌زاده، سیما؛ سوادکوهی‌خویگانی، سحر؛ قیصری، صبا. (۱۴۰۰). بررسی نقش واسطه‌ای عزت‌نفس سازمان‌محور در تأثیر وظیفه‌شناسی و توافق‌جویی بر عملکرد وظیفه‌ای و رفتار شهروندی سازمانی در کارکنان شرکت ملی حفاری ایران. *مجله روان‌شناسی*، ۲۵ (۴)، ۵۲۹-۵۳۹.
- محمدی، بهناز؛ حیدرنیا، احمد؛ و عباسی، هادی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تعهد زناشویی براساس صمیمیت زناشویی و بخشودگی. *رویش روان‌شناسی*، ۵ (۳)، ۵۰-۳۱.
- مک‌کی، متیو؛ فایننگ، پاتریک. (۲۰۱۶). *تکنیک‌های شناختی برای افزایش عزت‌نفس*. مترجم: ارجمندی نسب، سیدمرتضی. (۱۴۰۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- ملکی، بهرام. (۱۳۹۴). دستکاری عزت‌نفس ناآشکار با استفاده از ارائه محرک‌های زیرآستانه‌ای. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۲ (۳)، ۶۷-۸۰.
- ملکی، بهرام. (۱۴۰۰). نقش ناهم‌خوانی بین عزت‌نفس آشکار و ناآشکار در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان دانشگاه. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۲ (۳ (۸۵))، ۱۶۳-۱۷۳.
- ملکی، بهرام؛ علی‌پور، احمد؛ زارع، حسین؛ و شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۳). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ترجیح حروف الفبای نام (آی‌پی‌تی) برای سنجش عزت‌نفس ناآشکار. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۵ (۱۷)، ۱۰۱-۱۲۳.
- ناموران گرمی، کبری؛ مرادی، علیرضا؛ فرزاد، ولی‌الله؛ و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۷). تعیین ابعاد صمیمیت زناشویی زوجهای ایرانی، یک مطالعه کیفی. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۳ (۴۲)، ۶۱-۷۸.
- Bagarozzi, D. A. (1997). Marital intimacy needs questionnaire: Preliminary report. *American Journal of Family Therapy*, 25 (3), 285-290.
- Bagarozzi, D. A. (2014). *Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide*: routledge.
- Bosson, J. K., Brown, R. P., Zeigler-Hill, V., & Swann, W. B. (2003). Self-enhancement tendencies among people with high explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-esteem. *Self and identity*, 2 (3), 169-187.
- Cameranesi, M., & Piotrowski, C. C. (2018). Self-esteem in children exposed to intimate partner violence: a critical review of the role of sibling relationships and agenda for future research. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11 (3), 339-351.
- Clark, M. S., & Reis, H. T. (1988). Interpersonal processes in close relationships. *Annual review of psychology*, 39 (1), 609-672.
- Creemers DHM, Scholte RHJ, Engels RCME, Prinsteijn MJ and Wiers RW (2013) Damaged self-esteem is associated with internalizing problems. *Front. Psychol.* 4:152. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00152
- Creemers, D. H., Scholte, R. H., Engels, R. C., Prinsteijn, M. J., & Wiers, R. W. (2012). Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43 (1), 638-646.
- Epstein, S., Morling, B. (1995). Is the Self Motivated to Do More Than Enhance and/or Verify Itself? In: Kernis, M.H. (eds) *Efficacy, Agency, and Self-Esteem*. The Springer Series in Social Clinical Psychology. Springer, Boston, MA.

- Erol, R. Y., & Orth, U. (2013). Actor and partner effects of self-esteem on relationship satisfaction and the mediating role of secure attachment between the partners. *Journal of research in Personality*, 47 (1), 26-35.
- Eromo, T. L., & Levy, D. A. (2017). The Rise, Fall, and Resurgence of " Self-Esteem": A Critique, Reconceptualization, and Recommendations. *North American Journal of Psychology*, 19 (2).
- Franck, E., De Raedt, R., Dereu, M., & Van den Abbeele, D. (2007). Implicit and explicit self-esteem in currently depressed individuals with and without suicidal ideation. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38 (1), 75-85.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological review*, 102 (1), 4-27.
- Greenwald, A. G., & Lai, C. K. (2020). Implicit social cognition. *Annual Review of Psychology*, 71, 419-445.
- Haddock, G., & Gebauer, J. E. (2011). Defensive self-esteem impacts attention, attitude strength, and self-affirmation processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47 (6), 1276-1284.
- Holloway, F. (Ed.). (2016). *Self-esteem: Perspectives, influences and improvement strategies*. Nova Publishers.
- Hu, Y., Jin, Y., Hu, C., & He, H. (2013). Loneliness and their relationship to explicit and implicit self-esteem. *Psychology*, 4 (5), 455-458.
- Johnson, M. D., & Galambos, N. L. (2014). Paths to intimate relationship quality from parent-adolescent relations and mental health. *Journal of Marriage and Family*, 76 (1), 145-160.
- Johnson, M. M. (1986). *The Initial Letter Effect: Ego-Attachment or Mere Exposure? (Alphabet, Letter Preferences)*. The Ohio State University ProQuest Dissertations Publishing.
- Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P., Hoshino-Browne, E., & Correll, J. (2003). Secure and defensive high self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 85 (5), 969.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological inquiry*, 14 (1), 1-26.
- Kernis, M. H., Abend, T. A., Goldman, B. M., Shrira, I., Paradise, A. N., & Hampton, C. (2005). Self-serving responses arising from discrepancies between explicit and implicit self-esteem. *Self and Identity*, 4 (4), 311-330.
- Kim, H. S., & Moore, M. T. (2019). Symptoms of depression and the discrepancy between implicit and explicit self-esteem. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 63, 1-5.
- Kitayama, S., & Karasawa, M. (1997). Implicit self-esteem in Japan: Name letters and birthday numbers. *Personality and social psychology bulletin*. 23 (7), 736-742.
- Koole, S. L., Govorun, O., Cheng, C. M., & Gallucci, M. (2009). Pulling yourself together: Meditation promotes congruence between implicit and explicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*. 45 (6), 1220-1226.
- Lakey, C. E., Hirsch, J. K., Nelson, L. A., & Nsamenang, S. A. (2014). Effects of contingent self-esteem on depressive symptoms and suicidal behavior. *Death studies*, 38 (9), 563-570.
- Leeuwis, F. H., Koot, H. M., Creemers, D. H., & van Lier, P. A. (2015). Implicit and explicit self-esteem discrepancies, victimization and the development of late childhood internalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43 (5), 909-919.
- Monsour, M. (1992). Meanings of intimacy in cross-and same-sex friendships. *Journal of Social and Personal Relationships*. 9 (2), 277-295.
- Nuttin Jr, J. M. (1985). Narcissism beyond Gestalt and awareness: The name letter effect. *European Journal of Social Psychology*. 15 (3), 353-361.
- Nuttin, J.M. (1987). Affective consequences of mere ownership: The name letter effect in twelve European languages. *European Journal of Social Psychology*, 17, 381-402.
- Paradise, A. W., & Kernis, M. H. (2002). Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem. *Journal of social and clinical psychology*, 21 (4), 345-361.
- Park, Y. J., Park, J. Y., Chung, K. M., Song, Y. M., & Jhung, K. (2019). Discrepancies of Implicit and Explicit self-esteem as Predictors of Attributional Bias and Paranoia. *Psychiatry Investigation*, 16 (3), 185.
- Patrick, S., Sells, J. N., Giordano, F. G., & Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The family Journal*. 15 (4), 359-367.
- Pepping, C. A., Davis, P. J., & O'Donovan, A. (2016). Mindfulness for cultivating self-esteem. In *Mindfulness and buddhist-derived approaches in mental health and addiction* (pp. 259-275). Springer, Cham.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61 (52), 18. <https://integrativehealthpartners.org/downloads/ACTmeasures.pdf>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* (Rev. Ed.). Middeltown, CT: Wesleyan University Press.
- Schröder-Abé, M., Rudolph, A., Wiesner, A., & Schütz, A. (2007). Self-esteem discrepancies and defensive reactions to social feedback. *International Journal of Psychology*, 42 (3), 174-183.
- Smith, M. F. (2015). *Narcissism as Defensive-compensation: A Thesis Examining Competitive Behaviors & Psychological Defensiveness* (Doctoral dissertation, Shippensburg University of Pennsylvania).
- Spencer, S. J., Jordan, C. H., Logel, C. E., & Zanna, M. P. (2005). Nagging doubts and a glimmer of hope: The role of implicit self-esteem in self-image maintenance. In A. Tesser, J. V. Wood, & D. A. Stapel (Eds.). *On building, defending and regulating the self: A psychological perspective* (pp. 153-170). New York: Psychology Press.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological review*. 93 (2), 119-135.
- Stieger, S., Preys, A. V., & Voracek, M. (2012). Romantic jealousy and implicit and explicit self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 52 (1), 51-55.



- Tracy, J. L., Cheng, J. T., Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2009). Authentic and hubristic pride: The affective core of self-esteem and narcissism. *Self and identity*, 8 (2-3), 196-213.
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital intimacy: Conceptualization and assessment. *Clinical Psychology Review*. 15 (3), 217-233 .
- Walker, A. J., & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*. 45 (4), 841-849.
- Yildiz, M. A., & Baytemir, K. (2016). A mediation role of self-esteem in the relationship between marital satisfaction and life satisfaction in married individuals. *Journal of the Faculty of Education*. 17 (1), 67-80.
- Zeigler-Hill, V., & Terry, C. (2007). Perfectionism and explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-esteem. *Self and Identity*, 6 (2-3), 137-153.
- Zeigler-Hill, V., Britton, M., Holden, C. J., & Besser, A. (2015). How will I love you? Self-esteem instability moderates the association between self-esteem level and romantic love styles. *Self and Identity*, 14 (1), 118-134.
- Zeigler-Hill, V., Fulton, J. J., & McLemore, C. (2011). The role of unstable self-esteem in the appraisal of romantic relationships. *Personality and individual differences*, 51 (1), 51-56.

## اعتباریابی متقاطع الگوی صفات ۹ گانه تاریک شخصیت: ۹ گانه‌های شوم Cross-Validation of the Nine Dark Personality Trait Model: Ominous Nine

Rahim Yousefi, PhD✉

Elham Farzaneh, MSc

Behzad Shalchi, PhD

رحیم یوسفی<sup>۱</sup>

الهام فرزانه<sup>۲</sup>

بهزاد شالچی<sup>۳</sup>

### Abstract

The Nine Dark Model is an expanded model of the Dark Pentad Traits, which has added egoism, self-interest, moral disengagement, and psychological entitlement to this set. The aim of study was to Cross-Validation of the nine dark personality traits model: The research was descriptive-correlation. The research community was the students of Azarbaijan Shahid Madani University (6761 people including 4141 women and 2620 men) and the sample was 400 people (women=229 & men=171) who were selected voluntarily. The instruments included Dark Pentad Scale, Egoism Scale, Self-Interest Inventory, Moral Disengage Scale and Psychological Entitlement Scale. The data was analyzed by exploratory and confirmatory factor analysis using spss22 and LISREL8. The results of exploratory factor analysis revealed spitefulness, self-interest, sadism, narcissism, psychological entitlement, egoism, moral disengagement, psychopathy, and Machiavellianism, which explained 58% of the variance. Confirmatory factor analysis indicated the confirmation of the nine-factor structure of the model; the fitness indices were higher than 0.9. Internal consistency through Cronbach's alpha for components between 0.68 and 0.81 and the whole scale is 0.88 and through split-half for components between 0.64 and 0.79 and the whole scale is 0.81. The scale of nine dark personality traits is a valid and reliable instrument for clinical and research situations.

**Keywords:** Dark Traits, Egoism, Self-interest, Moral Disengagement, Psychological Entitlement

### چکیده

الگوی صفات ۹ گانه تاریک، مدل گسترش یافته صفات پنج‌گانه تاریک است که صفات خودخواهی، نفع شخصی، بی‌قیدی اخلاقی و استحقاق روان‌شناختی را به این مجموعه افزوده است. هدف پژوهش حاضر اعتباریابی متقاطع الگوی صفات ۹ گانه تاریک شخصیت بود. نوع پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه پژوهش دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان ۶۷۶۱ نفر و تعداد نمونه ۴۰۰ نفر بود که به روش داوطلبانه انتخاب شدند. ابزارها شامل مقیاس صفات پنج‌گانه تاریک، مقیاس خودخواهی، سیاهه نفع شخصی، مقیاس بی‌قیدی اخلاقی و مقیاس استحقاق روان‌شناختی بود. داده‌ها به‌وسیله روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی با استفاده از spss22 و LISREL8 تحلیل شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، کینه‌توزی، نفع شخصی، دیگرآزاری، خودشیفتگی، استحقاق روان‌شناختی، خودخواهی، بی‌قیدی اخلاقی، جامعه‌ستیزی و ماکیاولیسم را آشکار کرد که ۵۸ درصد واریانس را تبیین نمود. تحلیل عاملی تأییدی نشان‌گر تأیید ساختار نه‌عاملی مدل بود؛ شاخص‌های برازش بالاتر از ۰/۹ بودند. همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۱ و کل مقیاس ۰/۸۸ و از طریق دو نیمه‌سازی برای مؤلفه‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ و کل مقیاس ۰/۸۱ بود. مقیاس صفات ۹ گانه تاریک شخصیت یک ابزار روا و معتبر برای موقعیت‌های بالینی و پژوهشی است.

**واژه‌های کلیدی:** صفات تاریک، خودخواهی، نفع شخصی، بی‌قیدی اخلاقی، استحقاق روان‌شناختی

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۸/۲۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۲/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

۳. گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

## ● مقدمه

اصطلاح صفات تاریک شخصیت (dark personality traits) برای اولین بار توسط پائولوس و ویلیامز (۲۰۰۲) معرفی شد که شامل جامعه‌ستیزی، ماکیاولیسم (Machiavellianism) و خودشیفتگی است (یوسفی و پیری، ۱۳۹۵). افرادی که دارای سطوح بالاتری از صفت ماکیاولیسم هستند از طریق نگرش‌های بدبینانه و اتخاذ راهبردهایی شناخته می‌شوند که تنها هدف آنها منفعت‌طلبی و در اولویت قرار دادن منافع شخصی است. افراد دارای سطوح بالای خودشیفتگی غیربالینی تمایل دارند تا روی اهمیت خود متمرکز شوند، درباره برخورداری از قدرت و توانایی‌های ویژه خیال‌پردازی می‌کنند و همواره به توجه و تحسین دیگران نیازمند هستند. جامعه‌ستیزی که مشکل‌آفرین‌ترین مؤلفه در مجموعه صفات تاریک شخصیت است با فقدان همدلی و عدم ملاحظه دیگران مشخص می‌شود؛ این افراد اغلب بسیار فریب‌کار، غیرقابل اعتماد و بی‌توجه به احساسات دیگران هستند و حتی ممکن است باعث ایجاد مشکلات و حتی آسیب به دیگران شوند (فریوس و کلمته، ۲۰۲۲). از میان سه‌گانه‌های تاریک، خودشیفتگی و جامعه‌ستیزی سازه‌هایی نام‌آشنا و دارای پیشینه نظری و پژوهشی غنی در حوزه روان‌شناسی بالینی هستند، ولی ماکیاولیسم از حوزه فلسفه و تحت تأثیر اندیشه‌های نیکولای ماکیاولی در قرن شانزدهم وارد ادبیات حوزه آسیب‌شناسی شخصیت شده است. کریستی و گیز پژوهش‌گرانی بودند که برای اولین بار از چشم‌انداز روان‌شناسی به پدیده ماکیاولیسم نگرستند و آن را به عنوان یک ویژگی شخصیت، نگرش به جهان و نوعی رفتار توصیف کردند (یوسفی، احمدی و میرزازاده، ۱۴۰۰؛ بریجکی، ۲۰۱۸).

برخی از پژوهشگران مطرح کردند که صفات سه‌گانه باید به فرمول‌بندی جدیدی به نام صفات چهارگانه تاریک (dark tetrad) توسعه یابد که در این ترکیب جدید مؤلفه دیگرآزاری (sadism) روزمره به مجموعه اضافه شده است (شاپرول و همکاران، ۲۰۰۹؛ بوکلز، جونز، پائولوس، ۲۰۱۳؛ پلوف، ساکلوفسکی، اسمیت، ۲۰۱۷؛ یوسفی و ایمان‌زاد، ۱۳۹۷). دیگرآزاری، لذت بردن از آزار و رنج دیگران است و به تمایل به انجام رفتارهای بی‌رحمانه، تحقیرآمیز یا پرخاشگرانه برای لذت یا تسلط اشاره دارد (پلوف، ساکلوفسکی، اسمیت، ۲۰۱۷). این ویژگی به طور سنتی و اغلب به صورت حالت شدید و اغراق شده آن در گستره پژوهش‌های مربوط به روان‌شناسی جنایی و جنسی مورد بررسی قرار گرفته است (یوسفی و ایمان‌زاد، ۱۳۹۷). دیگرآزاری در بافت صفات تاریک شخصیت با عنوان دیگرآزاری نرم یا دیگرآزاری روزمره مطرح و مورد توجه قرار گرفته است (زیگلر-هیل و مارکوس، ۲۰۱۶؛ پینکر، ۲۰۱۱).

مارکوس و همکاران (۲۰۱۴) از کینه‌توزی (spitefulness) به عنوان یک صفت تاریک شخصیتی رونمایی کرده و آن را به عنوان عضو پنجم مجموعه صفات پنج‌گانه تاریک (dark pentad) شخصیت پیشنهاد دادند. کینه‌توزی به عنوان عضو جدید خانواده صفات تاریک شخصیت، ترکیبی از هیجان‌های مرتبط با هم یعنی رنجش، نفرت، خصومت، خشم درونی و ترس را در بر می‌گیرد. متخصصان روان‌پویشی کینه را به گرایش نسبت می‌دهند که در آن فرد به خودش آسیب می‌زند تا دیگران را تنبیه کند؛ برای نمونه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به خودشان آسیب می‌زنند تا افراد مهم اطرافشان را تنبیه کنند. در پنجمین نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، کینه‌توزی یکی علائم اصلی اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

موشاگن، هیلینگ، زتلر (۲۰۱۸) الگوی صفات پنج‌گانه تاریک شخصیت را بسط دادند و با افزودن چهار صفت دیگر که شامل خودخواهی (egoism)، نفع شخصی (self-interest)، بی‌قیدی اخلاقی (moral disengagement) و استحقاق روان‌شناختی (psychological entitlement) است، الگوی صفات ۹ گانه تاریک شخصیت را ارائه کردند. خودخواهی به دل‌مشغولی شدید فرد با لذت یا منفعت خودش به بهای از بین بردن بهزیستی دیگران اطلاق می‌شود (ویگل، هسینگ، الفرز، ۱۹۹۹). در واژه‌نامه روان‌شناسی انجمن روان‌شناسی آمریکا خودخواهی به عنوان یک ویژگی شخصیتی که با خودپسندی و رفتار مبتنی بر نفع شخصی همراه با بی‌توجهی به نیازهای دیگران مشخص می‌شود (واندن‌باس، ۲۰۱۵). نفع شخصی به جستجوی دستاوردها در حوزه‌های دارای ارزش اجتماعی، از جمله دارایی‌های مادی، جایگاه اجتماعی، تخصص، پیشرفت تحصیلی یا شغلی اشاره دارد؛ به عبارت دیگر، نفع شخصی با تمایل قوی به تقویت و برجسته کردن منافع خود در زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، شغلی و سیاسی مشخص می‌شود (گرباسی و پرتیس، ۲۰۱۳).

مطالعه زامورا، اونگسون، سیدمن (۲۰۲۲) نشان داد که صفت نفع شخصی با مجموعه صفات تاریک شخصیت مرتبط است. بی‌قیدی اخلاقی برای نخستین بار توسط بندورا مطرح شد و به عنوان تمایل به دور شدن از خودکنترلی و مسئولیت‌پذیری که معمولاً رفتار را تنظیم می‌کند، تعریف می‌شود؛ به عبارت دیگر، بی‌قیدی اخلاقی یک جهت‌گیری شناختی تعمیم‌یافته به جهان است که تفکر افراد را به گونه‌ای متمایز می‌کند که به شدت بر رفتار غیراخلاقی متمرکز می‌شوند (مور و همکاران، ۲۰۱۲). افراد دارای بی‌قیدی اخلاقی بالا، تمایل بیشتری به شرکت در رفتارهای بزهکارانه، پرخاشگری بالا و احساس گناه پایین و گرایش به رفتار غیراجتماعی دارند (بندورا، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان داده است که مردان متجاوز سطوح بالاتری از مکانیسم‌های شناختی بی‌قیدی اخلاقی را نسبت به قربانیان خودشان نشان می‌دهند (مندز، لیکاردی، رویز-استبان، ۲۰۲۰). استحقاق روان‌شناختی عبارت است از احساسی پایدار و فراگیر مشتمل بر این که شخص بیش از دیگران سزاوار و مستحق است. این مفهوم در ذات خود دربرگیرنده این اعتقاد است که فرد از دیگران برتر است و بنابراین سزاوار رفتار و برخورد خاصی است (کمپبل و همکاران، ۲۰۰۴). استحقاق روان‌شناختی به وضوح یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کنندگان رفتار غیراجتماعی می‌باشد (گرابز و همکاران، ۲۰۱۳). از دیدگاه اجتماعی، استحقاق روان‌شناختی به معنا احساسی است که فرد خود را مستحق برخورد ویژه می‌داند (کمپبل و همکاران، ۲۰۰۴). استحقاق روان‌شناختی با الگویی از عقاید و رفتارهای خودخواهانه و خودپسندانه از قبیل مستحق بودن به دریافت حقوق و مزایای بیشتر از دیگران، همدلی و احترام کمتر به شرکای عاشقانه و پرخاشگری بین‌فردی مرتبط است (زیموتل-پیوتروفسکا و همکاران، ۲۰۱۳).

از زمانی که اصطلاح صفات تاریک شخصیت به وسیله پائولوس و ویلیامز (۲۰۰۲) پیشنهاد شد پژوهش‌ها هم‌زمان بر دو روند پژوهشی متمرکز شدند که شامل معرفی و گسترش ابزارهای سنجش صفات تاریک شخصیت و نیز گسترش و بسط مدل سه‌گانه به مدل‌هایی که تعداد بیشتری از صفات تاریک شخصیت را شناسایی و معرفی نماید. فورهام، ریچاردز و پائولوس (۲۰۱۳) اعتقاد دارند که مهم‌ترین مسئله در زمینه صفات تاریک شخصیت، سنجش این صفات و چالش‌های مرتبط است.

با رشد و گسترش روزافزون پژوهش‌های مرتبط با حوزه صفات تاریک، در حال حاضر نسخه‌های فارسی مختلفی برای سنجش صفات تاریک شخصیت، مانند صفات سه‌گانه (یوسفی و پیری، ۱۳۹۵)؛ صفات چهارگانه (یوسفی و ایمان‌زاد، ۱۳۹۷)؛ عطادخت و همکاران (۱۳۹۸) و صفات پنج‌گانه (یوسفی و همکاران، ۱۴۰۰) در دسترس است.

موشاگن و همکاران (۲۰۱۸) مدل ۹ گانه صفات تاریک شخصیت را مطرح کرده‌اند که با افزودن چهار صفت خودخواهی، نفع شخصی، بی‌قیدی اخلاقی و استحقاق روانی به مدل پنج‌گانه (یوسفی و همکاران، ۱۴۰۰) ارائه شده است. موشاگن و همکاران برای ارزیابی الگوی صفات ۹ گانه از هفت پرسشنامه مجزا و مستقل موجود استفاده کردند. پژوهش آنها شامل سه مطالعه با حجم نمونه متفاوت بود، یکی از مطالعات آنها نشان داد که با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، الگوی صفات ۹ گانه تاریک شخصیت از روایی سازه لازم برخوردار است (موشاگن و همکاران، ۲۰۱۸). علی‌رغم علاقه علمی و پژوهشی فزاینده در حوزه صفات تاریک شخصیت، مشکلات و خلأهای روش‌شناختی اساسی در زمینه سنجش و ارزیابی این مفهوم وجود دارد؛ برای نمونه اولین سنجش‌ها از مؤلفه‌های صفات تاریک شخصیت، ابزارهای مختلفی را که از لحاظ تعداد ماده‌ها و حتی مقیاس پاسخ‌دهی متفاوت بودند به کار گرفته‌اند؛ که مشکلاتی مانند طولانی بودن ماده‌ها و خستگی آزمودنی‌ها و واگرایی مفهومی سؤالات را در پی داشته است (یوسفی و پیری، ۱۳۹۵)؛ یوسفی و همکاران (۱۴۰۰). با وجود اعتبار مدل‌شناختی پرسشنامه صفات ۹ گانه موشاگن و همکاران (۲۰۱۸)، این پرسشنامه نیز به لحاظ روان‌سنجی با همان مشکل رایجی دست به گریبان است که برخی مقیاس‌های ارائه شده برای سنجش صفات تاریک با آن مواجه بودند؛ چالش روان‌سنجی مهم پرسشنامه موشاگن و همکاران (۲۰۱۸) این است که برای سنجش صفات ۹ گانه از ابزارهای مختلفی استفاده کرده است که هم به لحاظ تعداد ماده همسان نبوده و همچنین مقیاس پاسخ‌گویی آنها همگن نیستند، به عنوان مثال مقیاس کینه‌توزی دارای ۱۷ ماده، مقیاس خودخواهی ۱۲ ماده و مقیاس گرایش به بی‌قیدی اخلاقی دارای ۸ ماده است و پاسخ‌های افراد بر اساس مقیاسهای لیکرت چند درجه‌ای متفاوتی نمره‌گذاری می‌شود.

هدف پژوهش حاضر فرمول‌بندی و آزمون اعتبار الگوی صفات ۹ گانه تاریک شخصیت است. امتیاز پژوهش حاضر در مقایسه با مطالعات پیشین در حوزه صفات تاریک شخصیت، به ویژه مطالعه موشاگن و همکاران (۲۰۱۸) و ابراهیمی قوام (۱۳۹۹) این است که درصد اعتباریابی و تدوین ابزاری برای سنجش نه صفت تاریک شخصیت در قالب پرسشنامه‌ای است که در آن هر کدام از صفات ۹

گانه با تعداد ماده‌ها و مقیاس پاسخ‌گویی یکسان مورد سنجش قرار گرفته‌اند. لذا مطالعه حاضر ابزاری را در دسترس قرار می‌دهد که در آن نه صفت تاریک شخصیت، هر یک با چهار ماده مورد سنجش قرار گرفته و همچنین پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در مقیاس پاسخ‌دهی ۷ گزینه‌ای ثبت می‌شوند. بر این اساس اهداف پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱- بررسی ساختار عاملی الگوی صفات ۹ گانه تاریک شخصیت بر اساس داده‌های حاصل از نمونه، ۲- بررسی برازش الگوی صفات ۹ گانه تاریک شخصیت استخراج شده بر اساس داده‌های حاصل از نمونه، ۳- تعیین مقادیر ضرایب همسانی درونی پرسشنامه صفات ۹ گانه تاریک شخصیت بر اساس داده‌های پژوهش.

## • روش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و اعتباریابی متقاطع ابزار روان‌سنجی بود. در اعتباریابی متقاطع نمونه به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم می‌شود و یکی از گروه‌ها به روش تحلیل عاملی اکتشافی و گروه دیگر به روش تحلیل عاملی تأییدی تحلیل می‌شود (آربری و فولادچنگ، ۱۴۰۱). جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان با حجم ۶۷۶۱ نفر (شامل ۴۱۴۱ زن و ۲۶۲۰ مرد) بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. تعداد ۴۰۰ نفر (شامل ۲۲۹ زن و ۱۷۱ مرد) بر اساس منطبق پژوهش‌های روان‌سنجی و حجم مطلوب (هومن، ۱۳۹۱) از جامعه فوق به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به دلیل شیوع پاندمی کرونا به روش الکترونیکی پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. نحوه گردآوری داده‌ها به این صورت بود که از طریق سامانه آموزشی و نیز رسانه‌های اطلاع‌رسانی دانشگاه برای جلب مشارکت نمونه پژوهش فراخوان داده شد و بنابراین داوطلبان شرکت در پژوهش بر اساس نسبت جنسیت و مقطع وارد فرایند پژوهش شدند. چنانچه پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط هر یک از شرکت‌کنندگان مخدوش یا ناقص بود از فرایند پژوهش کنار گذاشته می‌شد.

## • ابزارها

**الف) مقیاس صفات پنج‌گانه تاریک شخصیت (dark pentad personality traits scale- DPPPS):** این مقیاس توسط یوسفی و همکاران (۱۴۰۰) با استفاده از ترکیب مقیاس دوجین کثیف (یوسفی و پیری، ۱۳۹۵)، مقیاس کوتاه تکانش دیگرآزاری (یوسفی و ایمان‌زاد، ۱۳۹۷) و مقیاس کینه‌توزی (میرزا زاده، ۱۳۹۸) بر اساس اعتباریابی متقاطع نسخه فارسی مقیاس صفات پنج‌گانه تاریک شخصیت تهیه شده است. مقیاس دارای ۲۰ ماده است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا میزان تناسب ماده‌ها با وضعیت خودشان را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷) درجه‌بندی نماید. نمرات بالا نشان‌گر بالا بودن هر یک از صفات در فرد است. در پژوهش یوسفی و همکاران (۱۴۰۰) ضرایب همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خودشیفتگی ۰/۸۳، ماکیاولیسم ۰/۷۹، جامعه‌ستیزی ۰/۷۴، دیگرآزاری ۰/۸۶، کینه‌توزی ۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۷ به دست آمد. ضریب باز آزمایی به فاصله دو هفته روی ۵۰ نفر محاسبه شد و برای کل پرسشنامه ۰/۷۵ و برای خودشیفتگی ۰/۷۹، ماکیاولیسم ۰/۷۶، جامعه‌ستیزی ۰/۷۰، دیگرآزاری ۰/۷۴ و کینه‌توزی ۰/۷۶ به دست آمده است.

**ب) مقیاس خودخواهی (egoism scale-ES):** این مقیاس توسط ویگل و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شده است. مقیاس دارای ۲۰ ماده هست و پاسخ آزمودنی‌ها در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای سنجیده می‌شود. ویگل و همکاران (۱۹۹۹) این مقیاس را در جریان دو مطالعه روی یک نمونه ۸۸۷ و ۲۵۸ نفری از بزرگسالان اجرا کردند و ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۰ و ضریب باز آزمایی آن را به فاصله ۹ ماه ۰/۷۳ گزارش کردند. دی‌وریس و ون‌کامپن (۲۰۱۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس خودخواهی ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین روایی سازه آن از طریق تحلیل عاملی تأییدی که نشان‌گر یک سازه تک‌عاملی بود مورد تأیید قرار گرفت (ویگل و همکاران، ۱۹۹۹). نسخه فارسی این مقیاس برای سنجش مؤلفه خودخواهی در مجموعه الگوی صفات ۹ گانه شخصیت توسط نویسندگان ترجمه و نسخه فارسی آن آماده شد؛ سپس بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده روی مقیاس، ۴ ماده آن که به ترتیب دارای بالاترین بار عاملی بود جهت استفاده در نسخه نهایی مقیاس صفات ۹ گانه تاریک شخصیت انتخاب و مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودخواهی ۰/۷۴ محاسبه شد.

**ج) سیاهه نفع شخصی - نفع دیگران (self- and other- interest inventory- SOII):** این سیاهه دو مؤلفه‌ای توسط گرباسی و پرنیتس (۲۰۱۳) ساخته شده است. سیاهه دارای ۱۸ ماده هست که پاسخ آزمودنی‌ها در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (قویاً مخالفم = ۱ ... قویاً موافقم = ۷) درجه‌بندی می‌شود. تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی توسط سازندگان اصلی سیاهه نشانگر ساختار دو عاملی آن بود. در مطالعه گرباسی و پرنیتس (۲۰۱۳) ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه نفع شخصی ۰/۸۹ و برای مؤلفه نفع دیگران ۰/۹۱ به دست آمده بود. در پژوهش حاضر مؤلفه نفع شخصی برای سنجش صفت نفع شخصی در مجموعه صفات ۹ گانه تاریک شخصیت توسط نویسندگان ترجمه و نسخه فارسی آن آماده شد. بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده روی سیاهه، ۴ ماده آن که به ترتیب دارای بالاترین بار عاملی بود جهت استفاده در نسخه نهایی مقیاس صفات ۹ گانه تاریک شخصیت انتخاب و مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی زیرمقیاس نفع شخصی به روش محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ و به روش دونیمه کردن برابر با ۰/۷۷ به دست آمد.

**۴- مقیاس گرایش به بی‌قیدی اخلاقی (propensity to morally disengage scale- PMDS):** این مقیاس توسط بندورا و همکاران (۱۹۹۶) ساخته شده است و دارای ۳۲ ماده هست که پاسخ آزمودنی‌ها را در یک مقیاس پنج درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌دهد. نمرات بالا، گرایش به بی‌قیدی اخلاقی را نشان می‌دهد. در پژوهش سازندگان اصلی مقیاس ضریب همسانی درونی ماده به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ بود. در پژوهش بشرپور و میری (۱۳۹۷) ضرایب همسانی درونی مقیاس ۰/۹۱ به دست آمده است. بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده روی این مقیاس، ۴ ماده آن که به ترتیب دارای بالاترین بار عاملی بود جهت استفاده در نسخه نهایی مقیاس صفات ۹ گانه تاریک شخصیت انتخاب و مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و به روش دونیمه کردن ۰/۸۴ محاسبه شد.

**۵- مقیاس استحقاق روان‌شناختی (psychological entitlement scale- PES):** این مقیاس که توسط کمپیل و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده دارای ۹ ماده است که پاسخ آزمودنی‌ها را در یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای (مخالفت شدید = ۱ ... موافقت شدید = ۷) درجه‌بندی می‌کند. مطالعات سازندگان اصلی نشانگر تأیید ساختار تک‌عاملی مقیاس به وسیله تحلیل عاملی تأییدی بود. همچنین در دو مطالعه متوالی ضریب همسانی درونی آن به روش محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر این مقیاس برای سنجش صفت استحقاق روان‌شناختی در مجموعه صفات ۹ گانه تاریک شخصیت توسط نویسندگان ترجمه و نسخه فارسی آن آماده شد؛ سپس بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده روی مقیاس، ۴ ماده آن که به ترتیب دارای بالاترین بار عاملی بود؛ جهت استفاده در نسخه نهایی مقیاس صفات ۹ گانه تاریک شخصیت انتخاب و مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس استحقاق روان‌شناختی به روش محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و به روش دونیمه کردن ۰/۷۴ به دست آمد. تدوین و آماده‌سازی نسخه نهایی مقیاس صفات ۹ گانه تاریک شخصیت به این صورت بود که مؤلفان از ابزار واحد و یکپارچه‌ای که از پیش برای این منظور ساخته و استاندارد شده باشد، استفاده نکرده‌اند، بلکه برای تدوین این پرسشنامه با استفاده از مبانی نظری و تجربی الگوی صفات تاریک از پنج ابزار موجود و استاندارد شده در پژوهش‌های داخلی استفاده شده است و نسخه فارسی پرسشنامه صفات ۹ گانه تاریک شخصیت با استفاده از روش اعتباریابی متقاطع در پژوهش حاضر معرفی و ارائه شده است. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش از طریق متعهد شدن پژوهشگر به محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان و نیز کسب رضایت آگاهانه آنها برای شرکت در پژوهش رعایت شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آماری همبستگی، تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی و به وسیله نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و LISREL نسخه ۸ مورد تحلیل قرار گرفت.

#### • یافته‌ها

تعداد دختران ۲۲۹ نفر و میانگین و انحراف معیار سن آنها  $23/43 \pm 4/93$  و تعداد پسران ۱۷۱ نفر و میانگین و انحراف معیار سن آنها  $24/74 \pm 4/01$  بود. از تعداد کل نمونه پژوهش ۳۲۴ نفر از شرکت‌کنندگان متأهل و ۷۶ نفر مجرد بودند. همچنین ۳۱۶ نفر در مقطع کارشناسی، ۷۲ نفر کارشناسی ارشد و ۱۲ نفر در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها در صفات ۹ گانه تاریک شخصیت در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های نمونه در صفات ۹ گانه تاریک شخصیت

صفات	میانگین و انحراف معیار زنان	میانگین و انحراف معیار مردان
ماکیاولیسم	۸/۱۸ (۴/۳۷)	۹/۵۷ (۴/۹۴)
جامعه‌ستیزی	۱۲/۹۴ (۴/۴۹)	۱۳/۱۳ (۴/۶۷)
خودشیفتگی	۲۱/۶۵ (۴/۶۷)	۲۱/۳۰ (۴/۹۸)
دیگرازاری	۵/۶۶ (۲/۸۸)	۶/۴۲ (۳/۹۰)
کینه‌توزی	۷/۲۴ (۴/۲۲)	۹/۰۶ (۴/۵۵)
خودخواهی	۱۳/۴۴ (۴/۸۴)	۱۵/۲۱ (۴/۴۹)
نفع شخصی	۲۴/۳۲ (۳/۵۳)	۲۳/۷۲ (۴/۴۱)
بی‌قیدی اخلاقی	۱۲/۷۵ (۵/۵۱)	۱۶/۳۲ (۵/۴۲)
استحقاق روان‌شناختی	۱۸/۴۳ (۵/۲۱)	۱۸/۵۳ (۵/۶۱)
کل	۱۲۴/۴۸ (۲۳/۷۹)	۱۳۳/۲۹ (۲۶/۳۷)

روایی محتوایی این مقیاس توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی رشته روان‌شناسی با درجه دانشیاری به بالا که در زمینه آسیب‌شناسی شخصیت تخصص و دارای تألیف و ترجمه بودند، مورد بررسی قرار گرفت. نسبت روایی محتوایی بر اساس فرمول پیشنهادی لاوشه ۰/۶۹ محاسبه شد که در مقایسه با حداقل مقدار پیشنهاد شده برای ۱۰ متخصص که برابر با ۰/۶۲ است، بالاتر می‌باشد.

در گام اول، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه عامل‌یابی محورهای اصلی استفاده شد. با اجرای یک تحلیل عاملی اولیه، مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفت. مقدار شاخص کفایت نمونه‌گیری برابر با ۰/۸۲ بود که این مقدار نشان داد که نمونه حاضر از کفایت و بسندگی مطلوبی برای تحلیل برخوردار است. همچنین، آزمون کرویت بارتلت نیز از لحاظ آماری معنادار (۳۹۳۰/۲۶،  $p=۰/۰۰۱$ ) که این مقدار از قابلیت اجرای تحلیل عاملی روی داده‌ها پشتیبانی کرد. در جریان تحلیل عاملی پرسشنامه از روش چرخش آبلیمین استفاده شد و ماده‌های زیر عنوان یک عامل حفظ شدند که وزن عاملی آنها از ۰/۴ بالاتر بود. در مجموع ۹ مؤلفه ارزش ویژه بالاتر از یک داشت که در مجموع ۵۷/۱۶ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کرد. مؤلفه‌های استخراج شده و همچنین ماده‌های مربوط به هر مؤلفه در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

ضرایب همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ۹ گانه استخراج شده در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۱ قرار داشت و برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین ضریب دو نیمه‌سازی گاتمن برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای مؤلفه‌های ۹ گانه در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ محاسبه شد (جدول ۱).

به منظور بررسی برازش مدل ۹ گانه استخراج شده، روی داده‌های گروه دوم تحلیل عاملی تأییدی انجام شد که نتایج آن در ادامه گزارش می‌شود. پیش‌فرض‌های عمده تحلیل عاملی تأییدی مانند حجم منطقی گروه نمونه که تعداد ۲۰۰ نفر را مناسب می‌داند (هومن، ۱۳۹۱)، نرمال بودن توزیع داده‌ها (مقادیر کجی و کشیدگی بین +۱ تا -۱ قرار داشت) و خطی بودن رابطه متغیرها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

ضرایب استاندارد شده و مقادیر  $t$  آنها در مدل ۹ گانه صفات تاریک شخصیت در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همان‌طور که گزارش شده است همه ضرایب مطلوب هستند و مقادیر  $t$  مربوط به آنها بالا است و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند. نتایج مربوط به نیکویی برازش الگوی صفات نه‌گانه تاریک شخصیت در جدول شماره ۴ گزارش شده است. شاخص مجذور کای معنادار بود، با توجه به اینکه این شاخص در مواردی که حجم نمونه بالاست معنادار می‌شود، لذا قابل اغماض است و به جای آن، به تفسیر شاخص دیگری به نام نسبت مجذور کای بر درجه آزادی پرداخته شد. حاصل تقسیم شاخص مجذور کای بر درجه آزادی برابر با ۲/۸۸ است که پایین‌تر از مقدار بحرانی ۳ است (محسنین و اسفیدانی، ۱۳۹۱؛ کلاین، ۲۰۱۱). تمامی شاخص‌های برازش مدل بالای ۰/۹ است و در نتیجه نشان‌گر برازش مطلوب مدل هستند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی ماده‌ها، بارهای عاملی مؤلفه‌ها و ضرایب همسانی درونی آنها

ماده‌ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	همبستگی ماده با نمره کل	بار عاملی	ضریب ضرایب گاتمن	آلفای کرونباخ	آلفا در صورت حذف ماده
ماده ۱۷	۱/۸۹	۱/۵۸	۰/۷۵	۰/۹۸	۰/۴۸	۰/۶۸			۰/۶۲
ماده ۱۸	۱/۵۵	۱/۱۷	۰/۳۸	۰/۳۵	۰/۴۸	۰/۶۷			۰/۶۴
ماده ۱۹	۱/۸۳	۱/۴۳	۰/۷۸	۰/۲۲	۰/۵۳	۰/۴۵	۰/۶۹	۰/۷۲	۰/۶۵
ماده ۲۰	۲/۴۱	۱/۷۲	۰/۹۹	-۰/۲۷	۰/۴۲	۰/۴۴			۰/۷۱
ماده ۲۵	۶/۵۳	۰/۹۴	-۰/۸۲	۰/۹۶	۰/۵۹	۰/۸۱			۰/۶۵
ماده ۲۶	۵/۹۴	۱/۳۱	-۰/۵۷	۰/۶۲	۰/۶۰	۰/۶۳	۰/۷۷	۰/۷۴	۰/۶۶
ماده ۲۷	۵/۷۱	۱/۵۰	-۰/۳۸	۰/۴۷	۰/۶۴	۰/۴۶			۰/۷۲
ماده ۲۸	۵/۹۹	۱/۱۹	-۰/۶۹	۰/۳۷	۰/۵۴	۰/۶۴			۰/۷۱
ماده ۱۳	۱/۷۹	۱/۳۶	۰/۷۰	۰/۹۶	۰/۴۸	۰/۷۱			۰/۷۲
ماده ۱۴	۱/۴۰	۰/۹۲	۰/۸۸	۰/۷۸	۰/۴۹	۰/۷۵			۰/۶۶
ماده ۱۵	۱/۳۷	۰/۸۹	۰/۹۶	۰/۹۲	۰/۴۸	۰/۷۸	۰/۷۵	۰/۷۸	۰/۶۷
ماده ۱۶	۱/۲۸	۰/۸۳	۰/۹۹	۰/۴۱	۰/۴۹	۰/۷۶			۰/۷۲
ماده ۹	۵/۲۸	۱/۵۱	-۰/۰۴۶	۰/۵۵	۰/۴۱	۰/۶۶			۰/۷۴
ماده ۱۰	۵/۲۲	۱/۵۴	-۰/۸۱	۰/۷۷	۰/۴۱	۰/۷۲	۰/۷۹	۰/۷۹	۰/۷۵
ماده ۱۱	۶/۰۴	۱/۳۸	-۰/۹۸	۰/۳۴	۰/۳۳	۰/۴۵			۰/۷۸
ماده ۱۲	۵/۰۳	۱/۶۰	۰/۶۴	۰/۶۴	۰/۴۸	۰/۷۹			۰/۶۸
ماده ۳۳	۳/۹۹	۱/۸۰	۰/۰۴	-۰/۸۹	۰/۴۲	۰/۶۵			۰/۷۵
ماده ۳۶	۴/۱۳	۱/۶۶	-۰/۰۸	-۰/۸۷	۰/۳۶	۰/۷۵	۰/۷۴	۰/۸۱	۰/۷۴
ماده ۳۵	۵/۴۰	۱/۳۹	-۰/۸۳	۰/۳۵	۰/۳۷	۰/۶۱			۰/۷۸
ماده ۳۶	۴/۹۳	۱/۷۴	-۰/۶۵	-۰/۴۱	۰/۵۲	۰/۶۳			۰/۷۶
ماده ۲۱	۲/۰۶	۱/۴۷	۰/۵۸	۰/۵۴	۰/۳۷	۰/۵۱			۰/۶۳
ماده ۲۲	۴/۶۳	۱/۸۸	-۰/۳۶	-۰/۰۲	۰/۳۴	۰/۴۳	۰/۶۹	۰/۷۲	۰/۶۹
ماده ۲۳	۳/۶۴	۱/۸۶	۰/۰۹	-۰/۰۷	۰/۵۱	۰/۵۵			۰/۶۳
ماده ۲۴	۳/۵۵	۱/۷۵	۰/۱۴	-۰/۸۶	۰/۵۱	۰/۴۸			۰/۶۴
ماده ۲۹	۳/۷۹	۲/۳۴	-۰/۱۲	-۰/۵۹	۰/۳۸	۰/۵۶			۰/۶۶
ماده ۳۰	۲/۶۲	۲/۰۱	۰/۵۱	-۰/۵۷	۰/۴۳	۰/۶۳	۰/۷۲	۰/۷۶	۰/۶۷
ماده ۳۱	۲/۷۳	۲/۰۳	۰/۳۷	-۰/۷۷	۰/۳۴	۰/۵۵			۰/۷۱
ماده ۳۲	۴/۵۱	۱/۶۵	-۰/۸۵	۰/۳۵	۰/۳۷	۰/۴۱			۰/۷۲
ماده ۵	۴/۷۳	۲/۰۴	-۰/۵۹	-۰/۸۸	۰/۲۹	۰/۶۷			۰/۶۴
ماده ۶	۱/۷۷	۱/۴۰	۰/۳۲	۰/۹۳	۰/۳۶	۰/۴۶	۰/۶۴	۰/۶۸	۰/۶۱
ماده ۷	۳/۳۸	۲/۰۱	۰/۱۶	-۰/۵۷	۰/۴۷	۰/۵۷			۰/۵۹
ماده ۸	۳/۱۲	۱/۸۶	۰/۳۳	-۰/۸۲	۰/۲۸	۰/۴۵			۰/۶۳
ماده ۱	۲/۱۰	۱/۶۲	۰/۴۳	۰/۸۶	۰/۵۱	۰/۶۸			۰/۶۳
ماده ۲	۱/۶۴	۱/۲۰	۰/۹۹	-۰/۸۹	۰/۴۹	۰/۶۳	۰/۶۸	۰/۷۱	۰/۶۳
ماده ۳	۲/۹۸	۱/۸۶	۰/۴۰	۰/۷۸	۰/۵۴	۰/۴۷			۰/۷۰
ماده ۴	۱/۸۱	۱/۴۲	۰/۸۴	-۰/۷۳	۰/۵۱	۰/۵۷			۰/۶۲

کینه‌توزی

نفع شخصی

دیگرآزاری

خودشیفتگی

استحقاق

روان‌شناختی

خودخواهی

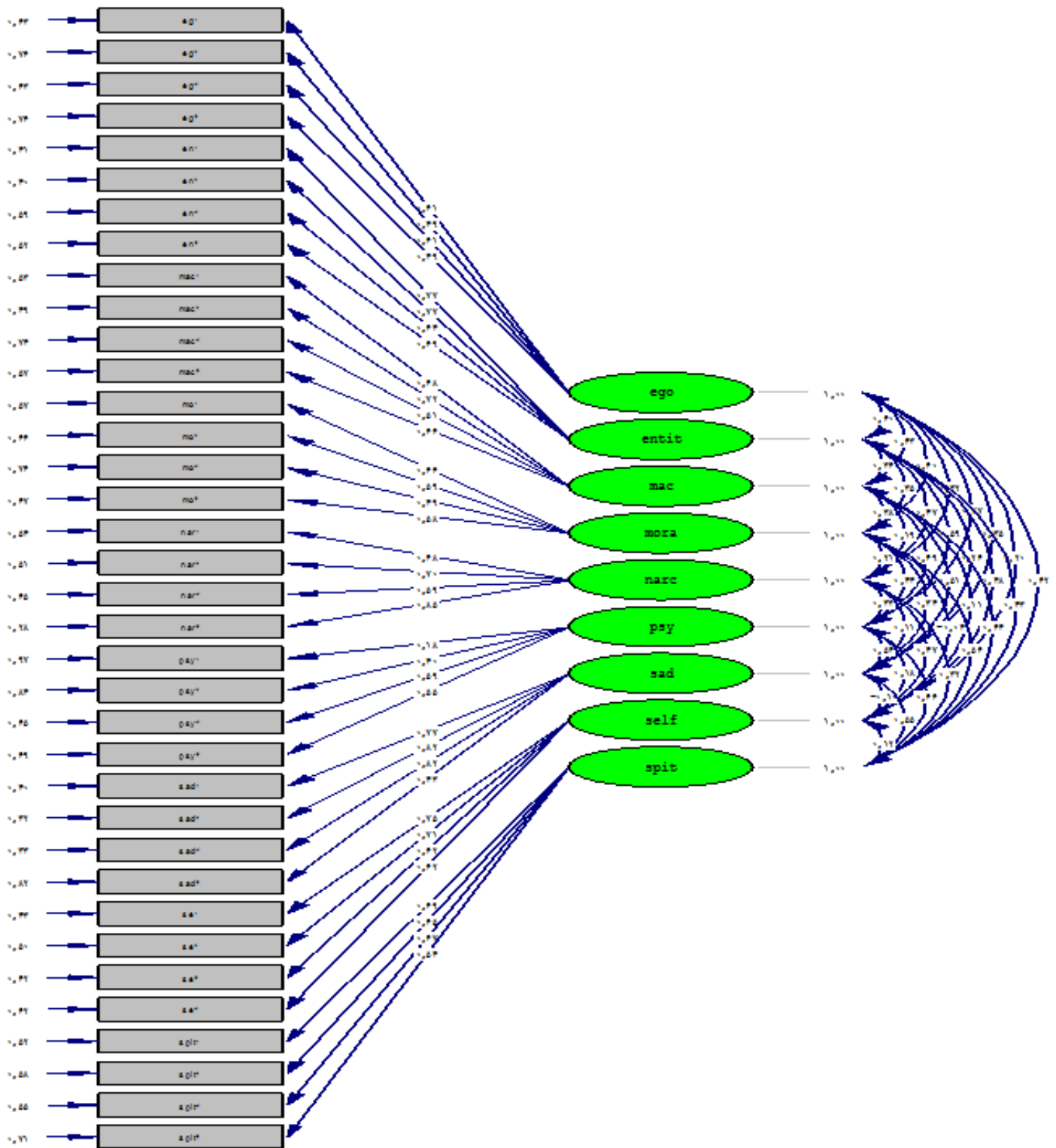
بی‌قیدی

اخلاقی

جامعه‌ستیزی

ماکیاولیسم





شکل ۱. ضرایب استاندارد مدل ۹ گانه صفات تاریک شخصیت

جدول ۳. ضرایب استاندارد شده و مقادیر t در مدل اندازه‌گیری صفات ۹ گانه تاریک شخصیت

شماره ماده	صفت	ماده‌ها	ضرایب استاندارد	مقدار t
۲۱		بزرگ‌ترین تفاوت بین خلاف‌کارها و مردم عادی این است که خلاف‌کارها آنقدر احمق هستند که توسط پلیس دستگیر می‌شوند.	۰/۶۱	۹/۱۸
۲۲	خودخواهی	هرگز به دیگران علت انجام دادن کاری را نگو، مگر آنکه گفتن آن به نفعت باشد.	۰/۴۹	۷/۹۹
۲۳		دور زدن قانون در صورتی که هیچ قانونی شکسته نشود، مشکلی ندارد.	۰/۶۲	۹/۲۸
۲۴		قوانین عموماً به نفع گروه‌های خاص و خودخواهانه وضع می‌شوند، پس می‌توان به آنها احترام نگذاشت.	۰/۴۸	۸/۲۷
۳۳		من از هر چیزی، مستحق سهم بیشتر هستم.	۰/۷۷	۱۴/۷۴
۳۴	استحقاق	رویدادها باید طبق میل من پیش بروند.	۰/۷۸	۱۴/۸۶
۳۵	روان‌شناختی	بهترین‌ها را می‌خواهم چون لایق آن هستم.	۰/۶۴	۱۱/۵۷
۳۶		برای من باید اتفاقات خوب بیفتد.	۰/۶۹	۱۲/۸۲
۱		تمایل دارم برای رسیدن به خواسته‌هایم از دیگران استفاده ابزاری کنم.	۰/۶۸	۱۲/۰۹
۲		تمایل دارم برای رسیدن به خواسته‌هایم دیگران را فریب داده و به آنها دروغ بگویم.	۰/۷۲	۱۲/۸۱
۳	ماکیاولیسم	تمایل دارم برای رسیدن به خواسته‌هایم از دیگران تعریف و تمجید کنم.	۰/۵۱	۸/۵۵
۴		تمایل دارم برای رسیدن به خواسته‌هایم دیگران را به هر وسیله‌ای به کار بگیرم.	۰/۶۶	۱۱/۵۱
۲۹		با بعضی‌ها باید خشن برخورد کرد، چون احساساتی ندارند که خدشه‌دار شود.	۰/۶۶	۱۰/۵۸
۳۰	بی‌قیدی	فحش دادن به دیگری مشکلی ندارد، چون کتک زدنش بدتر است.	۰/۵۹	۹/۴۸
۳۱	اخلاقی	کلمات توهین‌آمیز رد و بدل شده بین افراد به کسی آسیب نمی‌رساند.	۰/۴۹	۷/۶۴
۳۲		بدرفتاری با افرادی که خودشان مقصر هستند، مشکلی ندارد.	۰/۵۸	۹/۱۹
۹		تمایل دارم دیگران تحسین کنند.	۰/۶۸	۱۲/۴۲
۱۰		تمایل دارم دیگران به من توجه کنند.	۰/۷۰	۱۲/۸۴
۱۱	خودشیفتگی	تمایل دارم به مقام و منزلت خاصی برسم.	۰/۵۹	۱۰/۴۶
۱۲		تمایل دارم دیگران به من لطف و محبت خاصی داشته باشند.	۰/۸۵	۱۶/۴۷
۵		تمایل دارم احساس پشیمانی نکنم و افسوس نخورم.	۰/۳۸	۵/۷۲
۶	جامعه‌ستیز	تمایل دارم به جنبه‌های اخلاقی اعمال و رفتارم توجه نکنم.	۰/۴۰	۶/۲۹
۷	ی	تمایل دارم تاندازه‌های سنگدل و بی‌تفاوت باشم.	۰/۵۹	۹/۷۶
۸		تمایل دارم نسبت به انسان‌ها بدبین باشم.	۰/۵۵	۸/۷۷
۱۳		اذیت کردن دیگران، می‌تواند هیجان برانگیز باشد.	۰/۷۷	۱۵/۰۷
۱۴		دیگران را اذیت می‌کنم، چون توانایی این کار را دارم.	۰/۸۷	۱۶/۷۹
۱۵	دیگرآزاری	به خاطر خوشی و لذت خودم، دیگران را اذیت می‌کنم.	۰/۸۲	۱۶/۲۶
۱۶		از تماشای آزار و اذیت دیگران، لذت می‌برم.	۰/۴۴	۷/۳۰
۲۵		موفقیت برای من مهم است.	۰/۷۵	۱۴/۶۹
۲۶		من به دنبال فرصت‌هایی برای دستیابی به موقعیت اجتماعی بالاتر هستم.	۰/۷۱	۱۴/۵۶
۲۷	نفع شخصی	من به‌طور مداوم به دنبال راه‌هایی برای پیشرفت هستم.	۰/۶۳	۱۰/۷۰
۲۸		یکی از اهداف من در زندگی، داشتن پول زیاد است.	۰/۶۲	۱۰/۶۹
۱۷		حاضرم یک مشت بخورم، اگر در عوض کسی را که دوستش ندارم، دو تا مشت بخورد.	۰/۶۹	۱۲/۴۴
۱۸		حاضرم برای کالاها یا خدمات پول بیشتری بپردازم، به شرطی که افرادی که دوستشان ندارم، مجبور شوند بیشتر از من پول بپردازند.	۰/۶۵	۱۱/۴۹
۱۹	کینه‌توزی	از دیدن شکست افرادی که دوستشان ندارم لذت می‌برم، حتی اگر شکست آنها به من آسیب بزند.	۰/۶۷	۱۱/۸۶
۲۰		اگر در فروشگاه در حال پرداخت صورتحساب باشم و احساس کنم شخص پشت سرم مرا هل می‌دهد، آن‌وقت آهسته عمل کرده و وقت زیادی را تلف می‌کنم.	۰/۵۴	۹/۱۵

جدول ۴. شاخص‌های برازش الگوی صفات نه‌گانه تاریک شخصیت

شاخص	df	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup> /df	RMSEA	CFI	NFI	NNFI	IFI	RFI
مقدار	۶۸۹	۱۹۸۸	۲/۸۸	۰/۰۵	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۱

## ● بحث

یکی از چالش‌های اساسی در زمینه صفات تاریک شخصیت، تهیه و معرفی ابزارهای کارآمد و کوتاه برای سنجش مؤلفه‌های صفات تاریک شخصیت بوده است. در همین راستا هدف پژوهش حاضر علاوه بر اعتباریابی مدل ۹ گانه صفات تاریک شخصیت، معرفی ابزاری مؤثر برای ارزیابی صفات ۹ گانه تاریک در نمونه بومی بود. یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از استخراج نه مؤلفه بود که در مجموع در حدود ۶۰ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. همچنین بررسی بارهای عاملی ماده‌ها نشان داد که همه ۳۶ ماده روی عامل‌های اختصاصی خودشان (کینه‌توزی شامل ماده‌های ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰؛ نفع شخصی شامل ماده‌های ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸؛ دیگرآزاری شامل ماده‌های ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶؛ خودشیفتگی شامل ماده‌های ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ استحقاق روان‌شناختی شامل ماده‌های ۳۳، ۳۴ و ۳۵ و ۳۶؛ خودخواهی دربرگیرنده شامل ماده‌های ۲۱، ۲۲، ۲۳ و ۲۴؛ بی‌قیدی اخلاقی شامل ماده‌های ۲۹، ۳۰، ۳۱ و ۳۲؛ جامعه‌ستیزی شامل ماده‌های ۵، ۶، ۷ و ۸؛ و در نهایت ماکیاولیسم دربرگیرنده ماده‌ها ۱، ۲، ۳ و ۴ بود) بارگذاری شدند. بارهای عاملی مؤلفه‌های نه‌گانه در دامنه ۰/۴۱ تا ۰/۸۳ قرار داشتند. یافته پژوهش حاضر با نتایج مطالعه ابراهیمی قوام (۱۳۹۹) همسو است و یافته‌های آن مبنی بر ساختار ۹ عاملی الگوی صفات تاریک شخصیت را مورد تأیید قرار می‌دهد. البته همان‌طور که در مقدمه نیز بحث شد، مطالعه ابراهیمی قوام (۱۳۹۹) به اقتباس از مطالعه موشاگن و همکاران (۲۰۱۸) برای سنجش صفات ۹ گانه تاریک شخصیت از ابزارهای مختلفی استفاده کرده‌اند که هم به لحاظ تعداد ماده همسان نیستند و همچنین مقیاس پاسخگویی آنها همگن نیست. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد صفات تاریک شخصیت از نه صفت ماکیاولیسم، جامعه‌ستیزی، خودشیفتگی، دیگرآزاری، کینه‌توزی، خودخواهی، نفع شخصی، بی‌قیدی اخلاقی و استحقاق روان‌شناختی تشکیل شده است و هر یک از این صفات ۹ گانه به‌گونه‌ای دقیق و عاری از خطا توسط ماده‌ها اندازه‌گیری شده‌اند. بررسی ضرایب استاندارد نشان داد که بارهای عاملی در دامنه ۰/۳۸ تا ۰/۸۷ قرار دارند و از وضعیت مطلوبی برخوردار می‌باشند. آزمون برازش مدل اندازه‌گیری صفات ۹ گانه تاریک شخصیت از طریق محاسبه شاخص‌های برازش انجام گرفت. شاخص‌های برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، شاخص برازش فزاینده (IFI)، شاخص نیکویی نسبی (RFI) بالای ۰/۹ بود که حکایت از برازش مطلوب مدل دارند. یافته‌های حاصل از اجرای تحلیل عاملی تأییدی با یافته‌های موشاگن و همکاران (۲۰۱۸) و ابراهیمی قوام (۱۳۹۹) همسویی داشت، است و تأییدی بر برازش مطلوب مدل ۹ گانه صفات تاریک شخصیت در داده‌های حاصل از نمونه بود.

در این پژوهش از دو روش به بررسی ضریب همسانی بین ماده‌های مقیاس صفات ۹ گانه تاریک شخصیت پرداخته شد. نتایج نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای مؤلفه‌های ۹ گانه در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۱ قرار داشت. ضریب دونیمه‌سازی گاتمن برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای مؤلفه‌های ۹ گانه در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ به‌دست آمد. به‌طور معمول مقادیر بالای ۰/۷ در شاخص آلفای کرونباخ مقادیر قابل قبول و مطلوبی هستند (هومن، ۱۳۹۱). موشاگن و همکاران (۲۰۱۸) ضرایب همسانی درونی به شیوه محاسبه آلفای کرونباخ را در مطالعه اول در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۶، در مطالعه دوم در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۸ و در مطالعه سوم در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ به‌دست آورده بودند. همچنین در مطالعه ابراهیمی قوام (۱۳۹۹) ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای صفات در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ قرار داشت؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های موشاگن و همکاران (۲۰۱۸) و ابراهیمی قوام (۱۳۹۹) همسو است. این یافته‌های همسو نشان می‌دهد که صفات ۹ گانه تاریک شخصیت اگرچه به لحاظ نظری ممکن است تفاوت‌ها و تمایزهای اندکی با یکدیگر داشته باشند، ولی به لحاظ روان‌سنجی و از چشم‌انداز همسانی درونی ماده‌ها دارای همسانی درونی بوده و در قالب یک مدل جامع قابل طرح است. دو محدودیت عمده در پژوهش حاضر ناشی از اجرای الکترونیکی پرسشنامه‌ها و همچنین عدم امکان استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی به دلیل محدودیت‌های ناشی از شیوع پاندمی کرونا بود.

## ● نتیجه‌گیری

به طور کلی، آزمون‌های کوتاه به دلیل مقرون‌به‌صرفه بودن و رغبت‌انگیزی با اقبال بیشتری از طرف متخصصان و پژوهشگران مواجه هستند؛ علاوه بر این، معرفی و مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یک الگو می‌تواند به رشد و گسترش پژوهش‌های داخلی همسو با مطالعات به‌روز جهانی کمک نماید. پژوهش حاضر همسو با این دیدگاه نشان داد که علاوه بر این الگوی صفات ۹ گانه تاریک

شخصیت از اعتبار مطلوبی در نمونه بومی برخوردار است. همچنین ابزاری سودمند و معتبر را برای سنجش صفات ۹ گانه تاریک شخصیت که از تعداد ماده‌های برابر برای هر یک از صفات با مقیاس پاسخگویی یکسان بهره می‌گیرد، معرفی می‌نماید تا در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی مورد استفاده متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد.

## • تعارض منافع

نویسندگان اذعان می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود نداشته است.

## • تشکر و قدردانی

نویسندگان وظیفه خود می‌دانند تا از دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان که در پژوهش حاضر شرکت و همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز نمایند.

## • منابع

- آریزی، محسن، فولادچنگ، محبوبه. (۱۴۰۱). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه مدل شش عاملی اهداف پیشرفت دانش‌آموزان دوره اول و دوم متوسطه. *مجله روانشناسی*، ۱۰۴(۴): ۳۱۰-۳۲۵.
- ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۹۹). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ویژگی‌های ۹ گانه تاریک شخصیت موشاگن، هیلینگ و زتلر، ۲۰۱۸. فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۱(۴۱): ۱۵۸-۱۶۱.
- بشرپور سجاده، میری، میر نادر. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای بی‌اشتیافی اخلاقی در رابطه بین صفات تاریک شخصیت و استعداد خیانت زناشویی. *مجله روانشناسی*، ۸۷(۳): ۲۷۱-۲۸۶.
- عطادخت، اکبر، زردی گیکلو، بهمن، لاله، حدیثه. (۱۳۹۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس جدید صفات چهارگانه تاریک شخصیت. *مجله روانشناسی*، ۹۱(۳): ۳۰۳-۳۱۹.
- محسنین، شهریار، اسفیدانی، محمدرحیم. (۱۳۹۲). مدل‌سازی معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزار لیزرل. تهران: مهربان نشر.
- میرزا زاده، افسانه. (۱۳۹۸). اعتباریابی الگوی صفات پنج‌گانه تاریک شخصیت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۹۱). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل، تهران: انتشارات سمت.
- یوسفی، رحیم، پیری، فائزه. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه دوجین کثیف. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*، ۲۲(۱): ۶۷-۷۶.
- یوسفی، رحیم، ایمان‌زاد، آسان. (۱۳۹۷). اعتباریابی الگوی صفات چهارگانه تاریک شخصیت. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*، ۲۴(۲): ۱۹۰-۲۰۱.
- یوسفی، رحیم، احمدی، عزت‌الله، میرزا زاده، افسانه. (۱۴۰۰). اعتباریابی الگوی صفات پنج‌گانه تاریک شخصیت. *مجله پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۶(۶۱): ۹۵-۱۱۰.
- American Psychiatric Association. (2022). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5-Text Revised (TR)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Bandura, A. (2002). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of moral education*, 31(2), 101-119.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1996). Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of personality and social psychology*, 71(2), 364-374.
- Bereczkei, T. (2018). *MACHIAVELLIANISM: The Psychology of Manipulation*. New York: Routledge.
- Buckels, E. E., Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2013). Behavioral confirmation of everyday sadism. *Psychological Science*, 24, 2201-2209.
- Campbell, W. K., Bonacci, A. M., Shelton, J., Exline, J. J., & Bushman, B. J. (2004). Psychological entitlement: Interpersonal consequences and validation of a self-report measure. *Journal of Personality Assessment*, 83, 29-45.
- Chabrol, H., Van Leeuwen, N., Rodgers, R., & Séjourné, N. (2009). Contributions of psychopathic, narcissistic, Machiavellian, and sadistic personality traits to juvenile delinquency. *Personality and Individual Differences*, 47, 734-739.

- De Vries, R. E., & van Kampen, D. (2010). The HEXACO and 5DPT models of personality: A comparison and their relationships with psychopathy, egoism, pretentiousness, immorality, and Machiavellianism. *Journal of Personality Disorders*, 24(2), 244-257.
- Ferreiros, L., & Clemente, M. (2022). Dark personality and intimate partner relationships in young adults. *Acta psychologica*, 225, 103549.
- Furnham, A., Richards, S.C., & Paulhus, D.L. (2013). The dark triad of personality: A 10-year review. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(3), 199-216.
- Gerbasi, M. E., & Prentice, D. A. (2013). The self- and other-interest inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105, 495-514.
- Gini, G., Pozzoli, T., & Hymel, S. (2014). Moral disengagement among children and youth: A meta-analytic review of links to aggressive behavior. *Aggressive behavior*, 40(1), 56-68.
- Grubbs, J. B., Exline, J. J., & Campbell, W. K. (2013). I deserve better and God knows it! Psychological entitlement as a robust predictor of anger at God. *Psychology of religion and spirituality*, 5(3), 192-200.
- Kline, P. (2011). *An Easy Guide to Factor Analysis*. New York, USA: Routledge.
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the short Dark Triad (SD3): A brief measure of dark personality traits. *Assessment*, 21, 28-41.
- Marcus, D. K., Zeigler-Hill, V., Mercer, S. H., Norris, A. L. (2014). The psychology of spite and the measurement of spitefulness. *Psychological Assessment*, 26, 563-574.
- Méndez, I., Liccardi, G., & Ruiz-Esteban, C. (2020). Mechanisms of moral disengagement used to justify school violence in Sicilian primary school. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 10(3), 682-690.
- Moore, C., Detert, J. R., Treviño, L., Baker, V. L., & Mayer, D. M. (2012). Why Employees Do Bad Things: Moral Disengagement and Unethical Organizational Behavior. *Personnel Psychology*, 65, 1-48.
- Moshagen, M., Hilbig, B. E., & Zettler, I. (2018). The dark core of personality. *Psychological review*, 125(5), 656.
- O'Meara, A., Davies, J., Hammond, S. (2011). The psychometric properties and utility of the Short Sadistic Impulse Scale (SSIS). *Psychological Assessment*, 23(2), 523-31.
- Paulhus, D. L., Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563.
- Pinker, S. (2011). *The better angels of our nature: Why violence has declined*. New York, NY: Viking.
- Plouffe, R.A., Saklofske, D.H., & Smith, M.M. (2017). The Assessment of Sadistic Personality: Preliminary psychometric evidence for a new measure. *Personality and Individual Differences*, 104, 166-171.
- Weigel, R. H., Hessing, D. J., & Elffers, H. (1999). Egoism: Concept, measurement and implications for deviance. *Psychology, Crime & Law*, 5, 349-378.
- Weiβ, M., Iotzov, V., Zhou, Y., & Hein, G. (2022). The bright and dark sides of egoism. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1054065.
- VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.
- Zamora, J., Ungson, N. D., & Seidman, G. (2022). The end justifies the me: Self-interest moderates the relationship between Dark Triad traits and utilitarian moral decisions. *Personality and Individual Differences*, 184, 111134.
- Zeigler-Hill, V., Marcus, D.K. (2016). *The dark side of personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology*. Washington D.C: American Psychological Association.
- Žemojtel-Piotrowska, M., Baran, T., Clinton, A., Piotrowski, J., Baltatescu, S., & Van Hiel, A. (2013). Materialism, subjective well-being, and entitlement. *Journal of Social Research and Policy*, 4(2), 79-91.

## اثربخشی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در مادران کودکان اوتیسم

### The Combined Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Adherence to Treatment and Parental Stress in Mothers of Autistic Children

Ali Rezaie, MSc

Fatemeh Izadi, PhD<sup>✉</sup>

علی رضائی<sup>۱</sup>

فاطمه ایزدی<sup>۲</sup>

#### Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of combined compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on Adherence to treatment and Parenting Stress in mothers of autistic children in Khomeinishahr city in 2023. The research was semi-experimental in the form of pre-test-post-test with a control group. In this research, the purposeful sampling method was used, and from the statistical population, which consisted of all mothers with autistic children in Khomeinishahr, whose children were being educated at the Sarai Pakan center, 30 people were selected based on the inclusion criteria and randomly replaced in two experimental and control groups. The tools were Parental Stress Questionnaire (PSI) (Abidin, 2018) and Adherence to treatment Questionnaire (Madanlu, 2012). After the pre-test, the experimental group was trained in 10 sessions of 90 minutes. Then, both groups were re-evaluated; The results were analyzed with SPSS software and covariance method. The results showed that the implemented treatment had an effect on the Adherence to treatment and parental tension in the post-test stage and the changes in the experimental group were statistically significant compared to the control group. ( $P < 0.05$ ) Also, the treatment was effective on the components of adherence to the treatment, integration with life, commitment to treatment and resourcefulness in the implementation of the treatment, and also on the components of parental stress, except relations with spouse, competence, depression, social isolation and reinforcement have been significant.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-focused Therapy, Parenting Stress, Adherence to Treatment, Autism

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در مادران کودکان اوتیسم شهرستان خمین شهر در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدف‌مند استفاده شد و از بین جامعه آماری که کلیه مادران دارای فرزند اوتیسم شهرستان خمین شهر که فرزندشان در مرکز سرای پاکان تحت آموزش قرار داشتند بود، بر اساس معیارهای ورود، ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارها عبارت بودند از پرسشنامه‌های تنیدگی والدینی (آبیدین، ۱۳۸۸) و تبعیت از درمان (مدانلو، ۱۳۹۲). پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی آموزش دیدند. سپس، هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند؛ نتایج با نرم افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان اجرا شده بر تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در مرحله پس‌آزمون تأثیرگذار بوده و تغییرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از نظر آماری معنادار هستند ( $P > 0.05$ ). همچنین درمان بر مؤلفه‌های تبعیت از درمان غیر از تلفیق با زندگی، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان مؤثر بوده است. همچنین بر مؤلفه‌های تنیدگی والدینی غیر از روابط با همسر، صلاحیت، افسردگی، انزوای اجتماعی و تقویت‌گری معنادار بوده است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، تنیدگی والدینی، تبعیت درمانی، اوتیسم

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۹/۸ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۲/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، واحد خمین شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین شهر، اصفهان، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، واحد خمین شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین شهر، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

## ● مقدمه

در اغلب خانواده‌ها به دنیا آمدن یک کودک باعث احساس شادکامی در خانواده می‌شود اما به دنیا آمدن یک کودک دارای معلولیت احساس دوگانه شادی و غم را به همراه دارد و عملکرد خانواده را به چالش می‌کشد (پلنت و ساندوز، ۲۰۰۷).

اختلال‌های طیف اوتیسم (ASD) گروهی از اختلال‌ها هستند که ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، آن را در طبقه عصبی رشدی آورده است. این اختلال در دوران رشد و قبل از سه سالگی شروع می‌شود و عوامل مختلف ژنتیکی و محیطی در بروز این اختلال دخیل هستند. دو ملاک تشخیصی کلی برای این اختلال مطرح شده است: وجود نقایص مداوم ارتباط و تعاملات اجتماعی در موقعیت‌های گوناگون و الگوهای علائقی، رفتار و فعالیت‌های تکراری و محدود (نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۱۴۰۱)

شواهد نشان می‌دهد که مادران دارای فرزند با اختلال طیف اوتیسم به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی، هیجانی و روان‌شناختی که به‌طور عمده ماهیت تخریب‌کننده دارند، مواجه می‌شوند (مک کانی و دی گل، ۲۰۰۸). وجود چنین فرزندان باعث ایجاد افسردگی، اضطراب، ترس، پرخاشگری، خجالت، انکار و احساس گناه در کل خانواده می‌شود (هور، اوتن، ریس و آنجل، ۲۰۱۰). این مشکلات در خانواده بیشتر از همه مادر را آسیب‌پذیر می‌کند (مک کونسکی، چینچ، ۲۰۰۸). همچنین مادران دارای کودکان با اختلال عصبی رشدی به میزان بیشتری با مشکلات روانی و اجتماعی درگیر می‌شوند (آریاپوران و همکاران، ۱۴۰۲).

یکی از متغیرهای قابل بررسی در این مادران تنیدگی والدینی است. تنیدگی والدینی فرآیندهایی است که به‌خاطر تلاش برای سازگاری با الزامات نقش والدینی به یک سری واکنش‌های روانی و فیزیکی ناخوشایند منتهی می‌شود. این فرآیند اغلب به‌صورت احساس‌ها و تجارب منفی در مورد خود فرد و کودک تجربه می‌شود. این احساسات منفی به‌طور مستقیم از نقش والدگری ناشی می‌شود (آبیدین، ۱۹۹۰، ص ۲۱).

استرس در کودکان می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد اما یکی از مهمترین عوامل آن، تنیدگی در والدین است که بر کودکان اثر می‌گذارد. در واقع کودکان به شدت تحت تأثیر استرس و فضای روانی-هیجانی والدین خود قرار می‌گیرند. به‌صورتی که تنیدگی والدین در بروز، تداوم و مزمن شدن استرس در کودک نقش مؤثری دارد و می‌توان گفت استرس بین والد و کودک به‌صورت چرخه‌ای هم‌افزا عمل می‌کند (میراندا و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از متغیرهای قابل بررسی در این مادران، تبعیت درمانی است، بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، تبعیت را می‌توان میزان انجام رفتار فرد شامل مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و یا اجرای تغییر در شیوه زندگی مطابق با توصیه‌های ارائه شده توسط کارکنان مراقبت از سلامت بیان کرد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳). بحث تبعیت درمانی و همکاری والدین در اجرای درمان‌های مربوط به فرزندان با نیازهای خاص از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مادران گاهی به‌دلیل خستگی مزمن از مشکل فرزندشان رغبت چندانی برای اجرا و همکاری در درمان مربوط به فرزند نشان نمی‌دهند (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱).

با توجه به اینکه درمان در اختلال طیف اوتیسم درمانی التقاطی و چندوجهی از رفتار درمانی، درمان دارویی، درمان‌های بازی‌محور و تعاملی، رعایت رژیم غذایی و ... است و با توجه به عدم توانایی برقراری ارتباط مؤثر توسط کودک، نقش خانواده به‌ویژه مادر در این درمان بسیار حائز اهمیت است (بذر افشان و همکاران، ۱۳۹۷)؛ که پایین بودن تبعیت از درمان در این مادران مانع از انجام درمانی مؤثر می‌شود.

یکی از درمان‌های کاربردی و مورد نیاز برای این طیف از مادران، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) است. تلفیق درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت که از رویکردهای انسان‌گرا با تکیه بر علوم رفتاری-بافتاری و در بستر مستحکم تجربه‌گرایی به‌ترمیم روابط افراد با یکدیگر و همچنین نحوه پاسخ‌گویی به ذهن انسانی می‌پردازد و با تکیه بر مفاهیم شش ضلعی انعطاف‌پذیری ACT که دربرگیرنده پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، اقدام متعهدانه، تصریح ارزش‌ها و بودن در زمان حال است، در بستر شفقت و گشودگی و به دور از سرزنش و خود انتقادی‌های بی‌اساس نسبت به برطرف کردن موانع و مشکلات بیرونی (زارع و همکاران، ۱۴۰۲) و پذیرش ناملایمتی‌های درونی، سعی در افزایش انعطاف‌پذیری و مواجهه این مادران با واقعیت فرزند

خود و شناخت ابعاد و مشکلات این موضوع دارد و به حرکتی مؤثر در راستای زندگی غنی و ارزشمند در ایشان می‌پردازد (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به ضرورت امر و در جهت کاهش مشکلاتی که مادران دارای کودکان اوتیسم با آن دست و پنجه نرم می‌کنند و با در نظر گرفتن این واقعیت که هرچه ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری افزایش پیدا کند به موازات آن، آرامش فرد، عملکردهای انطباقی مانند حل مسئله، توانایی‌های عاطفی، مهارت‌هایی مثل درک و فهم، مدیریت و مهار احساسات خود و دیگران افزایش می‌یابد (مورگان و همکاران، ۲۰۱۳)؛ به طبع آن موجب کاهش استرس و اضطراب و همچنین افزایش تبعیت درمانی و همکاری در اجرای پروتکل‌های درمانی در این والدین می‌شود و تأثیر مثبتی در جهت کاهش همه مشکلات آنها خواهد داشت، این نوع مداخله قابل پیگیری است (کوثری و همکاران، ۱۴۰۲). با عنایت به این مقدمات و مفروضات در این پژوهش در جهت کاهش مشکلات مادران دارای کودکان اوتیسم ۳ تا ۱۲ ساله خمینی‌شهر از درمان التقاطی پذیرش و تعهد و شفقت درمانی استفاده شده است. از آنجایی که تاکنون پژوهشی در این زمینه بر این جامعه آماری در ایران صورت نگرفته است. این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان التقاطی پذیرش و تعهد و شفقت بر تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در مادران کودکان اوتیسم شهرستان خمینی شهر پرداخته است.

## • روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و کاربردی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک اوتیسم ۳ تا ۱۲ سال که فرزند آنها در مرکز اوتیسم سرای پاکان خمینی‌شهر بوده و بر اساس ملاک‌های DSM5، تشخیص اوتیسم گرفته‌اند، بود. نمونه‌گیری هدفمند و ملاک‌های ورود شامل داشتن فرزند مبتلا به اوتیسم بین ۳ تا ۱۲ سال، کسب نمره لازم در پرسشنامه‌ها و تمایل به همکاری در پژوهش بود. پرسشنامه‌های تنیدگی والدینی و پرسشنامه تبعیت از درمان توزیع شد و از بین ۵۰ مادری که به پرسشنامه‌ها پاسخ داده بودند؛ تعداد ۳۰ نفر که نمرات لازم را در متغیرها را دریافت کردند، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه که شامل ۱۵ نفر درگروه آزمایش و ۱۵ نفر درگروه کنترل بودند، جایگزین شدند.

## • ابزارها

**الف) پرسشنامه تبعیت از درمان (Adherence to treatment questionnaire- ATQ):** پرسشنامه تبعیت از درمان، در سال ۱۳۹۲ توسط مدانلو در زمینه نگهداری بیماران مزمن و همکاری در درمان فرد بیمار طراحی شد و شامل ۴۰ ماده در حیطه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان است. این پرسشنامه برای مادران دارای فرزند با دردهای مزمن که نیاز به مراقبت و پیگیری درمان دارند، استفاده می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰۰-۴۰ قرار دارد. بر این اساس نمره بالاتر به معنای همکاری و تبعیت از درمان بهتر است. در تحقیق مدانلو روایی صوری و محتوایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته و اعتبار ابزار تبعیت از درمان با استفاده از روش آزمون مجدد سنجید که در مطالعه ایشان ضریب همبستگی  $r=0/875$  بود (سید فاطمی و همکاران، ۱۳۹۷).

**ب) پرسشنامه تنیدگی والدینی (parental stress questionnaire- PSI):** پرسشنامه خودگزارش‌دهی (آبیدین، ۱۳۸۸)، که بر اساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین- کودک را ارزشیابی کرد. زیرمقیاس‌ها عبارتند از حوزه کودک، سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، بی‌توجهی / فزون‌کنشی، تقویت‌گری، حوزه والدین، افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر، سلامت والد و تنیدگی زندگی است. نمره کلی ۲۶۰ و بیشتر نشان‌دهنده استرس والدگری بالایی است (استورا، ۱۳۷۷). آلفای کرونباخ در تحقیق خرم‌آبادی و همکاران (۱۳۸۸) برای نمره کلی در حوزه والدینی به ترتیب از ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ و برای نمره کلی در حوزه کودکی از ۰/۸ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. مقیاس مذکور در پژوهشی روی ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها به‌طور مقدماتی اجرا شده و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمده است (آبیدین، ۱۹۹۰)؛ به نقل از فرزاد و همکاران، (۱۳۸۸).



## • پروتکل درمان

دستورالعمل جلسه‌ها بر اساس جلسات درمانی بر اساس مفاهیم هیز (۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۰۹ و ۲۰۱۴) تنظیم شده است (تبریزی و همکاران، ۱۳۹۸). جلسات در ۱۰ جلسه آموزش گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شده است.

جدول ۱. جلسات درمانی بر اساس مفاهیم هیز (۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۰۹ و ۲۰۱۴)

جلسات	هدف	محتوا
اول	معرفی، تعهدات درمانی، رابطه درمانی	آشنایی اعضا، شرح قوانین، آشنایی با چرخه هیجان
دوم	شناخت سه نظام تنظیم هیجان، آموزش توجه مشفقانه	تمرین ذهن‌آگاهی مشفقانه و مشاهده افکار بدون قضاوت، توضیح ویژگی‌های سه نظام هیجانی
سوم	آشنایی با مفاهیم درمانی شناخت سه مغز	ذهن‌آگاهی، توصیف رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با نظام هیجانی، معرفی سه مغز
چهارم	معرفی استدلال فنون مشفقانه	استدلال مشفقانه، حساس بودن به رنج خود، خود مشاهده‌گر و توجه مشفقانه
پنجم	آموزش رفتارهای مشفقانه	ذهن‌آگاهی، رفتار مشفقانه، مهربانی با خود و دیگران، همدردی و همدلی
ششم	آموزش فنون درمانی گسلش، تغییر کلامی و افزایش اشتیاق	ذهن‌آگاهی، آموزش گسلش شناختی
هفتم	معرفی پذیرش و تحمل پریشانی	ذهن‌آگاهی مشفقانه، عدم کنترل وقایع منفی، آموزش پذیرش و تحمل پریشانی، تمرین رنگ، صدا، تصویر شفقت، شناسایی ارزش‌ها
هشتم	آموزش ارزش‌ها و ارتباط ارزش و پذیرش	تمرین رنگ، صدا، تصویر شفقت، شناسایی ارزش‌ها
نهم	ادامه تصریح ارزش‌ها، عمل متعهدانه، افزایش کارآمدی بین فردی	ذهن‌آگاهی، الگوی عمل و برنامه‌ریزی
دهم	ارزیابی ارزش‌ها و ایجاد تعهد در راستای ارزش‌ها	ذهن‌آگاهی، پیگیری ارزش‌ها، بحث درباره فنون آموزش دیده در زندگی واقعی

## • یافته‌ها

طبق اطلاعات جمعیت‌شناختی میانگین سنی در آزمودنی‌های گروه آزمایش  $۳۴/۹ \pm ۳/۷۱$  و در گروه کنترل  $۳۹/۹ \pm ۶/۰۶$  است. علاوه بر این، حداقل و حداکثر سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش به ترتیب ۳۰ و ۶۱ و در گروه کنترل ۲۲ و ۵۴ است. در گروه کنترل، یک نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق دیپلم، ۴ نفر کارشناسی و ۱ نفر دکتری بودند. در گروه آزمایش، ۶ نفر زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم و ۳ نفر دارای تحصیلات در سطح کارشناسی بودند. نتایج توصیفی مربوط به تبعیت درمانی در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

زمان اندازه‌گیری	متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	
پیش‌آزمون	تبعیت درمان (کل)	۱۴۷/۴۰	۱۵۵/۴۰	
	اهتمام در درمان	۳۴/۶۶	۳۶/۸۰	
	تمایل به مشارکت در درمان	۲۸/۲۶	۲۸/۸۶	
	توانایی تطابق	۲۶/۰۶	۲۸/۰۶	
	تلفیق درمان با زندگی	۱۹/۴۰	۲۱/۱۳	
	چسبیدن به درمان	۱۴/۹۳	۱۵/۶۶	
	تعهد به درمان	۱۴/۳۳	۱۶/۳۳	
	تدبیر در اجرای درمان	۶/۲۶	۸/۵۳	
	پس‌آزمون	تبعیت درمان (کل)	۱۵۹/۸۰	۱۵۱/۵۳
		اهتمام در درمان	۳۹/۴۶	۳۴/۲۶
تمایل به مشارکت در درمان		۳۰/۹۳	۲۷/۳۳	
توانایی تطابق		۲۹/۳۳	۲۶/۶۶	
تلفیق درمان با زندگی		۲۱/۸۶	۲۰/۴۶	
چسبیدن به درمان		۱۷/۱۳	۱۵/۱۳	
تعهد به درمان		۱۶/۱۳	۱۵/۸۶	
تدبیر در اجرای درمان		۹/۸۰	۸/۲۶	

طبق نتایج یافته‌ها میانگین نمرات تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات در گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است. نتایج توصیفی مربوط مؤلفه تنیدگی والدینی در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات تنیدگی والدینی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

زمان اندازه‌گیری	متغیر	گروه کنترل میانگین	گروه آزمایش میانگین
پیش‌آزمون	تنیدگی والدینی (کل)	۲۵۹/۵۳	۲۵۸/۳۳
	کاهش روابط با همسر	۳۸/۹۳	۳۶/۴۶
	فزون طلبی	۳۶/۷۳	۳۴/۲۰
	خلق کودک	۲۱/۸۰	۲۱/۶۶
	محدودیت نقش	۲۸/۶۰	۲۷/۲۰
	صلاحیت	۳۰/۶۶	۲۹/۸۰
	بی توجهی/فزون کنشی	۲۸/۶۶	۲۶/۰۰
	افسردگی	۱۹/۴۶	۲۰/۲۰
	انزوای اجتماعی	۲۰/۰۰	۱۹/۲۶
	تقویت‌گری	۷/۹۳	۸/۶۰
پس‌آزمون	تنیدگی والدینی (کل)	۲۵۸/۶۰	۲۲۰/۶۰
	کاهش روابط با همسر	۳۵/۰۰	۳۰/۴۰
	فزون طلبی	۳۵/۴۰	۲۷/۴۰
	خلق کودک	۲۱/۶۰	۱۷/۸۶
	محدودیت نقش	۲۸/۱۳	۲۲/۴۶
	صلاحیت	۳۰/۵۳	۲۷/۲۰
	بی توجهی/فزون کنشی	۲۷/۱۸	۲۲/۷۳
	افسردگی	۱۹/۲۶	۱۶/۸۶
	انزوای اجتماعی	۱۹/۴۶	۱۶/۶۶
	تقویت‌گری	۷/۴۰	۷/۲۰
عدم سازش‌پذیری	۲۷/۳۳	۲۵/۱۳	

طبق نتایج جدول ۳ میانگین نمرات تنیدگی والدینی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش کاهش داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی نداشته است. در ادامه جهت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش باقی است، یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است. همچنین از آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس برای تک تک متغیرها استفاده شد. نتایج نشان داد بین واریانس گروه‌ها در هر کدام از متغیرهای تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه‌ها با هم برابر است. لذا پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است. جهت بررسی اثربخشی درمان، از آزمون (ANCOVA) استفاده شد.

بر اساس نتایج حاصل از جدول ۴، بین دو گروه در نمرات تبعیت درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). میزان این تأثیر گروهی ۰/۲۰ بوده است.

با توجه به جدول ۴ مشاهده می‌شود اثربخشی درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق و چسبیدن به درمان در والدین کودکان اوتیسم معنادار بوده است ( $P < 0/05$ ). مقدار این اندازه اثر در اهتمام در درمان ۳۲ درصد، تمایل به مشارکت در درمان ۲۳ درصد، توانایی تطابق ۱۴ درصد و چسبیدن به درمان ۱۳ درصد بوده است. سایر نتایج نشان می‌دهد درمان تلفیقی بر تلفیق درمان با زندگی، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان معنادار نبوده است ( $P < 0/05$ ).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۶۹۴/۷۳	۱	۶۹۴/۷۳	۵/۵۶	۰/۰۲۶	۰/۱۷	۰/۶۲
گروه	۸۸۵/۳۸	۱	۸۸۵/۳۸	۷/۰۹	۰/۰۱۳	۰/۲۰۸	۰/۷۲
خطا	۳۳۷۱/۳۹	۲۷	۱۲۴/۸۶				
کل	۷۳۱۵۴۲	۳۰					
اهتمام در درمان	۲۰۲/۸۰	۱	۲۰۲/۸۰	۱۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۴
تمایل به مشارکت در درمان	۹۷/۲۰	۱	۹۷/۲۰	۸/۴۴	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۸۰
توانایی تطابق	۵۳/۳۳	۱	۵۳/۳۳	۴/۹۰	۰/۰۳۵	۰/۱۴	۰/۵۷
تلفیق درمان با زندگی	۱۴/۷۰	۱	۱۴/۷۰	۲/۴۲	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۳۲
چسبیدن به درمان	۳۰/۰۰	۱	۳۰/۰۰	۴/۵۲	۰/۰۴۲	۰/۱۳	۰/۵۳
تعهد به درمان	۰/۵۳۳	۱	۰/۵۳۳	۰/۰۶	۰/۸۱۴	۰/۰۰۲	۰/۰۵
تدبیر در اجرای درمان	۱۷/۶۳	۱	۱۷/۶۳	۳/۵۹	۰/۰۶۸	۰/۱۱	۰/۴۴

بر اساس نتایج حاصل از جدول ۵، بین دو گروه در نمرات تنیدگی والدینی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). میزان این تأثیر گروهی ۰/۴۲ بوده است. همین‌طور اثربخشی درمان تلفیقی بر فزون‌طلبی، خلق کودک، محدودیت نقش، بی‌توجهی و سازش‌پذیری در والدین کودکان اوتیسم معنادار بوده است. مقدار این اندازه اثر در اهتمام در فزون‌طلبی ۲۹ درصد، خلق کودک ۲۲ درصد، محدودیت نقش ۱۶ درصد، بی‌توجهی ۴۴ درصد و سازش‌پذیری ۱۳ درصد بوده است. سایر نتایج نشان می‌دهد درمان تلفیقی بر روابط با همسر، صلاحیت، افسردگی، انزوای اجتماعی و تقویت‌گری معنادار نبوده است ( $P < 0/05$ ).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تنیدگی والدینی و مؤلفه‌های آن

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۲۹۹۷/۰۶	۱	۲۹۷/۰۶	۵/۷۳	۰/۰۲۴	۰/۱۷۵	۰/۶۳
گروه	۱۰۵۸۷/۶۲	۱	۱۰۵۸۷/۶۲	۲۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
خطا	۱۴۱۱۰/۱۳	۲۷	۵۲۲/۵۹				
کل	۱۷۵۰۱۸۲/۰	۳۰					
کاهش روابط با همسر	۱۵۸/۷۰	۱	۱۵۸/۷	۳/۲۴	۰/۰۸۲	۰/۱۰۴	۰/۴۱
فزون‌طلبی	۴۸۰/۰	۱	۴۸۰/۰	۱۱/۵۳	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹۰
خلق کودک	۱۰۴/۵۳	۱	۱۰۴/۵۳	۷/۸۸	۰/۰۰۹	۰/۲۲	۰/۷۷
محدودیت نقش	۲۴۰/۸۳	۱	۲۴۰/۸۳	۵/۵۰	۰/۰۲۶	۰/۱۶	۰/۶۲
صلاحیت	۸۳/۳۳	۱	۸۳/۳۳	۳/۳۷	۰/۰۷۷	۰/۱۰۷	۰/۴۲
بی‌توجهی/فزون‌کنشی	۱۹۲/۵۳	۱	۱۹۲/۵۳	۲۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
افسردگی	۴۳/۲۰	۱	۴۳/۲۰	۲/۱۲	۰/۱۵۷	۰/۰۷	۰/۲۹
انزوای اجتماعی	۵۸/۸۰	۱	۵۸/۸۰	۳/۲۲	۰/۰۸۳	۰/۱۰۶	۰/۴۱
تقویت‌گری	۰/۳۰	۱	۰/۳۰	۰/۱۵۶	۰/۶۹۴	۰/۰۰۶	۰/۰۶
عدم سازش‌پذیری	۳۶/۳۰	۱	۳۶/۳۰	۴/۳۶	۰/۰۴۶	۰/۱۳۵	۰/۵۲

## • بحث

بر اساس نتایج درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان اوتیسم تأثیر معناداری دارد. نتایج به‌دست آمده با نتایج محمدی و همکاران (۱۴۰۱)، حسین نژاد و همکاران (۱۴۰۱)، جوانشیر و همکاران (۱۴۰۱)، موسوی و همکاران (۱۴۰۱)، رضایی و همکاران (۱۴۰۲)، لوباتو و همکاران (۲۰۲۳)، کاروالیو و همکاران (۲۰۲۲)، لینده و همکاران (۲۰۲۳)، همسو بوده است.

یکی از مهمترین موانع در مسیر داشتن تبعیت از درمان، نداشتن نگرش مسئولانه به فرد بیمار است که همراه با احساس گناه،

سرزنشگری، افسردگی، درماندگی، تنیدگی بیش از حد است. عواملی چون درک پایین از توصیه‌های درمانی، باورهای غلط، به کار بردن روش‌های نامناسب و عدم توانایی در ادامه دادن به درمان توصیه شده به‌طور مستقیم روند درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳).

حال آنکه درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با کار کردن و تمرکز روی ۶ فرایند مهم و اساسی در درمان و آموزش‌های خود، همواره مراجعین را به سمت رهایی از آمیختگی شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای هدایت می‌کند. افراد پس از فاصله گرفتن از قضاوت‌های ذهنی خود و ایجاد انبساط روان‌شناختی می‌توانند به‌صورت مشفقانه احساسات و عواطف دردناک خود درباره داشتن فرزند با نیازهای خاص را بپذیرند و جایی در درون خود برای آنان باز کنند. فرد را به سمت عمل و اقدام هدایت می‌کند و باعث افزایش تبعیت و دست‌ورپذیری فرد از درمان و توصیه‌های درمانگر و کادر درمانی مربوطه می‌شود. با استفاده از مفاهیم اجرا شده در درمان تلفیقی حاضر، افراد در بررسی و ارزیابی خود از موقعیت‌های موجود به ویژه زمانی که در درمان دچار مقاومت‌هایی از جانب فرزند خود می‌شوند و یا دوره‌های پسرفت روند آموزشی در فرزند خود (که این فرایند در اختلال‌های عصبی تحولی شایع است)؛ با دید بهتری می‌نوانند موقعیت را ارزیابی کنند و امید خود را از دست ندهند و به سمت انجام آنچه که باید، اهتمام ورزند.

در گام اول درمان با تغییر رابطه فرد با فرایندهای ذهنی خود و نگاهی واقع بینانه و توأم با مهربانی به زندگی و رویدادهای آن، مادر توانست حتی بدون نظارت تیم درمان، مسیولیت درمان را برعهده بگیرد و بخش مربوط به ادامه روند درمان و توانبخشی فرزند خود در خانه را حتی با وجود عدم همکاری اعضای خانواده و سختی شرایط از قبیل مسافرت و بیماری خود نیز ادامه دهد و برنامه‌های درمانی را با زندگی روزمره منطبق سازد و در صورت لزوم به تغییر در روند درمان با اشتیاق و گشودگی، با تیم درمان مشورت و روند را بهبود بخشد.

در خصوص تبیین عدم معناداری درمان بر مؤلفه‌های تلفیق درمان با زندگی، تدبیر در اجرای درمان و تعهد به درمان باید این‌گونه بیان کرد که هرچند نتایج به‌دست آمده از تحلیل‌های آماری نشان دهنده افزایش نمرات مادران در این زیر مقیاس‌ها بوده است؛ اما به‌طور معناداری باعث بهبود آنها نشده است. از موانع موجود در این مسیر می‌توان به مسائل اقتصادی و فرهنگی از قبیل میزان درآمد مالی خانواده که برای تهیه ابزارهای توانبخشی، خرید وسیله‌های مورد نیاز برای بازی و همچنین به‌کارگیری خدمات گفتار درمانی و کاردرمانی، رعایت رژیم غذایی و... اشاره کرد؛ که باید آنها را بسیار حائز اهمیت دانست. گذشته از این موارد میزان همکاری خانواده و اطرافیان و سطح فرهنگی و میزان تحصیلات والدین و به‌ویژه مادر، توانایی کادر درمان برای تفهیم و تسهیل روند درمان در خانه نقش بسزایی در تلفیق درمان با زندگی دارد. علاوه بر آن کمبود مهارت‌های پایه از قبیل حل مسأله، جرأت‌مندی و تاب‌آوری مادران در روند اجرای درمان و نحوه تدبیر در اجرای درمان بسیار تأثیرگذار بوده است. مانع دیگر که بر سر راه تعهد به درمان وجود دارد؛ استفاده والد از الگوهای ناکارآمد اجتناب تجربه‌ای در موارد پسرفت و یا توقف روند رشد درمان در فرزند است. در این مواقع فرد دچار آمیختگی بالایی با احساس نامیدی و ناتوانی می‌شود و درمان را به درستی اجرا نمی‌کند و منجر به تداوم صحیح آن نمی‌شود. با توجه به افزایش میزان نمرات مادران در مقیاس تعهد به درمان در روند آموزش ۱۰ جلسه‌ای اجراشده، می‌توان این‌گونه دریافت که میزان پیشرفت قابل مشاهده، اما کافی نبوده است. گویا برای معنادار شدن این تغییر، نیاز به صرف جلسات بیشتر و دوره‌های پیگیری است تا این تغییر در لایه‌های عمیق روان فرد تثبیت شود.

طبق نتایج یافته‌ها، درمان بر تنیدگی والدینی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان اوتیسم تأثیر معناداری دارد.

نتایج به‌دست آمده با پژوهش‌های خواجه و همکاران (۱۴۰۲)، حاجی نقی طهرانی و همکاران (۱۴۰۱)، قوامی و همکاران (۱۴۰۲)، برجعلی و همکاران (۱۴۰۰)، مری و همکاران (۲۰۲۳)، اسماعیل‌نژاد و همکاران (۲۰۲۳)، زمانی‌مزد و همکاران (۲۰۱۹)، موگان و همکاران (۲۰۲۳)، گارسیا و همکاران (۲۰۲۲)، کینگ و همکاران (۲۰۲۳) همسو بوده است.

درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت درمانی با تغییر نحوه پاسخ‌دهی فرد به مشکلات، استرس و تنش‌های فرد را کاهش داده، اجتناب‌های وی را از بین می‌برد و بدون کناره‌گیری از فرزند خود به تعامل و پذیرش وی می‌رسد (همیلو همکاران، ۲۰۱۵). ذهن‌آگاهی در بستر فرزندپروری یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد است که با شکستن چرخه‌ای افکار منفی و

تکراری به والدین کمک می‌کند تا به جای توجه افراطی به نشخوارهای فکری خود، به نحوه تعامل با کودک خود توجه داشته باشند؛ و به جای توجه سوگیرانه و تفسیر منفی رفتار کودک، با نگاهی باز و غیرقضوتی با فرزندان‌شان تعامل کنند (رانکن، ۲۰۱۲).

بهبود هر یک از حوزه‌های کارکردی می‌تواند به‌طور بالقوه تجربه فشار روانی و استرس والدگری را کاهش دهد. تمرین‌های گسلش شناختی باعث می‌شود مادران، در مقابل برداشته‌های شناختی استرس‌زا در زمینه فرزندپروری (مقایسه با فرزندان دیگران، باورهای‌شان در مورد قابلیت‌های خود در اداره کردن شرایط دشوار مربوط به چنین کودکانی، احساس قربانی شدن و خودسرزنی بالا)، انعطاف بیشتری از خود نشان دهند. در این بین تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش از جمله تمرین‌های مربوط به روشن‌سازی ارزش‌ها جایگزین اجتناب قرار می‌گیرد و به والدین فرصت می‌دهد تا در مسیر ارزش‌های مربوط به حوزه‌های مختلف زندگی‌شان حرکت کنند (کاوالکوسکی، ۲۰۱۲).

استفاده از استعاره‌های ACT در زمینه پذیرش استرس به‌عنوان یک هیجان و احساس طبیعی در وجود مادر این امکان را برای آنان فراهم می‌آورد که دست از مبارزه برای نبودن آن برداشته و توجه و انرژی خود را معطوف آنچه واقعاً برای‌شان حائز اهمیت است؛ بگردانند. انعطاف‌پذیری و گشودگی ایجاد شده در اثر تمرینات تقویت ذهن مشفق، دیدگاه‌گیری، فرایند مشاهده‌گری ذهن و نامگذاری هیجانان، تمرینات گسلش و پذیرش و همچنین دریافت مفهوم انسانیت مشترک و قبول مسئولیت انتخاب‌های اکنون و آینده و دریافت نگاهی مهربانانه نسبت به رنج‌ها و اشتباهات خود می‌تواند بر تیندگی والدینی و مؤلفه‌های زیر بنایی آن که همگی منجر به افزایش یا کاهش تیندگی در والدین می‌شود را تحت تأثیر قرار بدهد.

## • نتیجه‌گیری

درمان تلفیقی موجود با ارتقا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران و ایجاد توانایی دیدگاه‌گیری و فاصله گرفتن از خویشتن مفهوم‌سازی شده نشان می‌دهد؛ درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان اوتیسم تأثیر معناداری دارد. همچنین درمان بر تیندگی والدینی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان اوتیسم تأثیر معناداری دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به ابزار جمع‌آوری اطلاعات که یک فرم خودگزارش‌دهی است و احتمال جهت‌گیری در پاسخ را افزایش می‌دهد، اشاره کرد و همچنین به جامعه محدود شهرستان خمینی شهر و نداشتن دوره پیگیری و اینکه این پژوهش تنها بر مادران، آن هم بر اختلال طیف اوتیسم انجام شده است، اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این محدودیت‌ها برطرف شود و به‌طور کاربردی در مراکز توانبخشی و نگهداری دارای اختلال طیف اوتیسم به کار گرفته شود تا بتوان این درمان را به‌صورت موثری و کاربردی به درون جامعه تزریق کرد.

## • تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

## • تشکر و قدر دانی

بدینوسیله از تمام مادران کودکان مبتلا به ASD که در پژوهش حاضر شرکت کرده بودند، تشکر می‌شود.

## • منابع

- آذربایجانی، سحر؛ صادقی افجه، زهره خانه دار. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان افسرده خانه دار. *فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روان‌شناسی*، ۲، (۳۱)، ۷۰-۵۲.
- آریاپوران، سعید؛ نیساری، مریم. (۱۴۰۲). مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کاستی توجه-بیش‌فعالی در دوره کووید-۱۹: نقش حمایت اجتماعی ادارک‌شده، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲۷)، ۱۰۶-۱۱۵. <http://iranapsy.ir/Article/33520>
- ابراهیمی، مهدیه؛ تاشک، آناهیتا؛ درویش مقدم، صدیف؛ سعیدپور پاری، علی. (۱۴۰۱). اثربخشی معنادارمانی بر متغیرهای روان‌شناختی و جسمانی: درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *گوارش*، ۲۷(۲).

- ابویی، آزاده؛ عاصی حداد، فاطمه؛ عزیزی، مهدیه. (۱۴۰۲). پیش بینی خود مراقبتی بر اساس رابطه والد-فرزند و جو عاطفی خانواده در زنان در دوران کودکی. *پایش، ۲۲*(۲)، ۲۲۳-۲۳۲.
- اسداله سلمان پور، فاطمه؛ پاشا، غلامرضا. (۱۴۰۲). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شادکامی، سلامت روان و کیفیت زندگی مادران دارای کودک. *فصلنامه روانشناسی زن، ۴*(۱).
- برجعی، محمود؛ رحمانی، ذاکرزاده، زینالی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان. *روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹*(۲)، ۲۵-۳۲.
- بذر افشان، بهناز؛ دولت آبادی، علی رضا؛ محمدی، محمود. (۱۳۹۷). کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۲۰*(۴)، ۸۲-۷۷.
- جوانشیر، مهدی؛ اسمحانی اکبری نژاد، هادی؛ روشنی گلنبر، معصومه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر فاجعه پنداری درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان. *بیهوشی و درد، ۱۳*(۴)، ۵۷-۷۱.
- حاجی نقی طهرانی، فاطمه؛ صابری، هاید؛ باقری، نسرين. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۹*(۱).
- حسین نژاد، امین؛ جواهری ویشکاسوقی، علی، اصغری، مجتبی. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کارآمدی و سلامت معنوی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *هشتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران، تهران*.
- خواجه، فاطمه؛ نوری زاده، رقیه؛ فرورشی، محمود؛ حکیمی، سویل. (۱۴۰۲). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و خودکارآمدی شیردهی مادران دارای نوزاد نارس: یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۴۵*(۱).
- رضایی، زهرا؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ خلعتبری، جواد؛ زربخش بحری، محمدرضا. (۱۴۰۱). اثربخشی بسته‌ی آموزشی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان، ۴*(۲)، ۱۱۳-۱۲۵.
- زارع، بتول؛ عمادی، سیده زهرا؛ نقش، زهرا. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت خود و سرزندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های یادگیری. *مجله روانشناسی، ۴*(۲۷)، ۳۴۳-۳۵۳. <http://iranapsy.ir/Article/40353>
- سیدفاطمی نعیمه، رفیعی فروغ، حاجی زاده ابراهیم، مدانلو مهناز، (۱۳۹۷). طراحی و روانسنجی پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن: یک مطالعه ترکیبی. *کومش، ۲۰*(۲)، ۱۹۱-۱۷۹.
- قوامی، مریم؛ کاظمیان مقدم، کبری؛ غلامزاده جفره، مریم؛ شهبازی، مسعود. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف پذیری شناختی و احساس تنهایی در افراد وابسته به مواد خود معرف به سازمان بهزیستی. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی، ۱۷*(۶۷)، ۱۵۳-۱۸۰.
- کوثری، فرزانه؛ صباحی، پرویز؛ مکوند حسینی، شاهرخ. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس والدگری، رابطه والد-کودک و مشکلات برونی سازی شده کودک. *مجله روانشناسی، ۲*(۲۷)، ۱۲۵-۱۳۳. <http://iranapsy.ir/Article/40170>
- محمدی، اعظم؛ رضائی، علی؛ ایزدی، فاطمه. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مدیریت استرس و مهارت‌های حل مسئله مادران دارای کودکان کم توان ذهنی. *مجله روانشناسی، ۴*(۲۶)، ۳۹۶-۴۰۵. <http://iranapsy.ir/Article/36628>
- میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود؛ طالبی جویباری، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه تاب آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۲*(۱)، ۱۳۷-۱۲۰.
- موسوی، مهدیه سادات؛ بخشی پور، ابوالفضل؛ مهدیان. (۲۰۲۳). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شغف بر الگوهای ارتباطی زنان متاهل دچار افسردگی و تعارضات زناشویی. *مدیریت ارتقای سلامت، ۱۲*(۱)، ۹۵-۱۱۲.
- Abidin, R. R. (1997). Parenting Stress Index: A measure of the parent-child system. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 277-291). Scarecrow Education.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Commitment Therapy (ACT) for Reducing Stress and Improving Wellbeing in Cancer Patients in Kolkata. *Journal of Cancer Education* 2016; 31 (4): 721-9.

- Carvalho, S. A., Skvarc, D., Barbosa, R., Tavares, T., Santos, D., & Trindade, I. A. (2022). A pilot randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy versus compassion-focused therapy for chronic illness. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(2), 524–541.
- Garcia, Y., Keller-Collins, A., Andrews, M., Kurumiya, Y., Imlay, K., Umphrey, B., & Foster, E. (2022). Systematic review of acceptance and commitment therapy in individuals with neurodevelopmental disorders, caregivers, and staff. *Behavior Modification*, 46(5), 1236-1274.
- Hayes, S.C., Stroman, & Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hamill, T. S., Pickett, S. M., Amsbaugh, H. M., & Aho, K. M. (2015). *Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress*. *Personality and Individual Differences*, 72, 24-29.
- Ismail Nezhad, M., & Abdollahzadeh, H. (2023). The effectiveness of compassion-focused therapy in helping attitudes and work-related flow of autism child mentors. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(2), 16-20.
- King, N. B. (2023). *An Acceptance and Commitment Therapy Based Intervention for Parents of Children on the Autism Spectrum* (Doctoral dissertation, Hofstra University).
- Kawalkowski. (2012). *The Impact of a Group-based Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Parents of Children Diagnosed with an autism spectrum disorder*. Doctoral Dissertation, Eastern Michigan University.
- Linde, J., Luoma, J. B., Rück, C., Ramnerö, J., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and Compassion-Based Therapy Targeting Shame in Parent with M.R children: A Multiple Baseline Study. *Behavior modification*, 47(3), 693–718.
- Maughan, A. L., Lunsy, Y., Lake, J., Mills, J. S., Fung, K., Steel, L., & Weiss, J. A. (2023). Parent, child, and family outcomes following Acceptance and Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. *Autism*, 13623613231172241.
- Mazdeh, R. Z., Grafar, A., Davarniya, R., & Gharmkhani, M. B. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving quality of life and parental self-efficacy in mothers of autistic children. *Depiction of Health*, 9(4), 233-243.
- Mari, U. Colleen, M. Yors, G. Yukie, K. (2023). The effect of brief acceptance and commitment training on values-based behaviors of Japanese parents of children with autism, *Journal of Contextual Behavioral Science*, Volume 29, Pages 1-12,
- . Mazdeh, R. Z., Grafar, A., Davarniya, R., & Gharmkhani, M. B. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving quality of life and parental self-efficacy in mothers of autistic children. *Depiction of Health*, 9(4), 233-243.
- Plant, K.M. & Sanders ,M.R (2007). Predictors caregiver stress in families of preschool –aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research* , ۵۱(۲). ۱۰۹-۱۲۴
- Riebel, M., Rohmer, O., Charles, E., Lefebvre, F., Weibel, S., & Weiner, L. (2023). Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the Compassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, 24(1), 1-20.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.

## خصوصیات روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی Psychometric Properties and Factor Structure of Persian Version of Premenstrual Coping Measure

Marziyeh Sadeghzadeh, PhD<sup>✉</sup>

Meral Jafari, BA

Negar Ghomatipour, BA

مرضیه صادق‌زاده<sup>۱</sup>

مرال جعفری<sup>۲</sup>

نگار قوماتی‌پور<sup>۲</sup>

### Abstract

The present study was conducted with the aim of introducing and investigating the psychometric properties of the Persian version of the Premenstrual Coping Measure (PMCM). This research, in terms of method, is a descriptive-cross-sectional-correlation study that its population included all the female students in Salman Farsi University of Kazerun in the academic year of 2021-2022. The sample group included 303 female students who were selected by the available sampling method and participated in the present research by answering the online questionnaire. The research tools included Premenstrual Coping Measure (Read et al, 2014), Premenstrual Symptoms Screening Tool (Steiner et al, 2003), Multidimensional Health Locus of Control-C (Wallston et al, 1994), and the Menstrual Attitude Questionnaire (Brooks-Gunn & Ruble, 1980). Research data has been analyzed in SPSS-22, AMOS-22 and JASP-09. The results of exploratory and confirmatory factor analysis have confirmed the existence of a five-factor structure in the scores obtained from the Persian version of the premenstrual coping strategies scale. The values of Cronbach's alpha for the total scale and the its five subscales (Awareness and Acceptance of Premenstrual Change, Avoiding Harm, Self-care, Communicating, and Adjusting Energy) have been equal to 0.90, 0.89, 0.88, 0.81, 0.79, and 0.72, respectively. The correlation coefficients between PMCM, and three other research tools, while confirming the construct validity, suggested a close relationship between premenstrual strategies and an internal locus control for health and an attitude based on expectation and prediction of menstruation. Therefore, the Persian version of the PMCM scale can be recommended as a suitable tool for future research in the field of women's issues.

**Keywords:** Coping, Premenstrual, Reliability, Validity

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف معرفی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی (PMCM) انجام گرفت. این پژوهش به لحاظ روش در دسته پژوهش‌های توصیفی-همبستگی قرار گرفته و جامعه‌آماری آن شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه سلمان فارسی کازرون در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بوده است. گروه نمونه شامل ۳۰۳ دانشجوی دختر بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با پاسخ به نسخه الکترونیک پرسشنامه پژوهش حاضر در آن شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل اندازه‌گیری مقابله‌ای پیشاقاعدگی (رید و همکاران، ۲۰۱۴)، ابزار غربالگری نشانه‌های قبل از قاعدگی (استاینر و همکاران، ۲۰۰۳)، مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت (والستون و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسشنامه نگرش به قاعدگی (بروکس-گان و رابل، ۱۹۸۰) بوده است. داده‌های پژوهش در سه نرم‌افزار SPSS-22، AMOS-22 و JASP-09 مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج مربوط به تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی وجود یک ساختار پنج‌عاملی را در نمرات حاصل از نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی مورد تأیید قرار داده است. مقادیر آلفای کرونباخ مربوط به کل ابزار و پنج خرده‌مقیاس آن (آگاهی و پذیرش تغییرات قبل از قاعدگی، اجتناب از آسیب، مراقبت از خود، برقراری ارتباط و تنظیم انرژی) نیز به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۲ به دست آمده است. ضرایب همبستگی مقیاس PMCM با سه ابزار دیگر پژوهش نیز ضمن تأیید روایی سازه، رابطه نزدیک بین این راهبردها با یک منبع کنترل درونی سلامت و نگرش همراه با انتظار و پیش‌بینی قاعدگی را مطرح می‌سازد. از این رو می‌توان نسخه فارسی مقیاس PMCM را به‌عنوان ابزاری مناسب جهت پژوهش‌های آتی در حوزه مسائل زنان توصیه نمود.

**واژه‌های کلیدی:** راهبردهای مقابله‌ای، پیشاقاعدگی، روایی، اعتبار

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹ تصویب نهایی: ۱۴۰۳/۱/۸

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

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران.



## ● مقدمه

قاعدگی (menstruation) با اولین خونریزی در نوجوانی شروع شده، تا یائسگی ادامه می‌یابد و در ظاهر تنها یک پدیده زیست‌شناختی طبیعی است که توانایی باروری یک زن را به نمایش می‌گذارد (ورما، احمد و سریواستاوا، ۲۰۱۳). با این همه، در دهه‌های اخیر، موضوع قاعدگی و تأثیر آن بر ابعاد متفاوت زندگی زنان به‌عنوان یکی از بحث‌انگیزترین مسائل در حوزه‌های روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و حتی حقوق تبدیل شده است؛ به نحوی که در حال حاضر از قاعدگی به‌عنوان یک موضوع بنیادین (fundamental) در زندگی زنان یاد می‌شود (وینکلر، ۲۰۲۰).

البته مطالعه تأثیر قاعدگی بر زندگی روزمره زنان، امر چندان تازه‌ای به شمار نرفته و به لحاظ تاریخی به معرفی دو سازه «تنش پیشاقاعدگی» (premenstrual tension) در سال ۱۹۳۱ و «سندرم پیشاقاعدگی» (premenstrual syndrome) در سال ۱۹۵۶ بازمی‌گردد (آشر و پرز، ۲۰۲۰ الف). در واقع، پیشینه پژوهشی گردآوری شده در طی هفتاد سال گذشته بیش از ۳۰۰ تغییر را در روزهای قبل از قاعدگی ثبت کرده (هالبریچ و همکاران، ۲۰۰۳) که علائم جسمانی شامل خستگی، سردرد، نفخ شکم و حساس شدن سینه‌ها و علائم عاطفی مانند تحریک‌پذیری، افسردگی، سردرگمی، اضطراب، طغیان‌های خشم و کناره‌گیری اجتماعی را در برمی‌گیرد (شامنانی و همکاران، ۲۰۱۸). بعلاوه پیشینه پژوهشی موجود نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از زنان وجود چنین تغییراتی را در روزهای پیش از قاعدگی مورد تأیید قرار داده و از آن به‌عنوان موضوعی آزارنده یا لاقابل‌مختل‌کننده در زندگی فردی و اجتماعی خود یاد می‌کنند (سلطان و همکاران، ۲۰۲۲). حجم قابل توجهی از پژوهش‌های انجام گرفته (دنرستین، لیهرت و هاینمن، ۲۰۱۱؛ ریتن‌هاوس، ۱۹۹۱؛ شهاد و حمدان-منصور، ۲۰۱۸؛ گردندی، گابریل و کینگ، ۲۰۲۰؛ علی‌هایی، ۲۰۱۹؛ لی، ۲۰۰۲؛ هاردی و هانتز، ۲۰۲۱)، نیز پیامد تغییرات یا آشفتگی‌های پیشاقاعدگی را در کاهش کیفیت زندگی یا عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی زنان مورد توجه قرار داده‌اند.

از سوی دیگر، دانش پزشکی از اوایل دهه ۱۹۸۰ تاکنون راه‌کارهایی مثل پرتوافکنی بر تخمدان‌ها یا استفاده از مهارگر بازجذب سروتونین (serotonin reuptake inhibitor) را جهت بهبود یا کنترل این تغییرات ناخوشایند معرفی کرده‌اند (رید، پرز و آشر، ۲۰۱۴)، که به وضوح از یک دیدگاه زیست‌پزشکی صرف در این زمینه خبر می‌دهند. چنان‌که این دیدگاه، تغییرات مربوط به روزهای پیشاقاعدگی را آسیب‌شناسی ثابت جسم زنانه در نظر گرفته است و آن را به برهم خوردن توازن در هورمون‌ها یا انتقال‌دهنده‌های عصبی وابسته می‌داند (آشر و پرز، ۲۰۲۰ الف). این در حالی است که پژوهش‌های دو دهه گذشته (ابوطالبی، دهقانی و اکبرزاده، ۲۰۲۰؛ ایسا، ۲۰۱۰؛ آشر و پرز، ۲۰۰۶؛ باس و همکاران، ۲۰۰۹؛ کانچوا-لندلت و ایوانف، ۲۰۲۱؛ کلاین‌اشتاوبر و همکاران، ۲۰۱۶؛ علی‌مرادی و همکاران، ۲۰۲۲؛ موسوی و خرم‌آبادی، ۱۴۰۱؛ میوتا، یهل و بارتز، ۲۰۱۹؛ هان، چا و کیم، ۲۰۱۹) شواهد روزافزونی را پیرامون نقش عوامل روانی-اجتماعی در ایجاد یا تشدید آشفتگی‌های پیشاقاعدگی و نیز بهبود یا کنترل آنها مهیا کرده‌اند؛ به ویژه پژوهش‌های ابوطالبی و همکاران (۲۰۲۰)، باس و همکاران (۲۰۰۹)، کانچوا-لندلت و ایوانف (۲۰۲۱) و علی‌مرادی و همکاران (۲۰۲۲) بر امکان مداخله‌های روان‌شناختی در نوع مواجهه زنان با تغییرات پیشاقاعدگی تأکید می‌نمایند.

در واقع چنین به نظر می‌رسد که پژوهش‌های اخیر به تدریج تمرکز بر راه‌حل‌های پزشکی صرف را ترک و توجه روزافزونی را به شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با تغییرات پیشاقاعدگی نشان داده‌اند (آشر و پرز، ۲۰۲۰ ب). این روش‌های خودمراقبتی و مقابله‌ای، گرچه تغییرات روزهای پیش از قاعدگی را حذف نکرده، اما با تأثیر مثبت در خلق زنان و بهبود توانایی آنها در کنترل تجربه و بیان عواطف منفی خود در این روزها، این تغییرات را آسیب‌زدایی (depathologize) کرده، حس عاملیت بیشتری را در قبال بدن ایجاد و از این طریق کاهش معناداری را در آشفتگی‌های پیشاقاعدگی زنان ایجاد کرده‌اند (آشر و پرز، ۲۰۱۷).

البته مطابق مدل بافتی-شناختی لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) منظور از مقابله (coping)، کیفیتی از تفکر، احساس و رفتار است که در نهایت به تسلط بر یک موقعیت دشوار و معنادار یا لاقابل‌تحمل مقتضیات آن بینجامد. روزهای پیشاقاعدگی نیز بنا به گواه پژوهش‌های گذشته مثال روشنی از همین موقعیت‌های دشوار و معنادار است که علاوه بر تغییرات زیست‌شناختی، به واسطه گفتمان غالب فرهنگی نیز فشار روان‌شناختی خاصی را بر زنان تحمیل می‌سازد (آشر و پرز، ۲۰۰۶). این گفتمان فرهنگی پیام‌های متناقضی را پیرامون قاعدگی زنان منتشر کرده است؛ چنان‌که در عین تکریم قدرت باروری برآمده از همین چرخه قاعدگی میسر، آشفتگی دوران پیشاقاعدگی را به

زلزل، غیرقابل اعتماد بودن و گاه حتی دیوانگی و خطرناک بودن زنان تعبیر کرده (هاکی، آشر و پرز، ۲۰۲۰؛ رید و همکاران، ۲۰۱۴) و در نتیجه به همراه تغییرات زیست‌شناختی، زنان را به سمت حساسیت مضاعف نسبت به هیجانات درونی یا تنش‌های بیرونی در این دوره سوق داده است (آشر، ۲۰۰۴؛ آشر و پرز، ۲۰۱۳).

بعلاوه، در حال حاضر گستره‌ای از شیوه‌های مقابله‌ای مانند پرهیز از قرارگرفتن در تعارض‌های بین‌فردی، شناسایی نیازهای فردی در روزهای قبل از قاعدگی، مراقبه، پرداختن به فعالیت‌های زنانه یا علاقمندی‌های شخصی، کاهش مصرف الکل و کافئین، سودجستن از شبکه حمایتی زنان، توجه به الگوی تغذیه مورد توجه پژوهش‌های این حوزه قرار گرفته است (آشر و پرز، ۲۰۲۰)؛ که رابطه میان آنها با کاهش نشانگان پیشاقاعدگی و بهبود سایر متغیرهای مربوط به سلامت روانی پیش از این مورد تأیید قرار گرفته است (ابوطالبی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایسا، ۲۰۱۰؛ آشر، ۲۰۰۴؛ آشر و پرز، ۲۰۰۶ و ۲۰۱۳؛ کوچمیرچک، جانسون و لابروم، ۱۹۹۴؛ وارن و بیکر، ۱۹۹۲؛ وو-هولت و بوت، ۱۹۹۴؛ هاردی و هانتز، ۲۰۲۱؛ هاکی و همکاران، ۲۰۲۰؛ هان و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش رید و همکاران (۲۰۱۴) نیز با معرفی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی (premenstrual coping measure)، شیوه منسجم و یکپارچه‌ای را جهت ارزیابی این گستره وسیع از شیوه‌های مقابله‌ای در روزهای پیش از قاعدگی معرفی کرده است. تمایز و سودمندی این ابزار به ویژه از این موضوع برمی‌خیزد که شیوه‌های مقابله‌ای زنان برای مواجهه با تغییرات ناخوشایند این دوره را در قالب پنج مؤلفه مختلف اجتناب از آسیب (avoiding harm)، آگاهی و پذیرش تغییرات پیشاقاعدگی (awareness and acceptance of premenstrual change)، مراقبت از خود (self-care)، برقراری ارتباط (communicating) و تنظیم انرژی (adjusting energy) مورد توجه قرار گرفته است. مؤلفه نخست، یعنی اجتناب از آسیب، نماینده شیوه‌ای از مقابله است که طی آن، زنان می‌کوشند تا در روزهای پیشاقاعدگی خود از موقعیت‌ها، افراد، گفتگوها و افکاری که بالقوه امکان آشفته ساختن آنها را دارند، دور بمانند. این مؤلفه به وضوح، گزینش عامدانه انزوای اجتماعی و ساختاردهی به فرایندهای شناختی را به‌عنوان راه‌حلی مؤثر در مواجهه با آشفته‌گی‌های دوره پیشاقاعدگی مطرح می‌نماید. مؤلفه دوم یعنی آگاهی و پذیرش تغییرات پیشاقاعدگی، شیوه‌ای از مقابله است که یک زن از تمامی تغییرات فیزیکی و عاطفی ممکن در این دوره مطلع بوده و آن را به‌عنوان امری کاملاً طبیعی در حیات زنانه خود پذیرفته است. مؤلفه مراقبت از خود، شیوه‌ای از مقابله است که تمرکز یک زن بر نیازهای جسمی و فعالیت‌هایی که موجب آرامش و راحتی آنها می‌شود را در برمی‌گیرد. مؤلفه چهارم یعنی برقراری ارتباط نماینده شیوه‌ای از مقابله است که زنان از طریق گفتگوی با یکدیگر، می‌کوشند حمایت لازم برای نیازها و عواطف این دوره را فراهم آورند. در نهایت مؤلفه تنظیم انرژی، شیوه‌ای از مقابله است که یک زن با هماهنگ ساختن برنامه زندگی خود به تنظیم وضعیت عاطفی و جسمانی خود در روزهای پیش از قاعدگی می‌پردازد (رید و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهش‌هایی که تاکنون با این ابزار انجام گرفته است (دشبنده و همکاران، ۲۰۱۹؛ مدنا و همکاران، ۲۰۲۲؛ هاردی و هانتز، ۲۰۲۱)، نقطه قوت این ابزار را به معرفی همین پنج مؤلفه متفاوت موکول می‌دانند. به بیان دیگر، همین دسته‌بندی شیوه‌های مقابله با تغییرات پیشاقاعدگی، امکان مطالعه سازمان‌یافته‌تر روابط همبستگی و همین‌طور مقایسه تأثیر میان شیوه‌های مختلف مقابله با تغییرات پیشاقاعدگی را در پژوهش‌های اخیر میسر ساخته است (پال، مندال و پادر، ۲۰۲۳). پژوهش حاضر با هدف معرفی نسخه فارسی این ابزار و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آن در نمونه‌ای از دانشجویان دختر ایرانی انجام گرفته است.

## • روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی است و به لحاظ روش در دسته پژوهش‌های توصیفی-همبستگی قرار می‌گیرد. جامعه‌آماری شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه سلمان فارسی کازرون در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و گردآوری داده‌های پژوهش به شیوه آنلاین صورت گرفته است. بدین ترتیب که ۳۰۳ دانشجوی دختر که با پاسخ گفتن به لینک سوالات در مطالعه حاضر مشارکت کرده و شامل ملاک‌های خروج نبودند، به‌عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. گفتنی است ابتلا به عوارض جدی در چرخه قاعدگی با تشخیص پزشک زنان، زایمان و نازایی به‌عنوان ملاک خروج مورد توجه قرار گرفته بود. البته حجم نمونه فوق بنا به راهنمایی دو منبع کلاین (۲۰۱۵) و بتلر و چو (۱۹۸۷) کافی بود. چرا که مطابق منبع نخست، حداقل یک نمونه ۲۰۰

نفری جهت انجام الگوی معادلات ساختاری لازم است. بنا به منبع دوم نیز برای انجام تحلیل عاملی تأییدی نمونه باید شامل حداقل ۵ الی ۱۰ نفر به ازای هر ماده باشد که با توجه به ۳۲ ماده مقیاس PMCM در مورد نمونه پژوهش حاضر مصداق یافته است. در این پژوهش جهت دستیابی به نسخه فارسی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای پیش‌قاعدگی، سه مرحله به صورت پی‌درپی انجام گرفت. در گام نخست، نسخه اصلی پرسشنامه توسط پژوهش‌گر به فارسی ترجمه شد؛ در مرحله دوم نسخه اولیه فارسی توسط یک مترجم حرفه‌ای مجدداً به زبان انگلیسی بازگردانده شد و سپس توسط یکی از اساتید متخصص در حوزه آموزش زبان انگلیسی با نسخه اصلی ابزار مقایسه شد. در مرحله سوم به منظور بررسی روشنی و دقت عبارات ترجمه شده، هر دو نسخه فارسی و انگلیسی مورد بازبینی و اصلاح دو نفر از اساتید روان‌شناسی دانشگاه قرار گرفت. بعلاوه در این مرحله، نسخه فارسی در دسترس پنج دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی قرار گرفت تا نسبت به روشنی و مفهوم بودن جملات اطمینان حاصل شود. در نهایت، با ترکیب ابزارهای پژوهش و توضیحات ابتدایی که از دانشجویان دختر جهت مشارکت در این مطالعه دعوت می‌کرد، یک لینک گردآوری آنلاین داده‌ها روی سایت پرس‌لاین ایجاد شد. این لینک به مدت ۶۴ روز (از تاریخ ۲۳ آبان ۱۴۰۰ تا ۲۷ دی ۱۴۰۰) فعال بوده و در این مدت ۳۰۳ دانشجوی دختر دانشگاه سلمان فارسی کازرون به آن پاسخ داده‌اند.

## • ابزارها

**الف) اندازه‌گیری مقابله با پیش‌قاعدگی (PMCM) (premenstrual coping measure):** این ابزار توسط رید و همکاران (۲۰۱۴) طراحی شده و دارای ۳۲ ماده است که همگی روی یک لیگرت پنج‌درجه‌ای از «در مورد من صدق نمی‌کند» (معادل ۱) تا «تقریباً همیشه در مورد من صدق می‌کند» (معادل ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. چنان که گفته شد ماده‌های این ابزار علاوه بر یک نمره کل، نمرات مربوط به پنج خرده‌مقیاس اجتناب از آسیب (۸ ماده)، آگاهی و پذیرش تغییرات پیش‌قاعدگی (۱۰ ماده)، تنظیم انرژی (۵ ماده)، مراقبت از خود (۴ ماده) و برقراری ارتباط (۵ ماده) را فراهم می‌سازند. رید و همکاران (۲۰۱۴)، به منظور بررسی ساختار عاملی این ابزار از هر دو تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده و جهت بررسی همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ را محاسبه کرده‌اند. مقادیر آلفای کرونباخ در پژوهش آنها جهت پنج خرده‌مقیاس فوق به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۸۱ و ۰/۶۸ گزارش شده است. علاوه بر رید و همکاران (۲۰۱۴)، از ضرایب همبستگی میان پنج خرده‌مقیاس بالا به عنوان شاهدهی برای روایی سازه ابزار خود استفاده کرده‌اند. فرایند بررسی روایی و اعتبار نسخه فارسی این ابزار در بخش یافته‌های پژوهش حاضر به تفصیل مورد توجه قرار گرفته است. قابل ذکر است که علاوه بر دو فرایند تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، جهت بررسی همسانی درونی این نسخه از مقادیر آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد نیز استفاده شده است. همچنین جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر پیرامون روایی سازه نسخه فارسی، از همبستگی با سه پرسشنامه غربال‌گری علایم قبل از قاعدگی، مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت و پرسشنامه نگرش به قاعدگی نیز استفاده شده است.

**ب) ابزار غربال‌گری نشانه‌های قبل از قاعدگی (PSST) (premenstrual symptoms screening Tool):** این ابزار توسط استاینر، مک‌دوگال و براون (۲۰۰۳)، به منظور شناسایی بانوان مبتلا به نشانگان پیش‌قاعدگی (premenstrual syndrome) و اختلال ملال پیش‌قاعدگی (premenstrual dysphoric disorder) طراحی شده است. این ابزار دارای ۱۹ ماده است که در دو بخش علایم (۱۴ علامت خلقی، جسمی و رفتاری) و تأثیر علایم بر زندگی (۵ ماده) سازمان‌دهی شده‌اند. هر دو بخش نیز روی یک لیگرت چهاردرجه‌ای از «اصلاً» (معادل ۰) تا «شدید» (معادل ۳) نمره‌گذاری می‌شوند. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی ابزار نیز نخستین بار در پژوهش سیه‌بازی و همکاران (۱۳۹۰)، روی نمونه‌ای از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش به منظور بررسی اعتبار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده و مقادیر آن برای بخش‌های علایم و تأثیر علایم روی زندگی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ ذکر شده است. سیه‌بازی و همکاران (۱۳۹۰)، مقادیر نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) برای نسخه فارسی ابزار را به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر مقادیر آلفای کرونباخ برای کل ابزار و دو خرده‌مقیاس علایم و تأثیر علایم روی زندگی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۸ و ۰/۸۹ برآورده شده است.

**ج) مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت-فرم C (multidimensional health locus of control scale-C):** فرم C از مقیاس‌های چندوجهی کنترل سلامت دارای ۱۸ ماده است و نخستین بار در پژوهش والتسون،

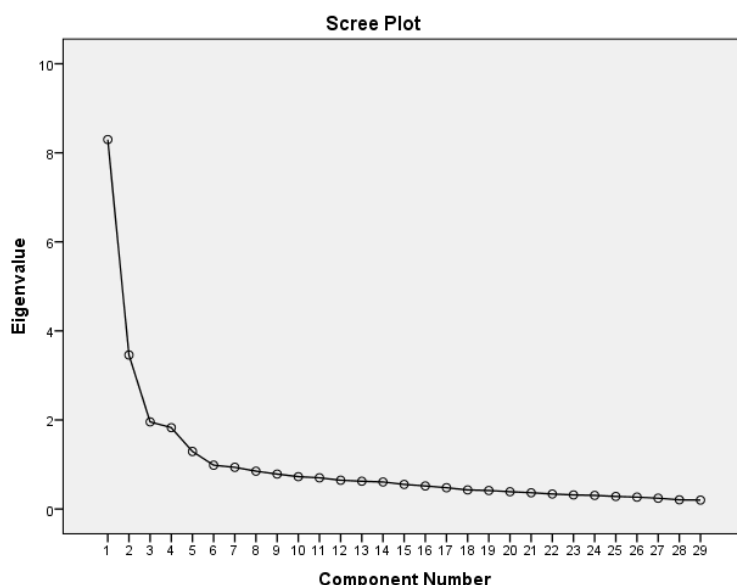
استین و اسمیت (۱۹۹۴) معرفی شده است. ماده‌های این مقیاس روی یک لیکرت شش درجه‌ای از «بسیار مخالف» (معدل ۱) تا «بسیار موافق» (معدل ۶) درجه‌بندی شده و ۴ خرده‌مقیاس منبع درونی کنترل سلامت (۶ ماده)، افراد مهم خارج از کادر درمان به‌عنوان منبع کنترل سلامت (۳ ماده)، پزشکان به‌عنوان منبع کنترل سلامت (۳ ماده) و منبع کنترل سلامت مرتبط با شانس (۶ ماده) را تشکیل می‌دهند. ویژگی‌های روان‌سنجی برای نسخه فارسی این مقیاس نیز در پژوهش مانی و همکاران (۱۳۹۷)، در نمونه‌ای از بزرگسالان نرمال مطالعه و ساختار چهار عاملی آن مورد تأیید قرار گرفته است. بعلاوه در پژوهش فوق، جهت بررسی روایی همزمان نسخه فارسی از همبستگی با فرم B مقیاس استفاده شده است. مانی و همکاران (۱۳۹۷)، مقدار آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و چهار خرده‌مقیاس منبع کنترل شانس، منبع کنترل درونی، منبع کنترل پزشکان و منبع کنترل افراد مهم غیر کادر درمان را به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز مقادیر آلفا برای کل مقیاس و چهار خرده‌مقیاس فوق به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۶۶ و ۰/۶۵ برآورده شده است.

**د) پرسشنامه نگرش به قاعدگی (menstrual attitude questionnaire (MAQ):** نسخه اصلی پرسشنامه نگرش به قاعدگی توسط بروکس-گان و رابل (۱۹۸۰) طراحی شده و دارای ۳۳ ماده است که همگی بر یک لیکرت هفت درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» (معدل ۱) تا «کاملاً موافقم» (معدل ۷) نمره‌گذاری می‌شوند. این ابزار دارای یک نمره کل نیست؛ اما ماده‌های آن پنج خرده‌مقیاس قاعدگی به‌عنوان یک رویداد ناتوان‌ساز (۸ ماده)، قاعدگی به‌عنوان یک رویکرد طبیعی (۵ ماده)، قاعدگی به‌عنوان یک رویداد آزاردهنده (۵ ماده)، انکار تأثیر قاعدگی (۷ ماده) و انتظار و پیش‌بینی قاعدگی (۸ ماده) را تشکیل می‌دهند. نسخه فارسی این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۳۹۱ در مطالعه محمدی‌ریزی، کردی و شاکری به کار رفته است. از میان پژوهش‌های اخیر که از نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به قاعدگی استفاده کرده‌اند نیز می‌توان به دو مطالعه غیائی (۲۰۱۹) و مختاری و دیگران (۲۰۲۰)، اشاره کرد. در پژوهش غیائی (۲۰۱۹) که روی نمونه‌ای از دانشجویان انجام گرفته، ضریب آلفای کرونباخ برای پنج خرده‌مقیاس این پرسشنامه در بازه‌ای از ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ و در پژوهش مختاری و همکاران (۲۰۲۰)؛ که روی بانوان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت تربیت حیدریه انجام گرفته، ضرایب آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۵ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفا برای پنج خرده‌مقیاس فوق در دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۸۰ محاسبه شده است.

## • یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان دختر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر به ترتیب ۲۱/۲۲ و ۲/۷۳ است که در زمان انجام این مطالعه، ۲۷۹ نفر از آنها در مقطع کارشناسی، ۲۱ نفر در مقطع کارشناسی ارشد و سه نفر در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بوده‌اند. همچنین ۱۹ درصد از این نمونه، طول قاعدگی خود را «تا چهار روز»، ۶۹ درصد «بین ۴ تا ۷ روز» و ۱۲ درصد «بیشتر از ۷ روز» گزارش کرده‌اند.

برای بررسی مقدماتی ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیش‌قاعدگی از تحلیل عاملی اکتشافی در نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شده است. این تحلیل به‌روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریانس و براساس دو ملاک ارزش ویژه بزرگتر از یک و نمودار سنگریزه انجام شده است. مقادیر مربوط به دو شاخص کفایت نمونه‌گیری کایزر-میر-الکین ( $KMO=0/88$ ) و آزمون کرویت بارتلت (با مقدار  $4066/81$ ، درجه آزادی  $406$  و معناداری در سطح  $p < 0/001$ ) مطابق نظر میرز، گامست و گارینو (۲۰۰۶)، بر کفایت همبستگی و قابلیت عاملی شدن در ماده‌های پرسشنامه دلالت دارند. همچنین با تکیه بر دو ملاک ارزش ویژه بزرگتر از یک و نمودار سنگریزه، پنج عامل استخراج شدند که روی هم رفته ۵۸ درصد واریانس موجود را تبیین می‌نماید. هر چند ماده‌های ۱۸، ۲۳ و ۳۱ پرسشنامه (به ترتیب «می‌دانم که برای کمک به خودم چه کاری لازم است انجام دهم»، «غذاهای شیرین بیشتری می‌خورم» و «سعی می‌کنم احساسم را بروز ندهم») به دلیل بار عاملی کوچکتر از ۰/۳۰ از فرایند تحلیل عاملی حذف شدند. نمودار سنگریزه در شکل ۱ و ارزش‌های ویژه مربوط به مؤلفه‌های استخراج شده در جدول ۱ گزارش شده است.



شکل ۱. نمودار سنگریزه مربوط به تحلیل عاملی اکتشافی

جدول ۱. بارعاملی ماده‌های نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیش‌قاعدگی، ارزش ویژه و درصد واریانس تبیین شده مؤلفه‌ها

بارعاملی					ماده *
عامل پنجم	عامل چهارم	عامل سوم	عامل دوم	عامل اول**	
				۰/۵۵	۹. می‌پذیرم که در این ایام، خلق و خویم متغیر است.
				۰/۶۸	۱۰. به این نکته واقف هستم که تغییرات من در این ایام موقتی است.
				۰/۶۷	۱۱. فکرمی‌کنم احساس متفاوت من در این ایام اشکالی ندارد.
				۰/۷۰	۱۲. از تغییرات بدنی خودم آگاه هستم.
				۰/۷۷	۱۳. فکرمی‌کنم هیجانی بودن یا حساس شدن من در این ایام اشکالی ندارد.
				۰/۷۴	۱۴. از تغییرات هیجانی‌ام آگاه هستم.
				۰/۷۹	۱۵. فکرمی‌کنم که تغییرات من در این ایام، بخش طبیعی تجربه‌های یک زن است.
				۰/۷۶	۱۶. می‌دانم که زنان دیگر نیز چنین احوالی را تجربه می‌کنند.
				۰/۶۹	۱۷. فکرمی‌کنم اشکالی ندارد در این ایام نیازهای بدنی متفاوتی داشته باشم.
			۰/۷۱		۱. از موقعیت‌هایی که ممکن است مرا عصبی کنند، اجتناب می‌کنم.
			۰/۷۵		۲. از افرادی که ممکن است باعث خشم و ناراحتی من شوند، دوری می‌کنم.
			۰/۶۹		۳. از طرح موضوعاتی که پتانسیل ایجاد تعارض با دیگران را دارند، طفره می‌روم.
			۰/۷۶		۴. اگر احساس کنم که موقعیتی مرا عصبی می‌کند، سریع خودم را از آن موقعیت بیرون می‌کشم.
			۰/۷۱		۵. از موقعیت‌هایی که می‌دانم در آنها احساس آسیب‌پذیری می‌کنم، دوری می‌کنم.
			۰/۷۳		۶. از گفتگوهایی که ممکن است باعث ناراحتی من شود، اجتناب می‌کنم.
			۰/۶۳		۷. سعی می‌کنم از پرداختن به مسائل دشوار خانوادگی خودداری کنم.
			۰/۶۸		۸. از پذیرش یا تأثیر گرفتن از افکار منفی‌ام سرباز می‌زنم.
		۰/۷۸			۲۸. برای این که به دیگران بگویم در این ایام چه حسی دارم، احساس اطمینان می‌کنم.
		۰/۷۷			۲۹. برای این که به دیگران بگویم در این ایام چه نیازهایی دارم، احساس اطمینان می‌کنم.
		۰/۷۵			۳۰. در مورد چیزی که در این ایام حس می‌کنم، با دیگران حرف می‌زنم.
		۰/۶۵			۳۲. از دیگران درخواست کمک می‌کنم.
	۰/۶۶				۲۴. برای انجام کارهایی که آرامم می‌کند (مثل حمام، ماساژ یا کتاب خواندن) وقت می‌گذارم.
	۰/۶۹				۲۵. برای تمرکز بر نیازهای خودم وقت می‌گذارم.
	۰/۵۵				۲۶. به خودم وقت بیشتری برای استراحت کردن می‌دهم.
	۰/۶۷				۲۷. کارهایی را برای راحت‌بودن خودم انجام می‌دهم.
۰/۵۴					۱۹. احساساتم را از طریق انفجارهای هیجانی تخلیه می‌کنم.
۰/۷۷					۲۰. فعالیت‌های اجتماعی‌ام را کاهش می‌دهم.
۰/۷۲					۲۱. کمتر روی رسیدگی به نیازهای دیگران تمرکز می‌کنم.
۰/۶۴					۲۲. کمتر ورزش می‌کنم.
۲/۲۶	۲/۳۸	۲/۵۴	۴/۴۶	۸/۳۰	ارزش ویژه
۷/۷۸	۸/۲۲	۸/۷۶	۱۵/۳۷	۱۷/۹۲	درصد واریانس تبیین شده
				۵۸/۰۵	درصد واریانس کل تبیین شده

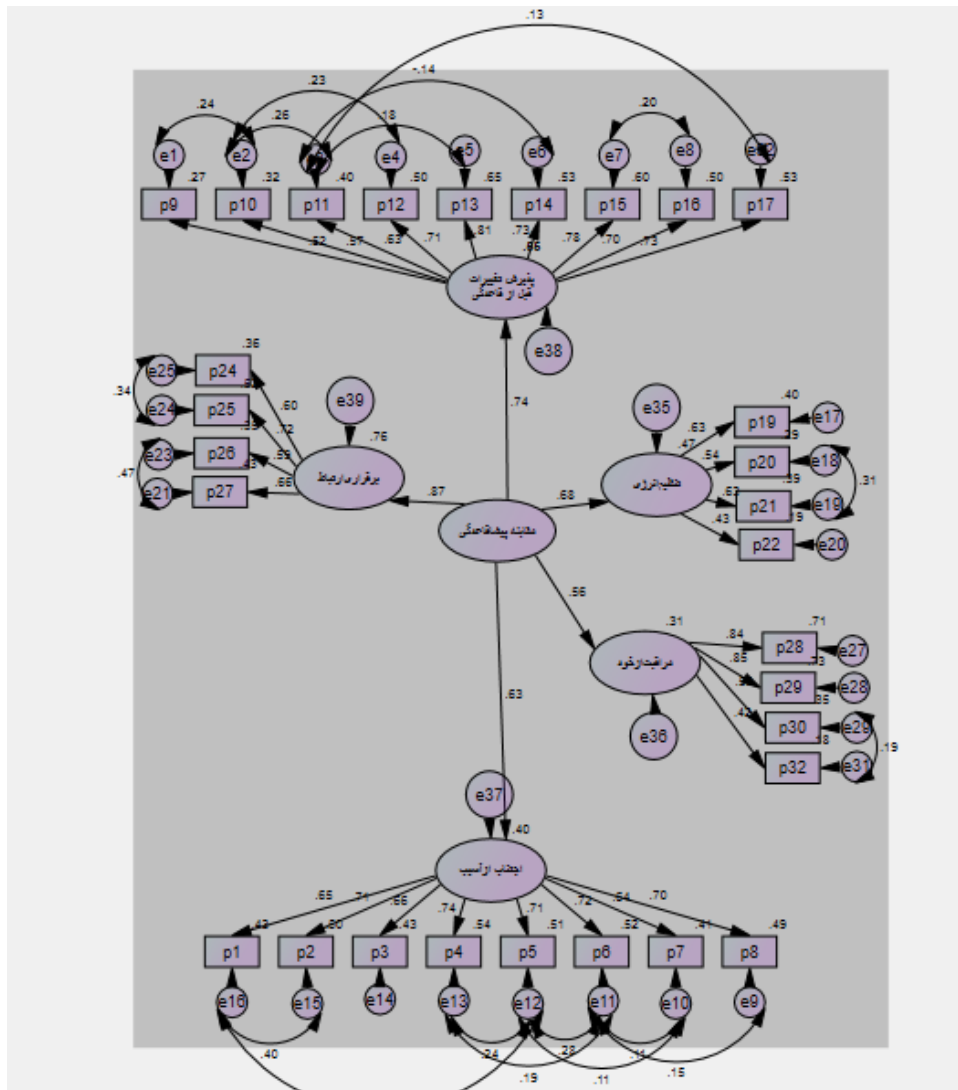
\* نکته (۱): تمامی ماده‌های پرسشنامه با عبارت «در روزهای پیش از قاعدگی» آغاز می‌شود. \*\* نکته (۲): عامل ۱: آگاهی و پذیرش تغییرات قبل از قاعدگی؛ عامل ۲: اجتناب از آسیب؛ عامل ۳: برقراری ارتباط؛ عامل ۴: مراقبت از خود؛ عامل ۵: تنظیم انرژی

به منظور بررسی نهایی ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس PCMC، یک تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم نیز در نرم افزار AMOS-22 انجام و شاخص‌های برازش مربوط به آن در جدول ۲ گزارش شده است. مطابق این جدول، مقادیر مربوط به شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، برازش تطبیقی (CFI)، برازش هنجار شده (NFI)، برازش افزایشی (IFI) و شاخص توکر-لوییس (TLI) همگی بزرگتر از ۰/۹۰ هستند. مقادیر نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (CMIN/DF)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) و سطح احتمال برای تناسب نزدیک (PCLOSE) نیز به ترتیب کوچکتر از ۳، کوچکتر از ۰/۰۷ و بزرگتر از ۰/۰۵ است که در بازه قابل قبول کلاین (۲۰۱۶) برای این دو شاخص قرار می‌گیرد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مربوط تحلیل عاملی تأییدی

شاخص	PCLOSE	RMSEA	TLI	IFI	NFI	CFI	GFI	CMIN/DF
مقدار	۰/۸۱	۰/۰۵	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۰	۱/۶۵
مقدار مطلوب	>۰/۰۵	<۰/۰۸	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۳

نمودار مربوط به مدل ساختاری نیز در شکل ۲ به نمایش در آمده است. در این شکل، واریانس تبیین شده هر ماده و نیز واریانس که برای هر عامل تبیین شده نیز گزارش شده است.



۲. مدل ساختاری مربوط به تحلیل عاملی تأییدی

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات حاصل از این پنج مؤلفه که به ترتیب آگاهی و پذیرش تغییرات قبل از قاعدگی، اجتناب از آسیب، برقراری ارتباط، مراقبت از خود و تنظیم انرژی نامیده شده نیز در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های پنج‌گانه مقیاس PMCM

میانگین	انحراف معیار	کمینه مقدار	بیشینه مقدار	کجی	کشیدگی
۳۵/۶۳	۷/۲۷	۹	۴۵	-۰/۹۵	۰/۹۶
۲۱/۹۳	۶/۸۷	۸	۴۰	-۰/۰۴	-۰/۲۹
۱۴/۱۶	۳/۵۹	۴	۲۰	-۰/۲۹	-۰/۳۲
۱۱/۷۰	۳/۶۷	۴	۲۰	-۰/۰۷	-۰/۵۴
۱۱/۹۷	۳/۳۹	۴	۲۰	-۰/۱۰	-۰/۲۲

جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر پیرامون روایی سازه نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی نیز از همبستگی میان نمره کل و نمرات پنج خرده‌مقیاس این پرسشنامه با نمرات حاصل از خرده‌مقیاس‌های سه پرسشنامه نگرش به قاعدگی، پرسشنامه غربال‌گری علایم قبل از قاعدگی و مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت استفاده شده است. ماتریس همبستگی حاصل در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. ماتریس همبستگی نمرات حاصل از مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی و سایر ابزارهای پژوهش

مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی						
کل مقیاس	اجتناب از آسیب	پذیرش تغییرات	تنظیم انرژی	مراقبت از خود	برقراری ارتباط	
$\alpha=۰/۹۰$	$\alpha=۰/۸۹$	$\alpha=۰/۸۸$	$\alpha=۰/۷۲$	$\alpha=۰/۸۱$	$\alpha=۰/۷۹$	
۰/۳۹**	۰/۱۴*	۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۳۶**	۰/۲۲**	قاعدگی به‌عنوان یک رویداد ناتوان‌ساز
۰/۳۹**	۰/۱۵*	۰/۴۵**	۰/۰۷	۰/۳۹**	۰/۲۳**	قاعدگی به‌عنوان یک رویداد طبیعی
۰/۰۱	۰/۰۸	-۰/۰۷	-۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۴	انکار هرگونه تأثیر برای عادت ماهیانه
۰/۴۲**	۰/۱۹**	۰/۴۱**	۰/۲۷**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	انتظار و پیش‌بینی شروع قاعدگی
۰/۲۵**	۰/۱۶**	۰/۱۹**	۰/۲۴**	۰/۲۳**	۰/۲۳**	قاعدگی به‌عنوان یک رویداد آزارنده
۰/۲۵**	۰/۱۴*	۰/۱۲*	۰/۴۶**	۰/۰۸	۰/۱۷**	شدت علایم قاعدگی
۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۰۰	۰/۳۸**	-۰/۰۱	۰/۰۴	ناکارآمدی ناشی از قاعدگی
۰/۱۶**	۰/۱۸**	۰/۰۲	۰/۲۸**	۰/۰۱	۰/۱۳*	شانس
۰/۴۵**	۰/۲۳**	۰/۴۶**	۰/۱۳*	۰/۴۱**	۰/۲۷**	کنترل درونی
۰/۳۳**	۰/۱۸**	۰/۳۶**	۰/۱۱*	۰/۲۲**	۰/۲۱**	کنترل بیرونی - دیگران مهم
۰/۳۳**	۰/۱۷**	۰/۲۸**	۰/۱۶**	۰/۳۰**	۰/۲۴**	کنترل بیرونی - پزشکان

جدول ۳ همچنین حاوی مقادیر آلفای کرونباخ جهت تمامی ابزارهای پژوهش حاضر است. چنان که در این جدول نیز مشاهده می‌شود. مقادیر آلفا برای کل پرسشنامه و پنج خرده‌مقیاس آگاهی و پذیرش تغییرات قبل از قاعدگی، اجتناب از آسیب، مراقبت از خود، برقراری ارتباط و تنظیم انرژی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۲ به دست آمده است. مقادیر امگای مک‌دونالد نیز با استفاده از نرم‌افزار JASP-09 برای کل پرسشنامه و پنج خرده‌مقیاس فوق به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۸۸، ۰/۸۰ و ۰/۷۴ محاسبه شده است.

## • بحث

پژوهش حاضر با هدف معرفی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیشاقاعدگی (PMCM) انجام گرفته است. چنان که پیش از این نیز گفته شد، تمایز و سودمندی این ابزار در دسته‌بندی شیوه‌های مقابله‌ای متنوعی است که در پیشینه پژوهشی جهت مواجهه زنان با تغییرات ناخوشایند روزهای پیشاقاعدگی مستند شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نیز گویای همین سودمندی در نسخه فارسی این مقیاس است. به عبارت دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نیز همچون مطالعه رید و همکاران (۲۰۱۴)، وجود یک ساختار عاملی متشکل از پنج مولفه اجتناب از آسیب، آگاهی و پذیرش تغییرات پیشاقاعدگی، مراقبت از خود، برقراری ارتباط و تنظیم انرژی را در نسخه فارسی این ابزار مورد تایید قرار می‌دهد. گرچه بایستی به خاطر داشت که در فرایند تحلیل عاملی سه گویه به واسطه بار عاملی اندک حذف گردید و در نهایت، نسخه فارسی مقیاس از ۲۹ ماده باقیمانده تشکیل شده است. همسانی درونی نیز که با محاسبه دو شاخص ضریب آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد مورد بررسی قرار گرفته، گویای پایایی قابل توجه این نسخه در مفهوم

همسانی درونی است. جالب این که مقادیر آلفای کرونباخ بدست آمده در پژوهش حاضر نیز به مقادیر گزارش شده از سوی رید و همکاران (۲۰۱۴) بسیار نزدیک بوده است. به علاوه، ضرایب همبستگی نمرات ناشی از نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای پیش‌قاعدگی و سه ابزار پرسشنامه نگرش به قاعدگی، پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی و مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت، ضمن تایید روایی سازه این پرسشنامه، نکات قابل تاملی را پیرامون راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان دختر شرکت کننده در این پژوهش مطرح می‌سازد. نخست اینکه نمره کل بدست آمده از نسخه فارسی مقیاس PMCM دارای بیشترین همبستگی با خرده‌مقیاس انتظار و پیش‌بینی شروع قاعدگی (در پرسشنامه نگرش به قاعدگی) و کنترل درونی (در مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت) می‌باشد. به کلام روشن‌تر بهره‌مندی از راهبردهای مقابله‌ای در نزد بانوان جوان مرتبط با نگرشی است که چرخه قاعدگی را به عنوان بخشی اجتناب‌ناپذیر از حیات زیستی یک زن پذیرفته و امکان کنترل و کنارآمدن بهینه با آن را انکار نمی‌نماید. چنین نگرشی به طور واضح با انکار تفاوت‌های جنسیتی میان زن و مرد و تبعات چرخه قاعدگی برای زنان یا تلقی آن به عنوان تجربه‌ای آزارنده یا ناتوان‌کننده متفاوت است. همبستگی نسبتاً بالا میان نمره کل مقیاس راهبردهای مقابله‌ای و مولفه کنترل درونی مقیاس منبع کنترل سلامت نیز گویای همین پذیرش و باور به امکان کنترل و کنارآمدن بهینه است.

### • نتیجه‌گیری

به هر حال، هدف از پژوهش حاضر تنها معرفی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای بوده و دقت و تأمل در رابطه این راهبردهای مقابله‌ای با سایر متغیرهای مربوط به زنان موضوعی است که بر عهده پژوهش‌های آتی خواهد بود. هرچند بایستی به محدودیت‌های خاص پژوهش حاضر، به ویژه در تکیه این مطالعه بر دختران دانشجو که به لحاظ برخورداری از دانش سلامت، سن باروری و آشنایی با راهبردهای مقابله‌ای نمونه خاصی تلقی می‌شوند، توجه کرد. به طور کلی می‌توان گفت که یافته‌های پژوهش حاضر، نسخه فارسی مقیاس PMCM را به عنوان ابزاری مناسب جهت پژوهش‌های آتی در حوزه مسائل زنان معرفی می‌کند. هرچند بایستی به محدودیت خاص این مطالعه در تمرکز بر یک نمونه دانشجویی نیز توجه کرد و در پژوهش‌های آتی به کاربرد نسخه فارسی این مقیاس در گروه‌های سنی مختلف زنان اقدام کرد. به علاوه، می‌توان در پژوهش‌های بعدی به مطالعه تأثیر عوامل مختلف روانی، اجتماعی، خانوادگی بر راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده دختران و زنان ایرانی پرداخت. به هر ترتیب، به نظر می‌رسد که وجود یک ساختار پنج عاملی در نسخه فارسی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای قابلیت مناسبی جهت بررسی روابط همبستگی در سطحی ریزبینانه‌تر را به این پژوهش‌ها خواهد بخشید.

### • تعارض منافع

نویسندگان متعهد می‌شوند که هیچ‌گونه تعارض منافی در پژوهش وجود ندارد.

### • تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی خود را از تمام دانشجویانی که در این پژوهش مشارکت کرده‌اند، اعلام می‌دارند.

### • منابع

- سیه بازی، شیوا. حریری، فاطمه‌زهرا. منتظری، علی. و مقدم بنائم، لیدا. (۱۳۹۰). استانداردسازی پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی PSST: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. پایش، ۱۰(۴)، ۴۲۷-۴۲۱.
- مانی، آرش. احسنت، نگار. نخل‌پرور، نیوشا. و اسدی‌پویا، علی‌اکبر. (۱۳۹۷). بررسی خصوصیات روان‌سنجی فرم C از مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت بر روی بزرگسالان نرمال. مجله علوم پزشکی صدر، ۷(۱)، ۵۷-۴۸.
- محمدی‌ریزی، سهیلا؛ کردی، معصومه؛ و شاکری، محمدتقی. (۱۳۹۱). ارتباط علائم پیرامون قاعدگی با نگرش نسبت به قاعدگی در دختران دانش آموز دبیرستانی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۹۰. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۵(۸)، ۲۵-۳۱.



موسوی، سیده زهرا. و خرم‌آبادی، رضیه. (۱۴۰۱). شیوع نشانه‌های ملال پیش‌قاعدگی در زنان ایرانی و رابطه آن با دشواری در تنظیم هیجانی و تغییر شدت علائم طی همه‌گیری کووید ۱۹. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲۶)، ۲۳-۱۲.

- Abootalebi, M., Dehghani, M., & Akbarzadeh, M. (2020). Implementing of mental health training programs for promotion of health affected teenage girls to premenstrual syndrome: A community-based study. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(155), 1-6.
- Alimoradi, Z., Rajabalipour, S., Rahmani, K., & Pakpour, A. (2022). The effect of a social network-based cognitive behavioral therapy intervention on the severity of premenstrual syndrome symptoms: a protocol of a randomized clinical trial study. *Trials*, 23(1), 1-11.
- Allihibi, A. (2019). Premenstrual Syndrome-Prevalence, Severity and Effect on Academic Performance: A Comparative Study Between Students of Medicine and Literature. *Journal of Women's Health and Gynecology*, 6, 1-18.
- Bentler, P., & Chou, C. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological methods & research*, 16(1), 78-117.
- Brooks-Gunn, J., & Ruble, D. (1980). The menstrual attitude questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 42(5), 503-512.
- Busse, J., Montori, V., Krasnik, C., Patelis-Siotis, I., & Guyatt, G. (2009). Psychological intervention for premenstrual syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(1), 6-15.
- Dennerstein, L., Lehert, P., & Heinemann, K. (2011). Global study of women's experiences of premenstrual symptoms and their effects on daily life. *Menopause international*, 17(3), 88-95.
- Deshpande, S., Vaishampayan, N., Bevinamarad, S., & Patil, S. (2019). Assessment of prevalence and awareness regarding premenstrual syndrome and its coping techniques among the paramedical students—A research study. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 8(11), 893-896.
- Eissa, M. (2010). Personality and psychosocial factors affecting premenstrual syndrome. *Current Psychiatry*, 17(1), 55-62.
- Ghiasi, A. (2019). The effect of gender-role orientation on attitudes towards menstruation in a sample of female university students. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 20(3), 138.
- Grandey, A., Gabriel, A. S., & King, E. B. (2020). Tackling taboo topics: A review of the three Ms. in working women's lives. *Journal of Management*, 46(1), 7-35.
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T., & Kahn, L. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psych neuroendocrinology*, 28, 1-23.
- Han, J., Cha, Y., & Kim, S. (2019). Effect of psychosocial interventions on the severity of premenstrual syndrome: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3), 176-184.
- Hardy, C., & Hunter, M. (2021). Premenstrual symptoms and work: Exploring female staff experiences and recommendations for workplaces. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 36-47.
- Hawkey, A., Ussher, J., & Perz, J. (2020). I Treat My Daughters Not Like My Mother Treated Me: Migrant and Refugee Women's Constructions and Experiences of Menarche and Menstruation. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, 99-113.
- Kancheva Landolt, N., & Ivanov, K. (2021). Cognitive behavioral therapy-a primary mode for premenstrual syndrome management: systematic literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 26(10), 1282-1293.
- Kleinstäuber, M., Schmelzer, K., Ditzen, B., Andersson, G., Hiller, W., & Weise, C. (2016). Psychosocial profile of women with premenstrual syndrome and healthy controls: a comparative study. *International journal of behavioral medicine*, 23(6), 752-763.
- Kline, R. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kuczmierczyk, A., Johnson, C., & Labrum, A. (1994). Coping styles in women with premenstrual syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(5), 301-305.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, S. (2002). Health and sickness: The meaning of menstruation and premenstrual syndrome in women's lives. *Sex roles*, 46(1), 25-35.
- Miota, P., Yahle, M., & Bartz, C. (2019). Premenstrual syndrome: A bio-psycho-social approach to treatment. In *Menstruation, Health, and Illness* (pp. 143-152). Taylor & Francis.
- Modena, R., Bisagno, E., Schena, F., Carazzato, S., & Vitali, F. (2022). How Do Elite Female Athletes Cope with Symptoms of Their Premenstrual Period? A Study on Rugby Union and Football Players' Perceived Physical Ability and Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11168.
- Mokhtari, N., Salavati, A., & Azmoude, E. (2020). The relationship between gender role and attitude toward menstruation with female sexual function: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 18(10), 847.
- Pal, S., Mandal, M., & Poddar, S. (2023). Coping Strategies for Menstrual and Premenstrual Distress: An Overview. In B. S. Parimal & Kavita Gupta, (Eds), *Perspectives on Coping Strategies for Menstrual and Premenstrual Distress*, pp. 133-155. London: Medical Info Science Reference.
- Read, J., Perz, J., & Ussher, J. (2014). Ways of coping with premenstrual change: development and validation of a premenstrual coping measure. *BMC women's health*, 14(1), 1-15.
- Rittenhouse, C. (1991). The emergence of premenstrual syndrome as a social problem. *Social Problems*, 38(3), 412-425.
- Shamnani, G., Gupta, V., Jiwane, R., Singh, S., Tiwari, S., & Bharti, S. (2018). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among medical students and its impact on their academic and social performance. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 8(8), 1205-1205.

- Shehadeh, J., & Hamdan-Mansour, A. (2018). Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspective in Psychiatric Care*, 54(2), 176-184.
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, 6(3), 203-209.
- Sultana, A., Rahman, K., Heyat, M., Alexiou, A., & Akhtar, F. (2022). An Integrative and Holistic Approach in Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder Management. In *The Psychology of Anger* (pp. 145-173). Springer, Cham.
- Ussher, J. (2004). Premenstrual syndrome and self-policing: Ruptures in self-silencing leading to increased self-surveillance and blaming of the body. *Social Theory and Health*, 2(3), 254-272.
- Ussher, J., & Perz, J. (2006). Evaluating the relative efficacy of a self-help and minimal psycho-educational intervention for moderate premenstrual distress conducted from a critical realist standpoint. *Journal of reproductive and infant psychology*, 24(4), 347-362.
- Ussher, J., & Perz, J. (2013). PMS as a process of negotiation: Women's experience and management of premenstrual distress. *Psychology and Health*, 28(8), 909-927.
- Ussher, J., & Perz, J. (2017). Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behavior therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. *PloS one*, 12(4), e0175068.
- Ussher, J. & Perz, J. (2020a). I feel fat and ugly and hate myself: Self-objectification through negative constructions of premenstrual embodiment. *Feminism & Psychology*, 30(2), 185-205.
- Ussher, J., & Perz, J. (2020b). Resisting the mantle of the monstrous feminine: Women's construction and experience of premenstrual embodiment. *The Palgrave handbook of critical menstruation studies*, 215-231.
- Verma, P., Ahmad, S., & Srivastava, R. (2013). Knowledge and practices about menstrual hygiene among higher secondary school girls. *Indian journal of community health*, 25(3), 265-271.
- Wallston, K., Stein, M., & Smith, C. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of personality assessment*, 63(3), 534-553.
- Warren, C., & Baker, S. (1992). Coping resources of women with premenstrual syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(1), 48-53.
- Winkler, I. (2020). Introduction: Menstruation as fundamental. In Bobel et al, (Eds), *The Palgrave handbook of Critical Menstruation Studies*, pp. 9-13. New York: Palgrave MacMillan.
- Wu-Holt, P., & Boutte, J. (1994). The relationship between daily hassles, ways of coping, and menstrual cycle symptomatology. *International Journal of Stress Management*, 1(2), 173-183.

## مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان

### Comparison of the Effectiveness of Logotherapy and Acceptance & Commitment Therapy on Death Anxiety and Quality of Life in Women with Breast Surgery Experience

Narges Shamsozan, MSc

Nasrin Kashfimehr, MSc

Hadi Smkhani Akbarinejad, PhD✉

نرگس شمع سوزان<sup>۱</sup>

نسرین کاشفی مهر<sup>۱</sup>

هادی اسمخانی اکبری نژاد<sup>۲</sup>

#### Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of logotherapy with acceptance & commitment therapy on death anxiety and quality of life in women with breast surgery experience. This was a semi-experimental study with a pretest-posttest, controlled design with follow-up. The study population consisted of all women with breast cancer who were undergoing postmastectomy radiotherapy in Tabriz in 2021. In total, 45 women were selected by a purposive sampling method, and divided into three groups, 15 each. The intervention groups received their respective treatments over 8 sessions of 1.5 hours. The control group did not receive any intervention. The measuring instruments were Templer death anxiety and quality of life questionnaires. Data were analyzed with repeated-measures analysis of variance. The results showed that logotherapy and an acceptance and commitment therapy in comparison with the control group, in the post-test, reduce death anxiety and increase quality of life of women with breast surgery experience, and these results also show a lasting effect in the follow-up stage. Also, these results also show a lasting effect in the follow-up stage. The results also showed that the effect of these two treatments on death anxiety and quality of life in the post-test and follow-up stages were not different. Logotherapy and acceptance and commitment therapy reduces the death anxiety and increases the quality of life in women with breast surgery experience.

**Keywords:** Logotherapy, Acceptance and Commitment Therapy, Death Anxiety, Quality of Life, Mastectomy

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی معنادرمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. ۴۵ نفر با داشتن ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدف‌مند و از میان کلیه زنان ماستکتومی‌شده شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ که مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه، هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. اعضای گروه‌های مداخله، درمان مختص خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) دریافت کردند و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. ابزارهای اندازه‌گیری پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر و کیفیت زندگی بود. تجزیه و تحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت. نتایج نشان داد که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه، در پس‌آزمون، منجر به کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان شده‌اند و این نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان از ماندگاری اثر دارد. همچنین نتایج نشان داد تأثیر این دو درمان بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان شده‌اند.

**واژه‌های کلیدی:** معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب مرگ، کیفیت زندگی، ماستکتومی

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۴/۱۰ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، تبریز، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

## ● مقدمه

سرطان پستان (breast cancer) بعد از سرطان ریه دومین عامل مرگ و میر است (لاتگان، ۲۰۱۹). طی چهار دهه اخیر، سرطان پستان یکی از بیشترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی بوده است (پدرام و همکاران، ۱۳۸۹)؛ به طوری که از کل مبتلایان به سرطان در ایران، ۱۰/۷ درصد از آنها به سرطان پستان مبتلا هستند و از هر هشت زن ایرانی در فاصله سنی ۴۵ تا ۵۵ سال یک نفر مستعد ابتلا به آن است (صادقی صومعه علیایی و همکاران، ۱۳۹۱). سالانه حدود ۶ هزار مورد جدید سرطان پستان در کشور تشخیص داده می‌شود (عباچی زاده و همکاران، ۱۳۹۶).

مداخله‌های پزشکی متنوعی برای درمان سرطان پستان وجود دارد (بورگوین و همکاران، ۲۰۲۱) که جراحی ماستکتومی (mastectomy) یکی از رایج‌ترین آنها است (کیلان و همکاران، ۲۰۲۱). ماستکتومی برداشت حداکثری از بافت پستان، شامل نوک پستان و هاله اطراف آن و غدد لنفاوی زیر بغل است (باووک و همکاران، ۲۰۲۱). در کشور ۸۱ درصد جراحی‌ها از نوع ماستکتومی است (نجفی و همکاران، ۲۰۰۵). جراحی پستان سبب بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد و بر ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی- اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد (کوچان و گورسوی، ۲۰۱۶). بعد از ماستکتومی، زنان تغییرات فیزیکی مختلفی را تجربه می‌کنند که ادراک، افکار، نگرش‌ها، احساسات و باورهایی که درباره بدن‌شان دارند را به سمت منفی سوق می‌دهد (برونت و همکاران، ۲۰۱۳). این امر سبب ایجاد مشکلات روان‌شناختی نظیر افزایش اضطراب مرگ (death anxiety) (یوسفی افراشته و معصومی، ۲۰۲۱) و کاهش کیفیت زندگی (quality of life) (کولینسکی و کوسنو، ۲۰۲۱) می‌شود.

مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل سلامت روانی افراد به‌شمار می‌رود (وینس و تابر، ۲۰۱۷). اضطراب مرگ عبارت است از «نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد، هنگام فکر کردن در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد» (هونگ و همکاران، ۲۰۲۲). چون مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ کس آن را به‌وضوح لمس نکرده، همه به‌نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند و این ترس و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری‌هایی نظیر سرطان به‌مراتب بیشتر از سایر افراد جامعه است (دگی، ۲۰۰۹).

کیفیت زندگی شرایطی است که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند (اسمخانی اکبری نژاد و نقی‌زاده علمداری، ۱۴۰۲)؛ که ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی دارد و در واقع احساسی است که بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد (دالی و همکاران، ۲۰۲۰). بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل وجود دارد و اختلال‌های جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (دالی و همکاران، ۲۰۲۰). بررسی‌ها نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران قلبی پایین است (کولینسکی و کوسنو، ۲۰۲۱).

در مداخله‌هایی که پس از درمان سرطان جهت بهبودی هرچه بهتر و سازگاری سریع‌تر با مشکلات برآمده از درمان آن صورت می‌گیرد، لازم است مداخله‌های روان‌شناختی از جمله مشاوره و روان‌درمانی نیز مدنظر قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخله‌های روان‌شناختی نقش مؤثری در گواه یا کاهش نشانگان روان‌شناختی و یا افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روانی زنان ماستکتومی شده دارند (صبری و همکاران، ۲۰۲۱)، که معنادرمانی (logotherapy) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) از جمله آنها هستند. معنادرمانی جزو مداخله‌های فرآیندمحوری است که بر پایه فلسفه اگزیستانسیالیسم (existentialism) بنا شده است، در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صرفاً یک مداخله روان‌شناختی برآمده از موج‌های اول و دوم رویکردهای رفتاری است؛ از این‌رو دلیل انتخاب این دو درمان در این پژوهش این است که این دو درمان که ماهیتی متفاوت دارند را با هم مقایسه کنیم.

فرانکل در سال ۱۹۲۶ برای اولین بار از اصطلاح معنادرمانی استفاده کرد. او دو سطح از معناجویی را مطرح می‌کند. سطح اول، معنای حاضر یا معنا در زمان حال است و سطح دوم، «فرامعنا» نام دارد که هر شخصی به‌دنبال زندگی خود است (مک‌دونالد و همکاران، ۲۰۱۲). معنادرمانی با درنظر گرفتن گذرایی زندگی و وجود انسانی به‌جای بدبینی و انزوا، انسان را به‌تلاش و فعالیت فرامی‌خواند و بیان می‌کند که آنچه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوب‌شان نیست، بلکه بی‌معناشدن زندگی است که مصیبت‌بار

است. اگر رنج، شجاعانه پذیرفته شود تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می‌تواند حتی معنای بالقوه درد و رنج را نیز شامل شود (فرانکل، ۱۴۰۰). از این‌رو، معنایابی در زندگی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی گروه‌های مختلف بیماران داشته باشد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۴۰۰). معنادرمانی بر کاهش ترس از عود و اضطراب مرگ (کیارسی و همکاران، ۱۴۰۰) و سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۲) و اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات (حق‌دوست و همکاران، ۱۴۰۰) اثربخش است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌شيوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد (هیز و لیلیس، ۲۰۱۶). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آنها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌های‌شان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (بورچهارت، ۲۰۱۶). این درمان بر اضطراب مرگ (فتحی و خلعتبری، ۲۰۱۹) و کیفیت زندگی (اسمی و همکاران، ۱۳۹۸) زنان مبتلا به سرطان و اضطراب مرگ زنان مبتلا به ایدز (اسمخانی اکبری‌نژاد و فاروقی، ۱۳۹۹) اثربخش است.

با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک‌سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه‌های اساسی آنها را که معتقدند این دو درمان بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده مؤثر هستند، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که کدام یک از آنها، روش مناسب‌تری هستند. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر متفاوتی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان دارند؟

## • روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایش با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ بود که به‌دلیل ابتلا به سرطان پستان عمل جراحی ماستکتومی انجام داده و مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند. نمونه‌گیری به‌طریق هدف‌مند صورت پذیرفت. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، چون پراکندگی نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بین بیماران زیاد و متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی‌شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آنها را از منظر نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی هم‌تاسازی کنیم. بنابراین پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر و کیفیت زندگی در بین ۱۰۴ بیمار اجرا شد و از بین ۷۱ نفر که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند ۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی (به‌شيوه قرعه‌کشی) به دو گروه مداخله ۱ و ۲ (هر کدام ۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS (a=۰/۰۵، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین گردید. توضیح این‌که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آنها خواسته شد تا سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: سنین بین ۳۵ تا ۵۵ سال، تأهل، باقی ماندن حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۰ جلسه از پرتودرمانی؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از سرطان پستان، استفاده از داروهای روان‌پزشکی هم‌زمان با اجرای پژوهش حاضر، برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و

گروهی هم‌زمان با اجرای پژوهش حاضر و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بودند. (توضیح این‌که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه در نظر گرفته شدند). پیش از تقسیم تصادفی افراد به گروه‌های مداخله و گواه (به‌شيوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد گروه‌ها به‌شيوه قرعه‌کشی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی همسان شدند (پس از این‌که ملاک‌های ورود به مطالعه، یعنی سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی رعایت شد، برای این‌که کدام یک از آزمودنی‌ها در کدام گروه قرار گیرند از روش پرتاب سکه استفاده شد تا افراد در گروه‌ها قرار گیرند). همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آنها محرمانه نگه داشته شد و در پایان درمان، اعضای گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد.

## • ابزارها

**الف) پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (Templer death anxiety questionnaire- TDAQ):** پرسشنامه ۱۵ ماده‌ای تمپلر (۱۹۷۹) ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ است که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. پرسشنامه‌ای خودسنجی متشکل از ۱۵ ماده بله/خیر است و پاسخ بله نشانه وجود اضطراب در فرد است. دامنه نمره‌های این پرسشنامه از صفر تا ۱۵ است و نمره بیشتر از ۸ معرف درجه زیادی از اضطراب مرگ است. ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۳، روایی هم‌زمان به‌وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (تمپلر، ۱۹۷۰). ساگینو و کلاین (۱۹۹۶) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این پرسشنامه به‌دست آمده است، به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند. در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده است (رجبی و نادری نوبندگانی، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۲ به‌دست آمده است.

**ب) پرسشنامه کیفیت زندگی (quality of life questionnaire- QLQ):** این پرسشنامه شامل ۳۶ ماده با پاسخ‌های چندگزینه‌ای (ضعیف=۱ تا عالی=۵) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامتی‌اش می‌سنجد. این مقیاس دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی و نشاط است، که ضرایب آلفای گزارش شده برای آنها به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این پرسشنامه سوالاتی چون "به‌طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید" دارد. مقیاس‌های گونه فارسی این پرسشنامه به جز مقیاس نشاط ۰/۶۵، از حداقل ضرایب استاندارد اعتبار در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به‌دست داد که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌نمود. این پرسشنامه از اعتبار و روایی لازم برخوردار است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۴ به‌دست آمده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله یک، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) معنادرمانی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی اندرسون (۲۰۰۷) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه مداخله دو، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی هیز و لیلیس (۲۰۱۶) دریافت کردند (جدول ۲). اعضای گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آنها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند، اما به آنها گفته شد که هر وقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد.

## جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل معنادرمانی برنامه درمانی اندرسون (۲۰۰۷)

جلسه	هدف و محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مشاور و فرآیند مشاوره
دوم	آشنایی با رویکرد معنادرمانی
سوم	پذیرش مسئولیت فرد نسبت به خود و دیگران
چهارم	یافتن هدف در زندگی
پنجم	بررسی موضوع مرگ و زندگی؛
ششم	غلبه بر یأس و ناامیدی
هفتم	نگرش و احساسات افراد در زندگی
هشتم	خلاصه و پایان جلسات گروهی، اجرای پس‌آزمون

## جدول ۲. محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق برنامه درمانی هیز و لیلیس (۲۰۱۶)

جلسه	هدف و محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکلیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و بی‌بردن به‌بهبودی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آنها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزآگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هشتم	آموزش تعهد به‌عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

## • یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه شده در سطح (p>۰/۰۵) معنادار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون F متغیرهای اضطراب مرگ (F=۲/۴۴) و کیفیت زندگی (F=۲/۵۶) به ترتیب در سطح (۰/۵۸۸ و ۰/۴۷۶) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کیفیت زندگی (۰/۵۵۰) متغیر اضطراب مرگ در سطح خطای داده شده (۰/۴۶۰) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۰۰) متغیر تاب‌آوری در سطح خطای داده شده (۰/۴۲۱) معنادار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معناداری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴۳/۱۹±۵/۶۰ سال و میانگین و انحراف معیار تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی آنها ۲۴/۹۹±۲/۵۴ بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی آزمودنی‌ها (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	انحراف معیار $\pm$ میانگین	P
سن	معنادرمانی	۴۳/۱۱ $\pm$ ۵/۵۵	۰/۷۸۶*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۲/۴۰ $\pm$ ۶/۲۱	
	گواه	۴۳/۸۱ $\pm$ ۵/۵۲	
	کل	۴۳/۱۹ $\pm$ ۵/۶۰	
تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی	معنادرمانی	۲۴/۱۱ $\pm$ ۲/۴۱	۰/۳۱۷*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۵/۱۳ $\pm$ ۲/۸۰	
	گواه	۲۵/۵۲ $\pm$ ۲/۴۱	
	کل	۲۴/۹۹ $\pm$ ۲/۵۴	

نوع آزمون: واریانس یک‌راهه \*اختلاف معنادار  $p < 0/05$ 

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی روانی در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد ( $P < 0/001$ ). علاوه بر این تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بر زنان با تجربه جراحی پستان پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است ( $P < 0/001$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله با گروه کنترل معنادار است ( $P < 0/001$ ). نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله با گروه کنترل معنادار است ( $P < 0/001$ ). از سوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های مداخله با گروه کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات اضطراب مرگ گروه‌های درمانی کمتر از نمرات گروه کنترل و نمرات کیفیت زندگی گروه‌های درمانی بیشتر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله متفاوت از یکدیگر نیست؛ بنابراین، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پیگیری انحراف معیار $\pm$ میانگین	سطح معناداری تغییرات بین گروهی	سطح معناداری تغییرات داخل گروهی
اضطراب مرگ	معنادرمانی	۱۰/۱۱ $\pm$ ۲/۱۳	۷/۴۲ $\pm$ ۱/۷۰	۷/۴۸ $\pm$ ۱/۷۴	P < 0/001*	P < 0/001*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰/۰۰ $\pm$ ۱/۹۴	۷/۶۶ $\pm$ ۱/۷۸	۷/۶۹ $\pm$ ۱/۹۱		
	گواه	۱۰/۱۶ $\pm$ ۲/۰۰	۱۰/۳۵ $\pm$ ۲/۰۳	۱۰/۴۴ $\pm$ ۱/۹۵		
کیفیت زندگی	سطح معناداری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p = 0/۹۹۵	p < 0/001*	p < 0/001*	-	-
	معنادرمانی	۴۰/۲۶ $\pm$ ۴/۶۱	۵۰/۴۰ $\pm$ ۵/۴۳	۵۰/۲۶ $\pm$ ۵/۳۷	P < 0/001*	P < 0/001*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۰/۸۸ $\pm$ ۵/۱۸	۵۱/۱۰ $\pm$ ۶/۱۳	۵۰/۹۳ $\pm$ ۵/۸۳		
گواه	۴۰/۳۳ $\pm$ ۲/۶۳	۴۱/۱۹ $\pm$ ۳/۵۶	۴۱/۶۵ $\pm$ ۳/۲۱			
سطح معناداری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	سطح معناداری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p = 0/۹۲۴	p < 0/001*	p < 0/001*	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته \*اختلاف معنادار  $p < 0/05$ 

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است. اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب مرگ بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب مرگ نشان داد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله (معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه تفاوت معناداری وجود



دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. همچنین، اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی نشان داد که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله (معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

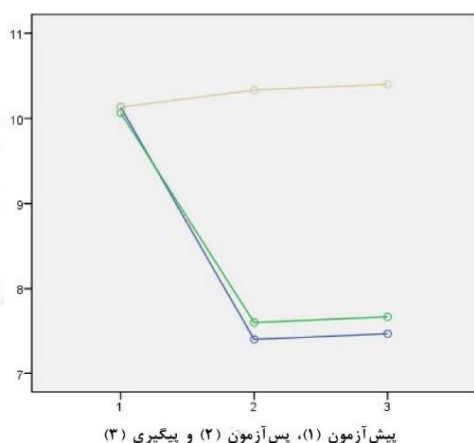
برای بررسی این مهم که نمرات کدام یک از گروه‌ها در متغیرهای اضطراب مرگ و کیفیت زندگی روانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۵). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله با گروه کنترل، معنادار بوده است ( $P < 0.001$ )؛ اما اختلاف میانگین نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله نسبت به یکدیگر معنادار نیست ( $P > 0.05$ ). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله به ترتیب کمتر و بیشتر از نمره گروه کنترل است؛ اما نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی به نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست (نمودار ۱).

جدول ۵. مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

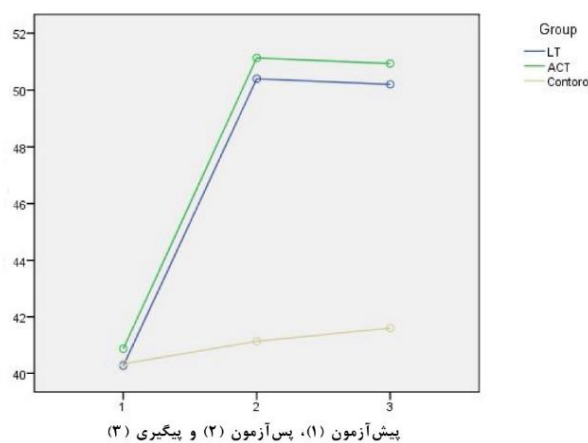
متغیر	گروه معنادارمانی در مقایسه با گروه کنترل		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل		گروه معنادارمانی در مقایسه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
اضطراب مرگ	-۲/۹۳	*۰/۰۰۱	-۲/۷۳	*۰/۰۰۱	-۰/۲۰	۱/۰۰۰
کیفیت زندگی	۹/۲۶	*۰/۰۰۱	۱۰/۰۰	*۰/۰۰۱	-۰/۷۳	۱/۰۰۰

\* p < 0.05

میانگین نمرات متغیر اضطراب مرگ



میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی



نمودار ۱. میانگین نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

## ● بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی با تجربه جراحی پستان بود، که به صورت یک طرح نیمه‌آزمایشی انجام شد. در این راستا، تحلیل داده‌ها نشان داد که معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان تأثیر دارند و تأثیر معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی دارد و اثر زمان معنادار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات اضطراب

مرگ کاهش و کیفیت زندگی افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های مداخله‌ای با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی افراد در هر دو گروه مداخله‌ای مثبت بود.

بنابراین می‌توان گفت که معنادرمانی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است. لازم به ذکر است که در جست‌وجوهای انجام شده هیچ پژوهشی پیدا نشد که اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان را مورد بررسی قرار داده باشد تا بتوان نتایج مورد نظر را از منظر همسویی و ناهمسویی مورد مقایسه قرار داد، اما می‌توان به نتایج پژوهش کیارسی و همکاران (۱۴۰۰)؛ که نشان دادند معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است اشاره کرد. همچنین می‌توان به نتیجه پژوهش حسینیان و همکاران (۱۳۹۲) که نشان دادند معنادرمانی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر دارد اشاره کرد. علاوه بر اینها، می‌توان به نتیجه مطالعه حق‌دوست و همکاران (۱۴۰۰)، اشاره کرد که نشان دادند معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات اثربخش است؛ اشاره کرد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو است. مطالعه حاضر همانند پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که معنادرمانی با بهره‌گیری از اصول درمانی خود که مشخصاً با بی‌معنایی زندگی چالش می‌کند و فرد را قادر می‌سازد تا مقدرات زندگی خود را پذیرفته و معنای شخصی خود را کسب کند، توانسته است اضطراب مرگ زنان با تجربه جراحی پستان را کاهش و کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد.

این یافته را برحسب نتایج پژوهش‌های قبلی می‌توان این‌گونه تبیین کرد که فرجام‌پذیری و گذرابودن نه تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی انسان است، بلکه عامل واقعی بامعنا بودن آن نیز به‌شمار می‌رود. معنادرمانگر می‌کوشد تا به مراجع کمک شود که در زندگی خود هدف و منظوری را جست‌وجو کند؛ هدف و منظوری که با وجود و هستی او متناسب باشد و برایش معنا داشته باشد. مشاور کمک می‌کند تا مراجع به‌عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند. به مراجع کمک می‌شود تا نه تنها به تجربه هستی بپردازد و کوشش پیگیری در بالفعل کردن ارزش‌ها را از خود نشان دهد، بلکه او را متعهد به انجام کاری می‌کند که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شود. اگر فرد بیمار دستورالعمل «همواره چنان رفتار کن که گویی بار دومی است که زندگی می‌کنی و طوری عمل کن که به‌نظر آوری بار اول که در آن مورد عمل کردی، بسیار غلط عمل کرده بودی» را سرمشق رفتار خود قرار دهد، مسئولیت‌شگرفی احساس خواهد کرد و اضطراب نیستی و فانی شدن کاهش خواهد یافت (حاجی عزیز و همکاران، ۱۳۹۶).

برحسب نتایج پژوهش‌های قبلی می‌توان یافته حاضر را این‌گونه تبیین کرد که معنادرمانی با انسان و دنیای او سر و کار دارد و به فرد این فرصت را می‌دهد تا با نگرانی‌ها و مفاهیم زیربنایی زندگی از قبیل زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه با دیگران یا ماندن در انزوا، انتخاب آزادانه، آگاهی و احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره‌ای از زندگی که با مرگ نزدیک است مواجه شود. در چنین شرایطی و پس از درک مفاهیم معنادرمانی، فرد مسئولیت‌پذیری بیشتری نسبت به زندگی خود دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه می‌کند که احساس شادکامی و انگیزه در کنار مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران باعث می‌شود تا افراد به تغییر در رفتار خود نسبت به دیگران و ارتباط با محیط پیرامون‌شان بپردازند و از این طریق جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی آنها پس از درک معنا و هدف خود در زندگی‌شان بیشتر می‌شود (سویانتی و همکاران، ۲۰۱۸).

درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش فرحی و خلعتبری (۲۰۱۹) اشاره کرد که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی، تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان اثربخش است. همچنین، می‌توان به نتیجه پژوهش‌های اسمی و همکاران (۱۳۹۸) و اسمخانی اکبری‌نژاد و فارقی (۱۳۹۹) اشاره کرد که به ترتیب نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه و اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری ایدز تأثیر دارد. پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو است. این پژوهش همانند پژوهش‌های قبلی به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به پذیرش فعالانه مشکلات برآمده از جراحی ماستکتومی توانسته است مقاومت آنها را درباره مشکلات‌شان که برآمده از جراحی ماستکتومی است بیشتر کند و از این‌رو اضطراب مرگ آنها کاهش و کیفیت زندگی آنها افزایش یابد.

این یافته را برحسب نتایج پژوهش‌های قبلی می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بیرون راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی باعث رنج و تشدید ترس در افراد شده و هیچ‌گونه آرامشی را برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (رودریگوئز، ۲۰۱۴). این‌گونه رفتارها از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی اجتناب محسوب می‌شوند. این درمان به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و برای این منظور با استفاده از روش‌های پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آنها و روش‌های ذهن‌آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجان‌ها و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود و اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری، ناامیدی و پریشانی روانی را بهبود می‌بخشد (هیز، ۲۰۱۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیراتی که بر تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد می‌گذارد، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی در فرد می‌شود؛ پذیرش شرایط، بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیماً در بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد (هایس-اسکلتون و همکاران، ۲۰۱۳).

این پژوهش نشان داد که تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده مقایسه نکرده است. این دو رویکرد درمانی با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته‌اند به این بیماران کمک کنند تا بیماری و مشکلات برآمده از آن را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند و به دنبال آن کیفیت زندگی آنان افزایش پیدا کرده و اضطراب مرگ در آنان کمتر شده است.

## • نتیجه‌گیری

با توجه اثربخشی این دو درمان و این‌که این دو روش درمانی از نظر تأثیر بر پیامدهای مورد بررسی اثر یکسانی دارند می‌توان گفت که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاربرد فرآیندها و فنون خود، سبب کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان شده است.

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان متأهل ۳۵ تا ۵۵ ساله ماستکتومی شده شهر تبریز تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه زنان ماستکتومی شده جوان‌تر و مسن‌تر و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به نظر می‌رسد. علاوه بر اینها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات هم‌تا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنها پیشنهاد می‌شود که در انجمن‌های سرطان پستان و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان استفاده شود. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد.

## • تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## • تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

## • منابع

- اسمخانی اکبری نژاد، هادی و نقی زاده علمداری، ماهک. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و تاب آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی. *مجله روان شناسی*، ۲۷(۴): ۳۷۵-۳۸۴.
- اسمخانی اکبری نژاد، هادی و فاروقی، پریا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان شناختی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ایدز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۴(۱۱): ۶۰-۴۸.
- اسمی، زهرا؛ پیوسته گر، مهرانگیز؛ پرهون، هادی و کاظمی رضایی، علی. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *روان پرستاری*، ۷(۵): ۵۳-۴۴.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم و آیین پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱(۴): ۶۱-۷۶.
- پروچاسکا، جیمز ا و نورکراس، جان سی. (۱۴۰۰). *نظریه های روان درمانی*. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: روان.
- حاجی عزیزی، امیرحسین؛ بهمنی، بهناز؛ مهدی، نفیسه؛ منظری توکلی، وحید و برشان، ادیبه. (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی سالمندان مقیم مراکز شبانه روزی شهر کرمان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۲(۲): ۲۳۱-۲۲۰.
- حسینیان، سمین؛ قاسم زاده، سوگند و تازیکی، طیبه. (۱۳۹۲). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۸(۲۵): ۷-۳۱.
- حق دوست، محمدرضا؛ سراج خرمی، ناصر و مکوندی، بهنام. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۲۰(۳): ۲۱۶-۲۲۵.
- رفیعی، نرگس؛ شریفیان ثانی، مریم؛ رفیعی، حسن و همکاران. (۱۳۹۳). ارزیابی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه شاخص کیفیت زندگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۶): ۷۵-۸۳.
- صادقی صومعه علیایی، راحله؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ اکبری، محمداسماعیل؛ کوهساریان، مهدی و کلهرنیا گلکار، مهدی. (۱۳۹۱). تصویر بدنی و عزت نفس: مقایسه دو گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، ۵(۲ و ۳): ۲۹-۱۶.
- عباسی زاده، کامبیز؛ مرادی کوچی، عبدالرضا؛ قنبری مطلق، علی؛ کوشا، احمد؛ شکرریز فومنی، رضا و عرفانی، امیر. (۱۳۹۶). سرطان پستان در ایران: میز آنها، پراکندگی و عوامل مرتبط. *سلامت اجتماعی*، ۵(۱): ۱۱-۲۱. فرانکل، ویکتور. (۱۴۰۰). *انسان در جستجوی معنا*. (ترجمه نهضت صالحیان). تهران: درسا.
- کیارسی، زیبا؛ عمادیان، سیده علیا و فخری، محمد کاظم. (۱۴۰۰). اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه مراقبت سرطان*، ۲(۱): ۳-۱۰.
- Andreason, A. (2007). Logo therapy and spirituality, a course in Viktor Frankls Logotherapy. Available at: URL: [www.workshaper.org.uk](http://www.workshaper.org.uk). <http://www.workshaper.org.uk/>
- Bawoke, G., Kejela, S., Alemayehu, A., & Bogala, GT. (2021). Experience with modified radical mastectomy in a low-income country: a multi-center prospective observational study. *BMC Surgery*, 21(1): 371.
- Brunet, JB., Sabiston, CM., & Burke, Sh. (2013). Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *BIJ*, 10(3): 344-35.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, PJ., Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. *PJSP*, 57: 41-52.
- Burguin, A., Diorio, C., & Durocher, F. (2021). Breast Cancer Treatments: Updates and New Challenges. *J. Pers. Medm*, 11(8): 1-54.
- Daly, LE., Dolan, RD., Power, DG., Ní Bhuachalla, É., Sim, W., Cushen, SJ., & et al. (2020). Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. *Cancer*, 126(12): 2872-2882.
- Degi, CL. (2009). Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical and psychosocial factors. *Support Care Cancer*, 17(8): 1101-7.
- Farahi, S., & Khalatbari, J. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Life Expectancy, Resilience and Death Anxiety in Women with Cancer. *IJABS*, 6(3): 9-19.
- Hayes, SC. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2): 226-7.
- Hayes, SC., & Lillis, J. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy*. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association, 134-135.
- Hayes-Skelton, SA., Orsillo, SM., & Roemer, L. (2013). An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract*, 20(3): 264-281.
- Hong, Y., Yuhan, L., Youhui, G., Zhanying, W., Shili, Z., Xiaoting, H., & Wenhua, Y. (2022). Death anxiety among

- advanced cancer patients: a cross-sectional survey. *SCC*, 30: 3531-3539.
- Keelan, S., Flanagan, M., & Hill, ADK. (2021). Evolving Trends in Surgical Management of Breast Cancer: An Analysis of 30 Years of Practice Changing Papers. *Front Oncol*, 11: 622621.
- Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Health*, 12(4): 134-150.
- Kuliński, W., & Kosno, M. (2021). Quality of life in women after mastectomy. Clinical and social study. *Wiad Lek*, (3 cz 1): 429-435.
- Lategan, B. (2019). *Breast malignant, males, children Breast cancer WHO classification of breast tumors*. PathologyOutlines.com, Inc.
- McDonald, MJ., Wong, PTR., & Gingras, DT. (2012). *Meaning-in-life measures and development of a Brief Version of the Personal Meaning Profile*. In P. T. P. Wong (Ed.), *Personality and clinical psychology series. The human quest for meaning: Theories, research, and applications*, 357-382. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Najafi, M., Ebrahimi, M., Kaviani, A., Hashemi, E., & Montazeri, A. (2005). Breast Conserving Surgery versus Mastectomy: Cancer Practice by General Surgeons in Iran. *BMD Cancer*, 5(5): 35.
- Rajabi, Gh., & Naderi Nobandegani, Z. (2020). Reliability and Validity of the Persian Version of Reasons for Death Fear Scale. *JPCP*, 8(1): 9-16.
- Rodriguez, T. (2014). *The role of acceptance & mindfulness in people living with HIV/AIDS: a meta-analysis*. (Doctoral Dissertation). Ohio: Bowling Green State University; 2014.
- Saggino, A., & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *JCP*, 52(3): 329-333.
- Sebri, V., Durosini, I., Triberti, S., & Pravettoni, G. (2021). The Efficacy of Psychological Intervention on Body Image in Breast Cancer Patients and Survivors: A Systematic-Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*, 12: 1-15.
- Suyanti, TS., Keliat, BA., & Catharina Daulima, NH. (2018). Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enfermería Clínica*, 28(1): 98-108.
- Templer, DI. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *JGP*, 82: 165-177.
- Venes, D., & Taber, CW. (2017). *Taber's cyclopedic medical dictionary*. 23en ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 55-56.
- Yousefi Afrashteh, M., & Masoumi, S. (2021). Psychological well-being and death anxiety among breast cancer survivors during the Covid-19 pandemic: the mediating role of self-compassion. *BMC Women's Health*, 21: 387.

## اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی

### The Efficacy of Compassion-Based Psychotherapy on Self-Awareness and Sexual Self-Esteem of Women with Sexual Dysfunction Symptoms

سیاوش لاجوردی<sup>۱</sup>

حمید ملایی زرنندی<sup>۲</sup>

فرشید خسروپور<sup>۳</sup>

سیاوش لاجوردی<sup>۱</sup>

حمید ملایی زرنندی<sup>۲</sup>

فرشید خسروپور<sup>۳</sup>

#### چکیده

Sexual dysfunction is often accompanied by emotional imbalance, diminished psychological and sexual self-esteem. This study aimed to investigate the effectiveness of compassion-based psychotherapy on self-awareness and sexual self-esteem of women with sexual dysfunction symptoms. A semi-experimental research design with pre-test, post-test, and follow-up measurements was employed. The study population consisted of married women with sexual dysfunction who sought counseling in the family counselling centers in Tehran between January 2023 to April 2023. The research sample included 30 women with sexual dysfunction who were purposefully selected based on inclusion and exclusion criteria and randomly assigned to two groups: experimental (15 participants) and control (15 participants). Data were collected using the Female Sexual Function Index (Rosen & Brown, 2000), the short form of the Sexual Self-Esteem Scale (Zeanah & Schwarz, 1996), and the Self-Compassion Scale (Tangney et al., 1989). The experimental group received 12 sessions of 90-minute compassion-based psychotherapy, while the control group did not receive any treatment. Data were analyzed using SPSS 24 software through repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test. The results of repeated measures analysis of variance revealed significant differences between post-test and follow-up measurements of the experimental and control groups in sexual self-esteem and self-awareness scores ( $p \leq 0.001$ ). The therapeutic effects were maintained during the 3-month follow-up. Based on the findings, compassion-based psychotherapy was found to be effective in enhancing self-awareness and sexual self-esteem of women with sexual dysfunction symptoms. Therefore, further research is recommended to explore the efficacy of this approach and compare it with other evidence-based treatments in larger samples.

**Keywords:** Compassion-Based Psychotherapy, Self-Awareness, Sexual Self-esteem, Sexual Dysfunction, Women

کژکاری جنسی معمولاً با نبود تعادل و ابرازگری هیجانی و کاهش عزت‌نفس روان‌شناختی و جنسی همراه است. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری زنان متأهل مبتلا به کژکاری جنسی بود که به مراکز مشاوره شهر تهران در فاصله ماه‌های بهمن ۱۴۰۱ تا اردیبهشت ۱۴۰۲ مراجعه کردند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از زنان مبتلا به کژکاری جنسی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفره) آزمایش و گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)، سیاهه عزت‌نفس جنسی زنان (SSEL) و آزمون عاطفه خودآگاه (TOSCA) استفاده شد. گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان‌درمانی مبتنی بر شفقت قرار گرفتند و گروه گواه درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با نرم افزار SPSS.24 و با استفاده از تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که بین پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی و گواه در نمرات عزت‌نفس جنسی و هیجان‌های خودآگاه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P \leq 0.001$ ). بر اساس نتایج این مطالعه روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان مبتلا به کژکاری جنسی اثربخش است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری در خصوص اثربخشی این رویکرد و مقایسه آن با سایر روش‌های درمان مبتنی بر شواهد در نمونه‌های بزرگ‌تر صورت گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** روان‌درمانی مبتنی بر شفقت، هیجان‌های خودآگاه، عزت‌نفس جنسی، کژکاری جنسی، زنان

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۸/۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۲/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، کرمان، ایران و گروه علمی سلامت روان، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، کرمان، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، کرمان، ایران

## ● مقدمه

کژکاری جنسی (sexual dysfunction) شکلی از ناتوانی و یا نقص جدی در هر یک از مراحل روابط جنسی زناشویی شامل تمایل، برانگیختگی، ارگاسم و انزال است که می‌تواند به سلامت و کارکردهای مثبت و سازنده خانواده صدمه وارد کند (پارکر و همکاران، ۲۰۲۲). شیوع آن در برخی گزارش‌های خارج از ایران بین ۳۸ درصد تا ۶۳ درصد و در گزارش‌های داخل ایران بین ۲۲ درصد تا ۷۵/۷ درصد با این تأکید که این اختلال در کشورهای مختلف در زنان نسبت به مردان شیوع بالاتری دارد، گزارش شده است (سیلوا و همکاران، ۲۰۲۰). زنان مبتلا به این اختلال، ممکن است نبود علاقه یا علاقه کم در رابطه جنسی، نبود توانایی در پاسخ به محرک‌های جنسی و احساس بی‌حسی با وجود داشتن یک رابطه خوب با شریک زندگی خود را گزارش نموده و به احتمال زیاد بیشتر از زنان دارای تمایل طبیعی، حالت عاطفی یا روانی منفی نظیر احساس سرخوردگی، ناامیدی، خشم، از دست دادن زنانگی و کاهش اعتماد به نفس را گزارش نمایند (فیروزی و همکاران، ۱۴۰۱).

مطالعات سال‌های اخیر نشان داده که علی‌رغم نقش هم‌زمان عوامل روان‌شناختی و زیستی در بروز و تشدید این اختلال، در موارد زیادی تأثیر عوامل روان‌شناختی بسیار برجسته‌تر و جدی‌تر از عوامل جسمی و فیزیکی است (جیمز پیکون و همکاران، ۲۰۲۱). اما به رغم تمرکز نظری بر رشد مسائل جنسی، تحقیقات تجربی بیشتر بر رفتار جنسی و باورها و نگرش‌ها متمرکز بوده‌اند تا خود ادراکی و عزت‌نفس جنسی (بث و همکاران، ۲۰۲۰؛ ساکالوک و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو، فقدان اطلاعات درباره تعریف شخصی افراد از مسائل جنسی، چگونگی هماهنگ کردن آن با جنبه‌های دیگر زندگی خود و چگونگی ارزیابی رفتارهای جنسی‌شان که شامل پاسخ‌های جسمی و هیجانی است، به درک ناقصی از رفتار جنسی منجر شده است (رمضانی و همکاران، ۲۰۱۲). کیخسروانی در تحقیقی اثربخشی بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی بر پریشانی جنسی زنان شاغل شهر شیراز را مورد تأکید قرار دادند (سازگار و همکاران، ۱۴۰۱).

عزت‌نفس جنبه‌های مختلفی دارد، یکی از جنبه‌های آن عزت‌نفس جنسی است که بر رفتارهای جنسی تأثیرگذار است و آن عبارت است از واکنش عاطفی فرد نسبت به افکار، احساس‌ها و رفتارهای جنسی خودش (بارکین و همکاران، ۲۰۱۷). زینا و اسچوارز (۱۹۹۹؛ ۲۰۱۹) از جمله پژوهشگرانی هستند که با بسط الگوی عزت‌نفس (هارتر ۱۹۸۴؛ محمدی و همکاران، ۲۰۰۸) به عزت‌نفس جنسی از بُعد اهمیت یادگیری اولیه، درون‌سازی خانواده، همسالان و جامعه اشاره کرده‌اند که هر شخص به عنوان ملاک ارزیابی افکار، احساس‌ها و رفتارهای جنسی خود آن را در تحول هنجارهایش حیاتی می‌داند. بنابراین رفتار جنسی قسمتی از شخصیت فرد و مجموعه‌ای از باورها، نگرش‌ها و عملکردهایی است که شخص در ارتباط با جنس مخالف و امور مرتبط با آن دارد (جیمز، ۲۰۱۱؛ صالحی و همکاران، ۲۰۱۵). طبق پژوهش رمضانی و همکاران (۲۰۱۲)، بین عزت‌نفس با رضایت‌مندی جنسی و اختلال عملکرد جنسی رابطه وجود دارد.

رویکرد درمانی که به نظر می‌رسد در بهبود نگرش و عزت‌نفس جنسی زنان با کژکاری جنسی اثربخش باشد، درمان متمرکز بر شفقت (compassion-focused therapy) است (مک لین و همکاران، ۲۰۱۸). نظریه اساسی CFT رویکردی فراتشخیصی، انعطاف‌پذیر و یکپارچه برای فرمول‌بندی مشکلات جنسی ارائه می‌دهد. CFT می‌تواند با درمان مشکلات روان‌شناختی افراد دارای کژکاری جنسی با رویکردهای سنتی ادغام شود تا به افراد کمک کند موضع دلسوزانه‌تری نسبت به مشکلات خود اتخاذ کنند و برای بهبود بهزیستی جنسی خود گام بردارند (واسپر و همکاران، ۲۰۲۱). هدف از این درمان این است که به افراد کمک کند با خودمهربانی به خودانتقادی پاسخ دهند. واسپر و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعه‌ای با عنوان "مقدمه‌ای بر درمان روانی جنسی متمرکز بر شفقت"، نظریه اساسی CFT، به خوبی با رویکردهای موجود در درمان مشکلات جنسی ادغام می‌شود و راه‌های مفیدی برای فرمول‌بندی مشکلات جنسی برای ارائه یک منطق منسجم برای راهبردهای درمانی ارائه می‌دهد. همچنین استدلال شده است که برخی از استراتژی‌های درمانی اضافی CFT که قبلاً در محیط‌های سلامت روانی عمومی استفاده شده‌اند، برای کسانی که مشکلات جنسی را تجربه می‌کنند، مناسب و مفید هستند. ساندرس و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعه‌ای با هدف درمان روانی-جنسی متمرکز بر شفقت برای زنانی که در حین رابطه

جنسی درد را تجربه می‌کنند؛ نشان داد که برای اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه، اعتماد به نفس آنها در مدیریت مشکلات جنسی در طول کارگاه بهبود یافته و تعداد و شدت درد در طول جلسات نیز کاهش یافته است.

در مجموع مواجهه زنان با کژکاری جنسی با وجود مشکلات مضاعف ارتباطی، رفتاری و هیجانی این افراد، انجام تحقیقات در زمینه مسائل مرتبط با نگرش و عزت‌نفس جنسی آنها و تلاش برای بهبود نگرش و افزایش رفتار جنسی را ضروری می‌کند. همچنین جستجوهای محقق پیرامون مطالعات داخلی و خارجی انجام شده در حوزه درمان متمرکز بر شفقت نیز حاکی از آن است که کارآیی این مدل درمانی برای افراد با مشکلات گوناگون بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است، لیکن اثربخشی این رویکرد بر عواطف خودآگاه (شرم و احساس گناه) به عنوان هیجان‌های ثانویه و بازدارنده رابطه جنسی و عزت‌نفس جنسی تاکنون مورد بررسی و مطالعه قرار نگرفته است که این امر بر بدیع بودن مطالعه حاضر می‌افزاید. لذا این مطالعه با هدف اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی انجام شد.

## • روش

پژوهش از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی از جمله طرح‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماهه) با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان متأهل مبتلا به کژکاری جنسی بودند که به مراکز مشاوره خانواده شهر تهران در ماه‌های بهمن ۱۴۰۱ تا اردیبهشت ۱۴۰۲ مراجعه کردند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از زنان جامعه آماری مذکور بودند که بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس ملاک‌های راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR) و نمره پایین در شاخص عملکرد جنسی زنان از بین مراجعین مراکز مشاوره خانواده شهر تهران که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، انتخاب شدند و به صورت هدف‌مند در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که با توجه به نرم‌افزار  $G^*Power$  نوع تحلیل آماری پارامتریک (تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده)، اندازه اثر  $0.40$ ، آلفا  $(\alpha) 0.05$ ، توان آماری  $0.95$ ، تعداد متغیرهای وابسته (عواطف خودآگاه و عزت‌نفس جنسی)، و تعداد گروه‌ها حجم نمونه مجموعاً ۲۴ نفر برآورد شد. اما در پژوهش حاضر برای هر گروه، ۱۵ نفر (مجموعاً ۳۰ نفر) در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود شامل تشخیص کژکاری جنسی "غیرجسمی" توسط روان‌پزشک و یا روان‌شناس بالینی از طریق مصاحبه مبتنی بر ملاک‌های مطرح در (DSM-5-TR)، نبود مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم ابتلا به اختلال‌های روانی حاد یا مزمن (که از طریق مصاحبه توسط روان‌پزشک و یا روان‌شناس بالینی مورد تأیید قرار گرفت)، نبود ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، به این دلیل که این دامنه سنی بر اساس مطالعات دارای بالاترین شیوع کژکاری جنسی در زنان است (فیروزی و همکاران، ۱۴۰۱). داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و استفاده نکردن از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان با اجرای پژوهش از دیگر معیارهای ورود بود. معیارهای خروج نیز شامل وجود شواهد مربوط به عامل جسمی و فیزیولوژیک کژکاری جنسی، نداشتن همکاری و نبود انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بود.

## • ابزارها

**الف) شاخص عملکرد جنسی زنان (the female sexual function index- FSFI):** ابزاری است که توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) برای اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان ساخته شده است. این شاخص ۱۹ ماده‌ای عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه از جمله میل جنسی، تحریک، مرطوب شدن، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی ارزیابی می‌کند. این زیر شاخه‌ها دارای طیف پاسخ از ۱ تا ۵ هستند که نمره بالاتر در این شاخص نشانگر عملکرد بهتر جنسی است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل و خرده‌مقیاس‌های آزمون ۰/۸۹ و بالاتر گزارش شده است (روزن و همکاران، ۲۰۰۰). در پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۰۸)، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده‌مقیاس‌های آزمون ۰/۷۰ و بالاتر بوده است.

**ب) فرم کوتاه سیاهه عزت‌نفس جنسی زنان (sexual self-esteem inventory for women-short form- SSI-W-SF):**

این سیاهه که توسط زینا و اسپوارز (۱۹۹۶)، ساخته شده است ۳۵ ماده دارد، برای سنجش پاسخ‌های موثر در ارزیابی جنسی زنان از



خود تدوین شده است. ماده‌ها در یک مقیاس لیکرت شش مرحله‌ای از ۱ تا ۶ (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ داده می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس ۰/۹۲، برای مهارت و تجربه ۰/۸۶، برای جذابیت ۰/۸۸، برای کنترل ۰/۸۰ و برای انطباق ۰/۸۰ گزارش شده است (فرخی و شاره، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸، برای مهارت و تجربه ۰/۸۲، برای جذابیت ۰/۸۰، برای کنترل ۰/۸۱ و برای انطباق ۰/۷۹ به دست آمد.

**ج) آزمون عاطفه خودآگاه (test of self-conscious affect- TOSCA):** تانجینی و همکاران این آزمون را در سال ۱۹۸۹ ساختند. آزمون عاطفه خودآگاه یک ابزار خودسنجی و مداد کاغذی است که ۶ موقعیت (سناریو) شرایط زندگی روزمره را به آزمودنی ارائه می‌کند. ۱۱ وضعیت آن از نظر اجتماعی دارای ارزش مثبت و ۵ وضعیت آن دارای ارزش منفی است و پاسخ‌دهندگان پاسخ‌های هیجانی و رفتاری خویش و احتمال پاسخ خود به آنها را رتبه می‌دهند. در این پرسشنامه علاوه بر عاطفه خودآگاه، خرده‌مقیاس‌های صفت شرم و گناه زوج‌ها مورد بررسی قرار گرفت. تمام سؤالات به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. آزمودنی پاسخ‌های خود را به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه می‌دهند که دامنه آنها از ۱ به معنا (احتمال ندارد یا هرگز) تا ۵ به معنا (به احتمال زیاد) است. در پژوهش فرگوسن و ایری (۲۰۰۱)، که روی ۱۳۲ دانشجوی مقطع کارشناسی صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس شرم ۰/۸۱ و برای احساس گناه ۰/۷۸ گزارش شده است. تانجینی و همکاران (۱۹۸۹) رویایی سازه دو مقیاس شرم و گناه را در حد مناسب گزارش کردند. پایایی و اعتبار این آزمون در ایران توسط انوشه‌ای و همکاران، (۱۳۸۵) به دست آمده است. در پژوهش زارعی و همکاران (۱۳۹۰)، نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های شرم و گناه به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۲ به دست آمد.

ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت (CFT) رویکرد نوین روان‌درمانی است که مبتنی بر رویکردهای تکاملی و زیستی-روانی-اجتماعی (biopsychosocial) به مشکلات روانی است و حاصل نظریه ذهنیت اجتماعی است (گیلبرت، ۲۰۱۴). این روش راه‌های تمرکز بر درمان را ارائه می‌دهد. این درمان راهنمایی مداخلات درمانی ویژه‌ای برای تحول خودآرامش‌بخشی و خودشفقتی به وجود می‌آورد. مداخله‌های خود را از بسیاری از درمان‌های دیگر مشتق کرده و شامل اهمیت: روابط درمانی، هدایت اکتشافی، گفتگوی سقراطی، به چالش کشیدن (استنتاج)، تحلیل عملکرد، تجزیه و تحلیل گام به گام، آگاهی رشدیافته، آزمایش‌های رفتاری، تحمل و مواجهه، ذهن‌آگاهی، تصویرسازی هدایت‌شده، نوشتن صریح و تمرین استقلال است. در این پژوهش پژوهشگر مبنای آموزشی را بر اساس برنامه آموزشی واسپر و همکاران (۲۰۲۱)، برای اختلال‌های جنسی که در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شده است به گروه آزمایشی آموزش داده است که خلاصه ساختار جلسات آن در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱. خلاصه ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت برگرفته از پائول گیلبرت (۲۰۱۴) و واسپر (۲۰۲۱) برای اختلالات جنسی

جلسات	محتوای جلسات	اهداف درمانی
جلسه اول	آموزش افزایش ثبات ذهنی	آشنایی کامل با مفاهیم کژکاری جنسی
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی	آشنایی با مفاهیم اساسی کارکردهای هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی
جلسه سوم	کشت بینش در تجربه طبیعی ذهن	تصدیق هیجان، مجادله کردن با قضاوت، ذهن آگاهی نسبت به هیجان
جلسه چهارم	تحمل پریشانی	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود، خود آرام‌سازی
جلسه پنجم	کاشت منانیت و نوع‌دوستی در مقابل عدم قضاوت	رهایی از بحران، به‌کارگیری مهارت‌های تحمل پریشانی
جلسه ششم	درک و قدردانی از دیگران	آموزش مهارت تمرکز؛ توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز براندام‌های غیرتناسلی
جلسه هفتم	پرورش محبت و همدلی	معنابخشی؛ برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت در مقابل برنامه‌ریزی بلندمدت، پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود
جلسه هشتم	کارآمدی بین فردی	توصیف، ابراز عقاید و دیدگاه‌ها در روابط بین‌فردی، اظهار این عقاید، تقویت خود، ماندن در ذهن آگاهی
جلسه نهم	کارآمدی بین فردی	اعتباربخشی به دیگران و به خویش و آگاهی از افکار و احساسات متناقض
جلسه دهم	بازشناسی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت	تمرین ذهن آگاهی، اقدام به مهربانی، ثبات ذهنی، احترام به خویش
جلسه یازدهم	آموزش تنظیم هیجان	به‌کارگیری آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان
جلسه دوازدهم	درک عشق و شفقت کاربردی	درک عشق، مهربانی، شفقت و پرورش ذهن مشفقانه با تصویرسازی و انجام تکالیف و فعالیت‌های آموزش داده‌شده

روش اجرا به این شیوه بود که پس از کسب مجوزهای لازم با هماهنگی با مراکز مشاوره شهر تهران و انتخاب نمونه، شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی، در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان گروه گواه هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرده و به روال عادی زندگی خود ادامه دادند. پیش از اجرای مداخله درمانی و پس از اجرای آن و پس از گذشت ۳ ماه، پرسشنامه‌های شاخص عملکرد جنسی زنان، فرم کوتاه عزت‌نفس جنسی زنان و عاطفه خودآگاه به‌عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری روی دو گروه اجرا شد. بعد از گردآوری اطلاعات داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## • یافته‌ها

یافته‌ها دستاوردهای مطالعه هستند که در مطالعات کمی شامل توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد گروه نمونه، یافته‌های توصیفی و تحلیلی متغیرهای مورد مطالعه را شامل می‌شوند.

میانگین (و انحراف معیار) سن زنان گروه آزمایشی ۳۴/۹۳ (و ۳/۶۵) حداقل سن گروه آزمایشی ۲۸ و حداکثر آن ۴۱ بود. میانگین (و انحراف معیار) گروه گواه ۳۶/۳۳ (و ۳/۵۹) حداقل سن گروه گواه ۲۹ و حداکثر آن ۴۲ بود. از بین زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۴ نفر (۲۶/۶ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) فوق دیپلم و ۵ نفر (۳۳/۴ درصد) لیسانس بودند. از بین زنان گروه گواه ۵ نفر (۳۳/۴ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) فوق دیپلم و ۴ نفر (۲۶/۶ درصد) لیسانس بودند.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمره مؤلفه‌های عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (به تفکیک گروه) آمده است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده را برآورد می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور شش مفروضه تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده شامل نرمال بودن واریانس‌ها (برای نیل به رعایت این مفروضه نتایج آزمون شاپیرویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه) برقرار است ( $P \geq 0/05$ )، نتایج نمودار پراکندگی (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) و پس‌آزمون آن که با یکدیگر همبستگی بالایی ۰/۹۰ نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به‌دست آمده، تقریباً مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار جعبه‌ای نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد که نشان‌دهنده این امر بود که مفروضه بررسی داده‌های پرت به درستی رعایت شده است، برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمون‌های لوین و تصحیحات ام. باکس استفاده شد. نتایج معناداری آزمون باکس برای متغیرهای عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه از ۰/۰۵ بیشتر است؛ در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس، پذیرفته شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنادار نبوده است. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون نمرات متغیرهای عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه با متغیرهای مستقل (درمان مبتنی بر شفقت) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیرها معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی است ( $P \geq 0/05$ ). همچنین با توجه به عدم معناداری آزمون موجلی برای متغیرهای عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه و خرده مقیاس‌های آن از آزمون کرویت مفروض برای گزارش نتایج استفاده شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عاطفه خودآگاه در پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری

گروه کنترل		درمان مبتنی بر شفقت		موقعیت	متغیر
SD	M	SD	M		
۰/۵۲	۲/۵۴	۰/۵۱	۲/۵۳	پیش‌آزمون	میل جنسی
۰/۷۹	۲/۹۳	۱/۰۶	۵/۴۶	پس‌آزمون	
۰/۸۲	۳/۴۰	۰/۶۱	۶/۶۶	پیگیری	
۰/۷۴	۸/۸۶	۰/۷۰	۹/۰۶	پیش‌آزمون	تحریک
۰/۷۲	۹/۶۶	۱/۲۶	۱۴/۲۰	پس‌آزمون	
۰/۷۹	۱۰/۰۶	۱/۳۸	۱۴/۹۳	پیگیری	
۰/۷۰	۸/۹۳	۰/۹۱	۸/۵۳	پیش‌آزمون	مرطوب شدن
۰/۵۰	۹/۴۰	۱/۳۳	۱۲/۲۶	پس‌آزمون	
۰/۷۰	۹/۹۳	۱/۲۷	۱۳/۰۶	پیگیری	
۰/۸۳	۵/۸۶	۰/۸۶	۵/۸۰	پیش‌آزمون	ارگاسم
۰/۹۹	۶/۴۶	۰/۸۲	۹/۴۰	پس‌آزمون	
۰/۷۵	۸	۰/۷۲	۱۰/۶۶	پیگیری	
۱/۲۹	۶/۶۰	۱/۱۱	۶/۶۶	پیش‌آزمون	رضایتمندی
۰/۹۱	۸/۴۰	۱/۴۴	۱۰/۳۳	پس‌آزمون	
۰/۶۷۶	۹/۲۰	۱/۰۹	۱۱/۲۶	پیگیری	
۱/۳۰	۶/۸۶	۱/۲۹	۶/۳۳	پیش‌آزمون	درد جنسی
۰/۹۲	۸	۱/۳۵	۹/۶۰	پس‌آزمون	
۰/۵۹۳	۸/۷۳	۱/۲۳	۱۰/۳۳	پیگیری	
۲/۲۸	۳۹/۶۶	۲/۰۱	۳۸/۹۳	پیش‌آزمون	عملکرد جنسی
۲/۴۴	۴۴/۸۶	۳/۲۳	۶۱/۲۶	پس‌آزمون	
۲/۰۵	۴۹/۳۳	۳/۳۹	۶۶/۹۳	پیگیری	
۰/۹۲	۱۷	۰/۹۸	۱۷/۴۰	پیش‌آزمون	مهارت و تجربه
۳/۸۱	۲۶/۸۰	۱/۳۵	۲۱/۴۰	پس‌آزمون	
۰/۹۹	۱۸/۵۳	۱/۰۵	۲۱/۶۰	پیگیری	
۱/۱۱	۲۱/۳۳	۱/۰۹	۲۱/۷۳	پیش‌آزمون	جذابیت
۱/۱۲	۲۱/۱۳	۰/۹۴	۲۴/۸۰	پس‌آزمون	
۰/۹۸	۲۲/۴۰	۱/۰۳	۲۵/۲۶	پیگیری	
۰/۸۸	۱۷/۷۵	۰/۸۸	۱۷/۷۳	پیش‌آزمون	کنترل
۱/۲۶	۱۹/۲۰	۰/۹۱	۲۱/۴۶	پس‌آزمون	
۰/۷۷	۱۹/۸۰	۱/۲۲	۲۲/۷۳	پیگیری	
۱/۱۷	۲۱/۳۳	۰/۹۱	۲۱/۵۳	پیش‌آزمون	قضاوت اخلاقی
۱/۱۶	۲۱/۹۳	۱/۳۵	۲۵/۵۳	پس‌آزمون	
۱/۰۶	۲۲/۴۶	۱/۱۹	۲۶	پیگیری	
۱/۲۵	۱۷	۰/۹۱	۱۷/۴۰	پیش‌آزمون	انطباق
۱/۱۴	۱۷/۸۰	۱/۰۴	۲۰/۳۳	پس‌آزمون	
۰/۹۱	۱۸/۶۰	۰/۹۹	۲۱/۵۳	پیگیری	
۲/۰۶	۹۴/۴۰	۱/۳۲	۹۵/۸۰	پیش‌آزمون	عزت نفس جنسی
۳/۸۳	۱۰۶/۸۶	۲/۲۹	۱۱۳/۵۳	پس‌آزمون	
۲/۵۹	۱۰۱/۸۰	۱/۹۹	۱۱۷/۱۳	پیگیری	
۱/۶۲	۳۷/۰۶	۱/۴۳	۳۷/۹۳	پیش‌آزمون	شرم
۱/۲۴	۳۶/۶۰	۱/۳۵	۳۳/۴۰	پس‌آزمون	
۰/۹۶	۳۶/۰۶	۱/۳۵	۳۲/۱۳	پیگیری	
۱/۸۳	۴۲/۶۶	۱/۳۹	۴۲/۳۳	پیش‌آزمون	گناه
۱/۶۲	۴۲/۰۶	۱/۳۵	۳۸/۴۶	پس‌آزمون	
۱/۷۱	۴۱/۳۳	۱/۴۵	۳۷/۴۰	پیگیری	

جدول ۳. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	منبع اثر	SS	DF	MS	F	P	η
درون گروهی	اثر زمان	۹۷/۲۲۲	۲	۴۸/۶۱۱	۱۰۷/۲۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳
	اثر تعاملی زمان و گروه	۴۴/۰۶۷	۲	۲۲/۰۳۳	۴۸/۶۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
میل جنسی	گروه	۸۴/۱۰۰	۱	۸۴/۱۰۰	۱۰۸/۵۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
	خطا	۲۱/۶۸۹	۲۸	۰/۷۷۵			
درون گروهی	اثر زمان	۲۱۶/۰۶۷	۲	۱۱۸/۰۴۰	۱۳۸/۷۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲
	اثر تعاملی زمان و گروه	۱۰۱/۶۶۷	۲	۵۰/۸۳۳	۶۵/۲۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰۰
تحریک	گروه	۲۳۰/۴۰۰	۱	۲۳۰/۴۰۰	۱۷۵/۹۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳
	خطا	۳۶/۶۶۷	۲۸	۱/۳۱۰			
درون گروهی	اثر زمان	۱۲۵/۰۸۹	۲	۶۲/۵۴۴	۷۰/۷۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶
	اثر تعاملی زمان و گروه	۵۸/۰۶۷	۲	۲۹/۰۳۳	۳۲/۸۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
مرطوب شدن	گروه	۷۸/۷۰۰	۱	۷۸/۷۰۰	۷۹/۶۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰
	خطا	۲۷/۵۵۶	۲۸	۰/۹۸۴			
درون گروهی	اثر زمان	۱۸۶/۲۰۰	۲	۹۳/۱۰۰	۱۰۷/۶۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۴
	اثر تعاملی زمان و گروه	۴۱/۳۵۶	۲	۲۰/۶۷۸	۲۳/۹۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
ارگاسم	گروه	۷۶/۵۴۴	۱	۷۶/۵۴۴	۲۰۶/۹۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸۱
	خطا	۱۰/۳۵۶	۲۸	۰/۳۷۰			
درون گروهی	اثر زمان	۲۱۱/۸۲۲	۲	۱۰۵/۹۱۱	۹۲/۵۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸
	اثر تعاملی زمان و گروه	۱۸/۷۵۶	۲	۹/۳۷۸	۸/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۲۶
رضایتمندی	گروه	۴۱/۳۴۴	۱	۴۱/۳۴۴	۲۸/۱۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	خطا	۴۱/۱۱۱	۲۸	۱/۴۶۸			
درون گروهی	اثر زمان	۱۳۹/۸۲۲	۲	۶۹/۹۱۱	۸۰/۲۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸
	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۲/۷۵۶	۲	۱۱/۳۷۸	۱۳/۰۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
درد	گروه	۱۷/۷۷۸	۱	۱۷/۷۷۸	۸/۰۰۶	۰/۰۰۹	۰/۲۲۲
	خطا	۶۲/۱۷۸	۲۸	۲/۲۲۱			
درون گروهی	اثر زمان	۵۶۹۸/۸۶۷	۲	۲۸۴۹/۴۳۳	۵۹۲/۳۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
	اثر تعاملی زمان و گروه	۱۵۷۷/۷۵۶	۲	۷۸۸/۸۷۸	۱۶۳/۹۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵۴
عملکرد جنسی	گروه	۲۷۶۶/۶۷۸	۱	۲۷۶۶/۶۷۸	۲۴۸/۴۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
	خطا	۳۱۱/۸۲۲	۲۸	۱۱/۱۳۷			
درون گروهی	اثر زمان	۷۲۰/۹۵۶	۲	۳۶۰/۴۷۸	۱/۹۰۵	۰/۱۵۸	۰/۰۶۴
	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۸۱/۰۸۹	۲	۱۴۰/۵۴۴	۰/۷۴۳	۰/۴۸۱	۰/۰۲۶
مهارت و تجربه	گروه	۹/۳۴۴	۱	۹/۳۴۴	۰/۰۴۸	۰/۸۲۹	۰/۰۰۲
	خطا	۵۴۹۰/۳۱۱	۲۸	۱۹۶/۰۸۳			
درون گروهی	اثر زمان	۸۰/۹۵۶	۲	۴۰/۴۷۸	۳۹/۳۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
	اثر تعاملی زمان و گروه	۴۳/۴۸۹	۲	۲۱/۷۴۴	۲۱/۱۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
جذابیت	گروه	۱۲۰/۱۷۸	۱	۱۲۰/۱۷۸	۹۵/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۳
	خطا	۳۵/۳۷۸	۲۸	۱/۲۶۳			
درون گروهی	اثر زمان	۲۰۱/۱۵۶	۲	۱۰۰/۵۷۸	۸۹/۸۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲
	اثر تعاملی زمان و گروه	۳۵/۴۶۷	۲	۱۷/۷۳۳	۱۵/۸۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
کنترل	گروه	۶۷/۶۰۰	۱	۶۷/۶۰۰	۸۳/۶۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴۹
	خطا	۲۲/۶۲۲	۲۸	۰/۸۰۸			
درون گروهی	اثر زمان	۱۳۳/۸۰۰	۲	۶۶/۹۰۰	۸۱/۱۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳
	اثر تعاملی زمان و گروه	۵۶/۶۸۹	۲	۲۸/۳۴۴	۳۴/۳۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
فضاوت اخلاقی	گروه	۱۳۴/۴۴۴	۱	۱۳۴/۴۴۴	۵۷/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳
	خطا	۶۵/۲۸۹	۲۸	۲/۳۳۲			
درون گروهی	اثر زمان	۱۲۷/۰۲۲	۲	۶۳/۵۱۱	۱۲۱/۹۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۷/۸۲۲	۲	۱۳/۹۱۱	۲۶/۷۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
انطباق	گروه	۸۶/۰۴۴	۱	۸۶/۰۴۴	۳۷/۹۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵
	خطا	۶۳/۵۱۱	۲۸	۲/۲۶۸			

متغیر	منبع اثر	SS	DF	MS	F	P	$\eta$
درون گروهی	اثر زمان	۴۳۴۹/۴۸۹	*۱/۰۲۲	۴۲۵۳/۹۹۱	۱۱/۱۰۹	۰/۰۰۲	۰/۲۸۴
	عزت نفس	۷۴۲/۴۶۷	۱/۰۲۲	۷۲۶/۱۶۵	۱/۸۹۶	۰/۱۷۹	۰/۰۶۳
	جنسی	۱۳۶۸/۹۰۰	۱	۱۳۶۸/۹۰۰	۷/۱۳۱	۰/۰۵	۰/۲۰۳
بین گروهی	خطا	۵۳۷۴/۸۸۹	۲۸	۱۹۱/۹۶۰			
	اثر زمان	۱۸۶/۲۰۰	۲	۹۳/۱۰۰	۱۸۹/۵۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱
	عزت نفس	۱۰۰/۲۸۹	۲	۵۰/۱۴۴	۱۰۲/۰۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸۵
درون گروهی	شرم	۹۸/۱۷۸	۱	۹۸/۱۷۸	۲۲/۱۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱
	جنسی	۱۲۴/۲۲۲	۲۸	۴/۴۳۷			
	خطا	۱۵۶/۱۵۶	*۱/۴۵۴	۱۰۷/۳۹۸	۱۹۴/۴۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۴
درون گروهی	اثر تعاملی زمان و گروه	۵۹/۳۵۶	*۱/۴۵۴	۴۰/۸۲۳	۷۳/۹۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۵
	شرم	۱۵۴/۷۱۱	۱	۱۵۴/۷۱۱	۲۳/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۴
	گناه	۱۸۵/۷۷۸	۲۸	۶/۶۳۵			
بین گروهی	خطا						

\* نکته: با توجه به معناداری آزمون موجهی برای نمره کل عزت نفس جنسی و احساس گناه از آزمون گرین هاوس گیرز با اصلاح در درجات آزادی استفاده شد که در مقایسه با کرویت مفروض با اصلاحی در درجات آزادی، آزمون محافظه کارانه تری است.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می دهند که تحلیل واریانس با اندازه های تکرار شده مربوط به اثر زمان ها (از پس آزمون تا پیگیری) در نمره کل متغیرهای وابسته عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عواطف خودآگاه به استثنای خرده مقیاس مهارت و تجربه معنادار هستند. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود تأثیر گروه بر نمرات عملکرد جنسی ( $F(1, 28) = 248/433, P < 0/007$ )، عزت نفس جنسی ( $F(1, 28) = 7/131, P < 0/05$ )، شرم ( $F(1, 28) = 22/130, P < 0/001$ ) و احساس گناه ( $F(1, 28) = 23/318, P < 0/005$ ) معنادار است.

تأثیر زمان به وسیله آزمون کرویت مفروض روی نمرات عملکرد جنسی ( $F(2, 28) = 592/359, P < 0/001$ ) و به وسیله آزمون گرین هاوس گیرز و با اصلاح درجات آزادی بر نمرات عزت نفس جنسی ( $F(1, 28) = 11/109, P < 0/001$ )، به وسیله آزمون کرویت مفروض روی شرم ( $F(2, 28) = 189/509, P < 0/001$ ) و به وسیله آزمون گرین هاوس گیرز و با اصلاح درجات آزادی بر نمرات احساس گناه ( $F(1, 28) = 194/423, P < 0/001$ )، همچنین اثر تعامل زمان و گروه به وسیله آزمون کرویت مفروض روی نمرات عملکرد جنسی ( $F(2, 88) = 163/997, P < 0/001$ )، شرم ( $F(2, 28) = 102/071, P < 0/001$ ) و به وسیله آزمون گرین هاوس گیرز و با اصلاح درجات آزادی بر نمرات احساس گناه ( $F(1, 28) = 73/901, P < 0/001$ ) معنادار است. ولی اثر تعاملی زمان و گروه بر متغیر عزت نفس جنسی معنادار نیست ( $P \geq 0/05$ ). بنابراین می توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی (به استثنای مهارت و تجربه)، شرم و احساس گناه در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود تأثیر درون آزمودنی ها (زمان) نیز بر نمرات عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی، شرم و احساس گناه مؤثر است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات گروه آزمایشی در پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

برای تعیین تفاوت جفتی مراحل پیش آزمون - پس آزمون، پیش آزمون - پیگیری و پس آزمون - پیگیری از آزمون های تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که در نمرات عملکرد جنسی از پیش آزمون تا پس آزمون (اثر مداخله) و از پس آزمون تا پیگیری (ثبات مداخله) و از پیش آزمون تا پیگیری (اثر زمان) تفاوت وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). به عبارت دیگر نمرات گروه آزمایشی در متغیر عملکرد جنسی یک روند خطی افزایشی داشته است. همچنین در متغیر عزت نفس جنسی در خرده مقیاس تجربه و مهارت اثر مداخله و ثبات مداخله در خرده مقیاس قضاوت اخلاقی ثبات مداخله و در نمره عزت نفس جنسی نیز نمرات از پس آزمون تا پیگیری تغییری نداشته است. بنابراین نمره عزت نفس جنسی زنان در مرحله پیگیری در مقایسه با پس آزمون تغییری نداشته است. در نهایت نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که در نمرات شرم و احساس گناه از پیش آزمون تا پس آزمون (اثر مداخله) و از پس آزمون تا پیگیری (ثبات مداخله) و از پیش آزمون تا پیگیری (اثر زمان) تفاوت وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). به عبارت دیگر نمرات گروه آزمایشی در متغیر شرم و احساس گناه یک روند خطی کاهشی داشته است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیرهای عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عواطف خودآگاه

P	SD	تفاوت میانگین‌ها	موقعیت	متغیر	
۰/۰۰۱	۰/۱۹۷	-۱/۶۶۷	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۱۵۲	-۲/۵۰۰	پیگیری	پیش آزمون	میل جنسی
۰/۰۰۱	۰/۱۶۹	-۰/۸۳۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۳۹	-۲/۹۶۷	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۴۹	-۳/۵۳۳	پیگیری	پیش آزمون	تحریک
۰/۰۵	۰/۱۹۱	-۰/۵۶۷	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۵۰	-۲/۱۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۸۴	-۲/۷۶۷	پیگیری	پیش آزمون	مرطوب شدن
۰/۰۰۳	۰/۱۸۳	-۰/۶۶۷	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۶۵	-۲/۱۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۰۰	-۳/۵۰۰	پیگیری	پیش آزمون	ارگاسم
۰/۰۰۱	۰/۲۵۰	-۱/۴۰۰	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۶۲	-۲/۷۳۳	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۹۱	-۳/۶۰۰	پیگیری	پیش آزمون	رضایتمندی
۰/۰۵	۰/۲۷۵	-۰/۸۶۷	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۶۹	-۲/۲۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	-۲/۹۳۳	پیگیری	پیش آزمون	درد
۰/۰۰۱	۰/۱۲۸	-۰/۷۳۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	-۱۳/۷۶۷	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۱۸	-۱۸/۸۳۳	پیگیری	پیش آزمون	عملکرد جنسی
۰/۰۰۱	۰/۵۵۳	-۵/۰۶۷	پیگیری	پس آزمون	
۰/۳۶۸	۴/۳۳۶	-۶/۹۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۶۸	-۲/۸۶۷	پیگیری	پیش آزمون	مهارت و تجربه
۱	۴/۳۵۷	۴/۰۳۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	-۱/۴۳۳	پس آزمون	پیش آزمون	جذابیت
۰/۰۰۱	۰/۲۸۶	-۲/۳۰۰	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۲۰	-۰/۸۶۷	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۷۷	-۲/۶۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	کنترل
۰/۰۰۱	۰/۲۴۱	-۳/۵۳۳	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۰۵	۰/۲۹۸	-۰/۹۳۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۱۲	-۲/۳۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	قضاوت اخلاقی
۰/۰۰۱	۰/۲۵۲	-۲/۸۰۰	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۱۳۴	۰/۲۳۸	-۰/۵۰۰	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۱۷۴	-۱/۸۶۷	پس آزمون	پیش آزمون	انطباق
۰/۰۰۱	۰/۲۱۱	-۲/۸۶۷	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۱۷۲	-۱/۰۰۰	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۵	۴/۳۶۰	-۱۵/۱۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	عزت نفس جنسی
۰/۰۰۱	۰/۵۴۷	-۱۴/۳۶۷	پیگیری	پیش آزمون	
۱	۴/۴۵۴	-۰/۷۳۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۱۸۱	۲/۵۰۰	پس آزمون	پیش آزمون	شرم
۰/۰۰۱	۰/۲۰۲	۳/۴۰۰	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۱۵۷	۰/۹۰۰	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۱۳۵	۲/۲۳۳	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۰۸	۳/۱۳۳	پیگیری	پیش آزمون	گناه
۰/۰۰۱	۰/۱۳۷	۰/۹۰۰	پیگیری	پس آزمون	

## • بحث

هدف پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی بود. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر متغیر عملکرد جنسی زنان اثربخش است و اثر مداخله در پیگیری صورت گرفته حفظ شد. از آنجا که تاکنون در خصوص مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر عملکرد جنسی زنان در داخل و خارج از کشور مطالعات کمی صورت گرفته است؛ این نتایج با مطالعات (واسپر و همکاران، ۲۰۲۱ و ساندرس و همکاران، ۲۰۲۱) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر شفقت بر عملکرد جنسی زنان مؤثر است، همخوانی دارد. همچنین با مطالعه یزدان‌شناس و همکاران، (۱۴۰۰) که نتایج آن نشان داد رویکرد متمرکز بر شفقت باعث بهبود میزان فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی زنان نابارور شده است، همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل تغییر عاطفی به‌منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی و پریشانی در زنان مبتلا به کژکاری جنسی افزایش می‌یابد و آشفتگی هیجانی ناشی از کژکاری جنسی کاهش می‌یابد. از آنجا که در روابط جنسی نظام‌های شناختی، هیجانی و فیزیولوژیکی درگیر هستند درمان مبتنی بر شفقت با هدف قرار دادن این نظام‌ها از طریق کارکردن روی نظام امنیت و آرامش، زمینه را برای تعادل هیجانی و جسمانی فراهم می‌آورد و با استفاده از این روش درمانی فرد قادر می‌شود به‌جای کنترل دیگران، روی خودتسکینی و خودمراقبتی متمرکز شود (ساندرس و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر چون درمان مبتنی بر شفقت همراه با نوعی مراقبه و آرامش جسمانی است، می‌تواند به‌عنوان عامل واسطه‌ای بر افزایش عملکرد روان‌شناختی و کاهش مشکلات هیجانی مانند خودسرزنشگری، احساس گناه و شرم تاثیر گذاشته و باعث رشد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود. همچنین در طول این درمان سعی شده است انگیزه مراقبت و تلاش برای التیام‌بخشیدن به درگیری هیجانی با موضوع رنج خود افزایش یابد. به عبارتی تجربه ذهن مهربان با انگیزه التیام‌بخشی به رنج آغاز شد. در گام دوم سعی شد تا زنان موضوع رنج خود را بدون روبرگرداندن و اجتناب، در زمان حال مورد توجه و بررسی قرار دهند و به صورت ارادی بر حضور آن تمرکز کنند. در ادامه، درمانگر بر ارتباط با رنج و هیجان‌های مرتبط با آن و همچنین شیوه‌های پاسخ‌دهی معطوف بر آن تأکید کرد. سپس سعی شد افکار خودسرزنش گر، تعدیل و افراد به پذیرش شرایط خود نائل گردند. به علاوه تقویت تجارب حسی، به زنان آموخت که چگونه از تظاهرات چهره‌ای و لحن صدای خود، برای درگیرشدن در فرایند شفقت استفاده کرده و نظام هیجانی خود را تهییج نمایند. درمانگر در کنار تهییج هیجانی، سعی نمود تا حفظ زندگی زناشویی را به عنوان یکی از ارزش‌های فردی انتخاب و پیگیری نماید (فراسر و همکاران، ۲۰۲۳).

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر متغیر عزت‌نفس جنسی زنان اثربخش است و اثر مداخله در پیگیری سه ماهه حفظ شد. از آنجا که تاکنون در خصوص مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر عزت‌نفس جنسی زنان در داخل و خارج از کشور مطالعات کمی صورت گرفته این نتایج با مطالعات (واسپر و همکاران، ۲۰۲۱ و ساندرس و همکاران، ۲۰۲۱) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر شفقت بر عملکرد جنسی زنان مؤثر است؛ همخوانی دارد. همچنین نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده، نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر شرم و احساس گناه زنان مبتلا به کژکاری جنسی اثربخش است و اثر مداخله در پیگیری سه ماهه حفظ شد. این نتایج با مطالعات (واسپر و همکاران، ۲۰۲۱ و ساندرس و همکاران، ۲۰۲۱) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر شفقت بر عزت‌نفس جنسی زنان مؤثر است، همخوانی دارد. این نتایج با مطالعه حسنی و همکاران (۱۴۰۰) که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمون نسبت به پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود داشت، اما در گروه کنترل تفاوتی بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت، همخوانی دارد.

## • نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت سبب درک و پرهیز از انتقاد نادرست نسبت به خود، مهربانی و نبود قضاوت می‌شود و کمک می‌کند افکار و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی، درونی شوند. شفقت به خود باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی شده و می‌تواند در بهبود هیجان‌های منفی ناشی از تجارب رابطه جنسی اثربخش باشد. علاوه بر این، در این درمان بر افزایش

فعالیت‌های ارزشمند مانند بهبود روابط زناشویی و جنسی که برای فرد اهمیت دارند (اما از آنها اجتناب می‌کند)، نیز تأکید می‌شود. مثلاً یکی از این حیطه‌ها «روابط با همسر» است که بخش مهم آن، «انجام فعالیت جنسی» است. زمانی که فرد تمایلی به ارتباط جنسی ندارد، در واقع ممکن است ارزش‌هایش را گم کرده باشد. قرار گرفتن در راستای ارزش «رضایت همسر» به فرد کمک می‌کند تا در رابطه جنسی با وجود داشتن افکار و احساسات بد، مؤثر عمل کند. در نتیجه این تمرین‌ها، افزایش عزت‌نفس جنسی به زنان مبتلا به کژکاری جنسی کمک می‌کند تا احساسات بهتری را تجربه کنند و ارزش‌های خود در رابطه با همسر را بهتر بشناسند و این در بهبود رابطه و رضایت جنسی‌شان تأثیر مثبت گذارد. همچنین می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و ضمن کاهش هیجان‌های منفی فرد، هیجان‌های مثبت را جایگزین آن می‌سازد؛ بنابراین می‌تواند با کاهش شرم و احساس گناه، عزت‌نفس و کم‌رویی آنان را در رابطه جنسی بهبود بخشد. در واقع مواجهه با احساس شرم می‌تواند زمینه‌ساز احساس گناه شود ولی در درمان مبتنی بر شفقت، با گشودگی در نگرستن به احساس منفی شرم و پذیرش آن، فرد می‌تواند بخش مهمی از هیجان‌های ثانویه خود را مدیریت کند.

مطالعه حاضر نیز مانند هر مطالعه علمی دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله این که، مطالعه روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و دارای کژکاری جنسی با منشأ غیرجسمی انجام شده است. لذا در تعمیم نتایج به زنانی که ممکن است کژکاری جنسی آنها دلایل جسمی و فیزیولوژیک داشته باشد و یا زنانی مبتلا به کژکاری جنسی که به هر دلیلی به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند و یا مردان دارای کژکاری جنسی، لازم است احتیاط شود. سنجش‌ها در مطالعه حاضر از طریق پرسشنامه که ممکن است با مطلوب‌نمایی اجتماعی و اطلاعات نه‌چندان عمیق همراه باشد، انجام پذیرفته است. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آینده درمان مبتنی بر شفقت را از لحاظ اثربخشی علاوه بر عملکرد و عزت‌نفس جنسی و عواطف خودآگاه، روی متغیرهایی نظیر روابط زناشویی سازنده، عملکرد و رضایت جنسی هم در مردان و هم در زنان دارای کژکاری جنسی و با مشارکت هر دو زوج در کنار سنجش‌های عمیق‌تر از طریق مصاحبه در کنار پرسشنامه از نظر اثربخشی مورد مقایسه و مطالعه قرار دهند.

## • تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری محقق است. بدین‌وسیله از کلیه زنان دارای کژکاری جنسی که با شرکت در پژوهش، امکان اجرای مطالعه را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

## • تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود نداشته و نتایج به صورت شفاف بیان شده است.

## • منابع

- زارعی، سلمان، فرحبخش، کیومرث، و اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). تعیین سهم خود متمایزسازی، اعتماد، شرم و گناه در پیش‌بینی سازگاری زناشویی، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۳ (۴۵)، ۵۱-۶۴.
- فرخی سحر و شاره حسین (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فرم کوتاه شاخص عزت‌نفس جنسی زنان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۰ (۳)، ۲۵۲-۲۶۳.
- سازگار، مریم، کیخسروانی، مولود، مرقاتی خوبی، عفت، توحیدی نیک، حمیدرضا (۱۴۰۱). اثربخشی بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی بر پریشانی جنسی زنان. مجله روان‌شناسی، ۳ (۲۶)، ۲۹۱-۲۹۸.
- یزدان‌شناس، ملیحه؛ زارع نیستانک، محمد و دیناری، پریسا (۱۴۰۰). اثربخشی رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان ناباور. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲ (۱ پیاپی ۵)، ۴۵۹-۴۴۴.
- فیروزی، مجید، گل پرور، محسن، آقایی، اصغر (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی سیستمی-شناختی گاتمن بر تعادل عاطفی و انتظارات ناکارآمد در زنان دارای علائم کژکاری جنسی، روان‌پرستاری، ۱۰ (۱)، ۱۷-۱.
- رمضانی، نوشین، دولتیان، ماهرخ، شمس، جمال، علوی، حمید (۱۳۹۰). بررسی همبستگی عزت‌نفس با اختلال عملکرد و رضایتمندی جنسی در زنان، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۴ (۶)، ۶۵-۵۷.



- Andersen, B., & Rasmussen, P. H. (2017). Trans diagnostic group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4 (1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0043-1>
- Ayling, K., & Ussher, J. M. (2008). "If sex hurts, am I still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in heterosexual women? *Archives of Sexual Behavior*, 37 (2), 294–304. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1>
- Barkin, J. L., Serati, M., & Barkin, A. L. (2017). Self-Esteem and Sexual Behavior in Women: How Are They Related? *Journal of women's health* (2002), 26 (4), 305–306. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6305>.
- Beth, A.V., Julien, B., Anthony, F.B. & Michael, C.A. (2010). Psychopathy, sexual behavior and self-esteem, it's different for girls. *Journal personality and individual differences*, 48 (7), 833-83.
- Branden, N. (1969). *The Psychology of Self-Esteem*. New York: Bantam.
- Carpenter, T. P., Tignor, S. M., Tsang, J. A., & Willett, A. (2016). Dispositional self-forgiveness, guilt-and shame-proneness, and the roles of motivational tendencies. *Personality and Individual Differences*, 98, 53-61.
- Cavalera, C., Andreani, P., Baumgartner, O., & Oasi, O. (2022). Do Immature Defense Mechanisms Mediate the Relationship Between Shame, Guilt, and Psychopathological Symptoms? *Frontiers in psychology*, 13, 832237. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.832237>.
- Dolezal L. (2022). Shame anxiety, stigma and clinical encounters. *Journal of evaluation in clinical practice*, 28 (5), 854–860. <https://doi.org/10.1111/jep.13744>.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665–697. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.665>.
- Ferguson, T. J., & Eyre, H. L. (2001). Reconciling interpersonal versus appraisal views of guilt: Roles of inductive strategies and projected responsibility in prolonging guilty feelings. Manuscript under review.
- Fraser, A. M., Leavitt, C. E., Yorgason, J. B., & Price, A. A. (2023). "Feeling It": Links between elements of compassion and sexual well-being. *Frontiers in Psychology*, 13, 1017384.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 6–41.
- Hooge, I. (2013). Moral emotions and prosocially behavioral: It may be time to change our view of shame and guilt. *Psychology of Emotions*, 2, 255- 276.
- James R. (2011). Correlates of sexual self-esteem in a sample of substance-abusing woman. *Journal Psychoactive Drugs*, 43 (3), 220-8.
- Jong, C. (2005). Shame and guilt among Asian Americans. Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, Argosy University, Honolulu, Hawaii.
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual Self-Concept Discrepancies Mediate the Relation between Gender Dysphoria Sexual Esteem and Sexual Attitudes in Binary Transgender Individuals. *Journal of sex research*, 59 (4), 524–536. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643>
- Leary M. R. (2015). Emotional responses to interpersonal rejection. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17 (4), 435–441. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/mleary>.
- Leary M. R. (2015). Emotional responses to interpersonal rejection. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17 (4), 435–441. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/mleary>.
- Leaviss, L., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45 (5), 927–945.
- Linde, J., Luoma, J. B., Rück, C., Ramnerö, J., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and Compassion-Based Therapy Targeting Shame in Body Dysmorphic Disorder: A Multiple Baseline Study. *Behavior modification*, 47 (3), 693–718. <https://doi.org/10.1177/01454455221129989>
- McLean, L., Steindl, S. R., & Bambling, M. (2018). Compassion-Focused Therapy as an Intervention for Adult Survivors of Sexual Abuse. *Journal of child sexual abuse*, 27 (2), 161–175. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390718>.
- McLean, L., Steindl, S.R. & Bambling, M. (2022). Compassion Focused Group Therapy for Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Preliminary Investigation. *Mindfulness* 13, 1144–1157 <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01837-3>
- Mohammadi, K., Heidari, M., & Faqihzadeh, S. (2008). The validation of female sexual function index (FSFI) in the women: Persian Version. *Payesh journal*, 7 (2), 270-278.
- Ramazani M, Dolatian M, Shams J, Alavi. (2012). The correlation between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Arak Medical University Journal*, 14 (59), 57-65. [Persian]
- Ritter, K., Vater, A., Rusch, N., Schroder-Abe, M., Schutz, A. Fydrich, T., Lammers, C. and Roepke, S. (2013). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 215 (2), 429-437.
- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26 (2), 191-208.
- Sakaluk, J. K., Kim, J., Campbell, E., Baxter, A., & Impett, E. A. (2020). Self-esteem and sexual health: a multilevel meta-analytic review. *Health psychology review*, 14 (2), 269–293. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1625281>.
- Salehi, M., Kharaz Tavakol, H., Shabani, M., & Ziaei, T. (2015). The relationship between self-esteem and sexual self-concept in people with physical-motor disabilities. *Iranian Red Crescent medical journal*, 17(1), e25359. <https://doi.org/10.5812/ircmj.25359>.

- Saunders, F., Vosper, J., Gibson, S., Jamieson, R., Zelin, J., & Barter, J. (2021). Compassion Focused Psychosexual Therapy for Women Who Experience Pain during Sex. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 7 (2), 2-14. doi: 10.21926/obm.icm.2202017.
- Silva, G., Lima, S., Reis, B., Macruz, C., Postigo, S. (2020). Prevalence of hypoactive sexual desire disorder among sexually active postmenopausal women with metabolic syndrome at a public hospital clinic in Brazil: A cross-sectional study. *Sexual Medicine*, 8 (3), 545-553. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.05.008>.
- Sotomayor, M. (2005). The burden of premature ejaculation: The patient's perspective. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 110–114. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20371.x>.
- Tangeney, J. P., Wagner, P. E. & Gramazow, R. (1989) *The Test of Self-Conscious Affect (TOSCA)*. George Mason University, Fairfax, VA
- Tangney, J. P., & Dearing, R. I. (2002). *Shame & guilt*. The Guilford Press: New York, London
- Vosper, J., Irons, C., Mackenzie-White, K., Saunders, F., Lewis, R., & Gibson, S. (2021) Introducing compassion focused psychosexual therapy, *Sexual and Relationship Therapy*, DOI: 10.1080/14681994.2021.1902495.

## رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با رضایت شغلی: نقش واسطه‌ای استرس شغلی و ادراک از عدالت رویه‌ای

### The Relationship Between Big 5 Personality Traits and Job Satisfaction: The Mediating Roles of Job Stress and Perception of Procedural Justice

Leila Fathi<sup>1</sup>, MSc

Mohammad-Naghi Farahani<sup>2</sup> PhD✉

Hamid Khanipour<sup>3</sup> PhD

لیلا فتحی<sup>۱</sup>

محمدنقی فراهانی<sup>۲</sup>

حمید خانی‌پور<sup>۳</sup>

#### Abstract

The present study was conducted with the aim of knowing the relationship between personality traits and job satisfaction with the mediating role of perception of procedural justice and job stress. The present study is a descriptive-correlation study. The samples were available and there were 201 people. Questionnaires including Big five personality factors Questionnaire, Job Satisfaction Questionnaire, Nurses' Stress Scale and Organizational Justice Questionnaire were used. The data was collected from Rasoul-Akram Hospital and the structural equation model was used. The results showed that the traits of agreeableness and openness to experience had the strongest relationship with job satisfaction. This also applies to job stress as a mediator between 5 big personality traits and job satisfaction. The model did not show any relationship between the big 5 personality traits and job satisfaction through the simultaneous effect of the two mediating variables of stress and perception of procedural justice. Job stress showed a significant effect on job satisfaction, and the relationship between the perception of procedural justice and job satisfaction was also established separately. By evaluating the big 5 personality traits as predictors of job satisfaction, they did not show any significant relationship. The direct path between some traits and job satisfaction did not show a significant relationship. This shows the importance of examining the conceptual and practical equivalence of the 5 big personality factors in different societies. The results showed that people have more job satisfaction when they are aware of the organizational procedures related to the decisions made by the organization.

**Keywords:** Big five personality factors, Job Satisfaction, Procedural Justice, Job Stress.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناخت رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی بر رضایت شغلی با نقش میانجی ادراک از عدالت رویه‌ای و استرس شغلی انجام شد. پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-همبستگی است. نمونه‌ها به شکل در دسترس و ۲۰۱ نفر بودند. پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه ۵ عامل بزرگ، پرسشنامه رضایت شغلی، مقیاس استرس پرستاران و پرسشنامه عدالت سازمانی استفاده شد. داده‌ها از بیمارستان رسول اکرم جمع‌آوری شد و از مدل معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج نشان داد بین صفات موافق‌بودن و گشودگی به تجربه قوی‌ترین رابطه را با رضایت شغلی داشتند. همچنین این موضوع در خصوص استرس شغلی به عنوان میانجی بین ۵ صفت بزرگ شخصیتی و رضایت شغلی صدق می‌کرد. بین ۵ صفت بزرگ شخصیتی و رضایت شغلی از طریق تاثیر همزمان دو متغیر میانجی استرس و ادراک از عدالت رویه‌ای هیچ رابطه‌ای در مدل نشان نداد. استرس شغلی تاثیر قابل توجه و معناداری بر رضایت شغلی نشان داد و همچنین این رابطه بین ادراک از عدالت رویه‌ای و رضایت شغلی نیز به شکل مجزا برقرار بود. با ارزیابی ۵ صفت بزرگ شخصیتی به عنوان پیش‌بینی کننده رضایت شغلی، آنها هیچ رابطه معناداری را نشان ندادند. مسیر مستقیم بین برخی از صفات با رضایت شغلی، رابطه معناداری نشان ندادند. این نشان‌دهنده اهمیت بررسی هم‌ارزی مفهومی و عملی ۵ عامل بزرگ شخصیتی در جوامع مختلف است. نتایج نشان داد که افراد زمانی که از رویه‌های سازمانی مربوط به تصمیمات اتخاذ شده از سوی سازمان آگاه باشند، رضایت شغلی بیشتری دارند.

**واژه‌های کلیدی:** پنج عامل بزرگ شخصیتی، رضایت شغلی، عدالت رویه‌ای، استرس شغلی.

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۳/۲۸ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵

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

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

۳. گروه روان‌شناسی، مؤسسه تحقیقات تربیتی، روان‌شناختی و اجتماعی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

## ● مقدمه

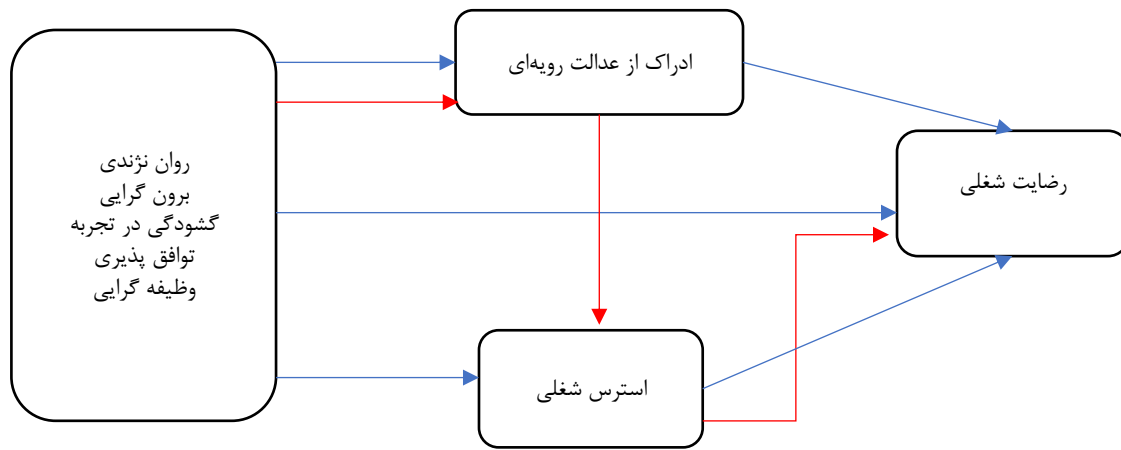
رضایت شغلی سازه مورد توجهی در علوم میان‌رشته‌ای است. نتایج نشان می‌دهند که رضایت شغلی بر عملکرد کارکنان تأثیر دارد (بوما، ۲۰۱۹). از طرفی کمبود نیروی پرستاری در جهان یک چالش جدی است. (لو و همکاران، ۲۰۱۵؛ روئلن، ۲۰۱۳؛ دال اورا، ۲۰۱۵؛ معصوم و همکاران، ۲۰۱۶؛ لو، ۲۰۱۷؛ چانگ و همکاران، ۲۰۱۹). رویکردهای پژوهشی در خصوص رضایت شغلی به رویکردهای موقعیتی و رویکردهای گرایشی تقسیم می‌شوند. بر اساس رویکرد گرایشی به رضایت شغلی، صفات شخصیتی در میزان رضایت شغلی تأثیرگذار است. از طرف دیگر رویکردهای موقعیتی به بررسی عوامل موقعیتی و خارجی که رفتار فرد را در محیط تحت تأثیر قرار می‌دهد، می‌پردازند.

شخصیت، مجموعه‌ای از ویژگی‌های روانی است که به صورت پایدار بر رفتار حرفه‌ای تأثیر می‌گذارد. راسین (۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان داد ویژگی‌های شخصیتی بر ارزش‌های فردی و حرفه‌ای، رضایت شغلی و استرس پرستاران تأثیرگذار است (اله‌یاری بیاتیانی و همکاران، ۱۳۹۴؛ فرامرزپور و همکاران، ۱۳۹۴؛ مرشدی و همکاران، ۱۳۹۹). هرچه تطابق بین شخصیت و شغل بیشتر باشد، رضایت شغلی بهتر و مثبت‌تر است (باقریان و همکاران، ۱۳۹۸). هونگ (۲۰۱۷)، نشان داد بین ۵ عامل بزرگ شخصیتی و رضایت شغلی رابطه وجود دارد. یانگ و همکاران در سال ۲۰۱۴ بیان کردند که موافق‌بودن و پس از آن برون‌گرایی بیشترین اثر را بر رضایت شغلی دارد. نتایج تحقیق توپینو و همکاران، ۲۰۲۱؛ خانجانی و همکاران، ۱۳۹۷ و جاج و همکاران، ۲۰۰۲؛ نشان دادند که بین برخی از صفات شخصیتی و رضایت شغلی رابطه معنادار وجود داشت. تورنوس و همکاران (۲۰۱۹)، نشان دادند میان روانرنجورخویی و گشودگی به تجربه با رضایت شغلی رابطه معکوس است.

از دیگر عوامل تأثیرگذار بر رضایت شغلی پرستاران نظارت عادلانه است (ستیادی و همکاران، ۲۰۱۷). عدالت رویه‌ای به برداشت‌هایی اطلاق می‌شود که شامل فرایندها و رویه‌هایی است که سازمان برای رسیدن به نتایج منصفانه استفاده می‌کند (گرینبرگ، ۱۹۸۷). پژوهش‌ها نشان داد که عدالت رویه‌ای تأثیر آماری معنی‌داری بر رضایت شغلی داشت (لامبرت و همکاران ۲۰۱۹؛ ضعبی و همکاران، ۲۰۱۷؛ گارسیا و همکاران ۲۰۱۲، نوگی و همکاران، ۲۰۲۰؛ خمیسا و همکاران، ۲۰۱۵؛ هالکوس و بوسیناکیس، ۲۰۱۸؛ اریک و همکاران، ۲۰۱۰؛ یامازاکی و همکاران، ۲۰۱۲؛ کولکیت و همکاران، ۲۰۰۱؛ یاداف و همکاران، ۲۰۱۷؛ تایلر و همکاران، ۱۹۹۲). درک عدالت اجتماعی باعث ارتقا رضایت شغلی در کارکنان می‌شود (یاداف و همکاران، ۲۰۱۷). کامگوز و کاراپینار (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که ارتقای عدالت رویه‌ای زیر بنای روانی رابطه بین صفات شخصیتی و رضایت شغلی است.

فاکتور مهم دیگر سازمانی موضوع استرس و فشار کاری است که بر رضایت شغلی پرستاران تأثیر می‌گذارد. پرستاران اغلب در معرض انواع استرس‌های فیزیکی و عاطفی هستند (هان و همکاران، ۲۰۱۳؛ یورومزوگلو و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهشی که شین و همکاران (۲۰۱۳)، انجام دادند بین استرس شغلی پرستاران و عدم رضایت شغلی و در پی آن قصد ترک شغل رابطه مثبت معنی‌داری بود. در پژوهش‌های دیگری نشان داده شد که از دلایل نرخ بالای چرخش پرسنل می‌توان به استرس شغلی اشاره کرد (براون و همکاران، ۲۰۱۸؛ یانگ و همکاران، ۲۰۱۷). گواسومی و داسیلوا، ۲۰۱۹؛ ارون و همکاران، ۲۰۱۵؛ ون هوتگم و همکاران، ۲۰۱۹؛ هالکوس و بوسیناکیس، ۲۰۱۸؛ نشان دادند که میان استرس و رضایت شغلی رابطه معکوس معنادار وجود داشت.

ادراک از عدالت رویه‌ای و استرس شغلی دو متغیر میانجی در مدل مفهومی پژوهش حاضر هستند. تحقیقات نشان می‌دهد برای کاهش استرس شغلی‌های شغلی باید یک محیط کار منصفانه ایجاد کرد. لارسون و همکاران، ۲۰۱۲؛ تاپ و همکاران، ۲۰۱۸؛ بیان کردند کاهش عدالت رویه‌ای منجر به افزایش استرس و کاهش رضایت شغلی است. در ادامه مدل مفهومی پژوهش حاضر ارائه می‌شود که به تأثیر ادراک از عدالت رویه‌ای و استرس شغلی بر رابطه بین ۵ عامل بزرگ شخصیتی و رضایت شغلی می‌پردازد (نمودار ۱). مسیرهای مورد نظر، به ترتیب صفات شخصیتی از طریق ادراک از عدالت رویه‌ای بر رضایت شغلی، صفات شخصیتی از طریق استرس شغلی بر رضایت شغلی و صفات شخصیتی از طریق ادراک از عدالت رویه‌ای - استرس شغلی بر رضایت شغلی مورد بررسی قرار گرفت.



نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش

## • روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران بیمارستان رسول اکرم (ص) تشکیل دادند (۴۵۰). برای برآورد حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد و نمونه‌ها به شکل در دسترس انتخاب شدند. در تحلیل داده‌ها از معادلات ساختاری استفاده شد و نرم‌افزارهای SPSS 26 و PLS-3 استفاده شد.

## • ابزارها

برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از ۴ پرسشنامه استفاده شد.

**الف) پرسشنامه ۵ عامل بزرگ شخصیتی گلدبرگ (۱۹۹۹) (Goldberg's big five personality questionnaire- GBQ):**

این پرسشنامه با ۲۱ ماده استفاده شد. خرمایی و فرمانی (۱۳۹۳) روایی محتوایی و صوری و ملاکی پرسشنامه را ارزیابی کردند و آن را مناسب تشخیص دادند. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در پژوهش ایشان ۰/۷۰ بود.

**ب) پرسشنامه رضایت شغلی مینه‌سوتا (۱۹۹۰) (Minnesota job satisfaction questionnaire- MSQ):** این پرسشنامه با

۱۹ ماده و ۶ خرده مقیاس مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه در پژوهشی که محمدی (۱۳۹۰) انجام داد به روش صوری تأیید شد و اعتبار آن نیز در پژوهش محمدی (۱۳۹۰) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و در پژوهش نصرآبادی (۱۳۸۸) ۰/۹۲ گزارش شد.

**ج) مقیاس استرس پرستاران تافت و اندرسون (۱۹۸۱) (Nurses' stress scale-CNSS):** این مقیاس با ۳۴ ماده استفاده شد که

۷ خرده مقیاس داشت. لی و همکاران (۲۰۰۷) اعتبار آزمون را مساوی با ۰/۸ گزارش دادند. در پژوهش قاسمی و همکاران (۱۳۹۰)، آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۵ محاسبه شده است.

**د) پرسشنامه عدالت سازمانی نیهوف و مورمن (۱۹۹۳) (organizational justice questionnaire- OJQ):** این پرسشنامه

با ۲۰ ماده که در این پژوهش فقط از پرسش‌های مربوط به مؤلفه عدالت رویه‌ای استفاده شد. مورمن آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه کرد. شکرشکن و نعیمی (۱۳۸۱) ضریب اعتبار برای عدالت رویه‌ای را ۰/۸۲ اعلام کردند.

## • یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی در جدول شماره ۱ آمده است. همانطور که ملاحظه می‌شود نمونه حاضر شامل ۶۵ نفر یا ۳۱/۱ درصد مرد و ۱۴۴ نفر یا ۶۸/۹ درصد زن است. در این نمونه در رده سنی ۲۵ تا ۳۰ سال ۶۴ نفر یا ۳۰/۶ درصد، در رده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال ۵۷ نفر یا ۲۷/۳ درصد، در رده سنی ۴۱ تا ۵۰ سال ۶۱ نفر یا ۲۹/۲ درصد، در رده سنی ۵۱ تا ۶۰ سال ۲۵ نفر یا ۱۲ درصد و رده سنی بالاتر از ۶۰ سال ۲ نفر یا ۰/۱ درصد است. همچنین از نظر نوع استخدام، حالت قراردادی شامل ۳۲ نفر یا ۱۵/۳ درصد، رسمی ۱۱۴ نفر یا ۵۴/۵ درصد، در طرحی ۲۱ نفر یا ۱۰ درصد و در پیمانی ۴۲ نفر یا ۲۰/۱ درصد هستند.

## جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	
جنس	مرد	۳۱/۱	
	زن	۶۸/۹	
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۳۰/۶	
	۳۱ تا ۴۰ سال	۲۷/۳	
	۴۱ تا ۵۰ سال	۲۹/۲	
	۵۱ تا ۶۰ سال	۱۲	
	بالاتر از ۶۰ سال	۰/۱	
نوع استخدام	قراردادی	۱۵/۳	
	رسمی	۵۴/۵	
	طرحی	۱۰	
	پیمانی	۲۰/۱	
	۱۱۴	۲۱	۴۲

در ادامه توصیف نمونه و متغیرهای پژوهش در جدول ۱ مقادیر کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار آمده است.

## جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

مقیاس	خرده مقیاس	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
صفات شخصیت	روان آزرده‌گرایی	۶	۱۹	۱۲/۱۱	۲/۸۳
	موافق‌بودن	۷	۲۰	۱۶/۲۲	۳/۴۶
	وظیفه‌گرایی	۷	۱۹	۱۳/۸۲	۲/۶۳
رضایت شغلی	برون‌گرایی	۱۰	۲۵	۱۸/۸۳	۳/۵۱
	گشودگی در تجربه	۶	۲۰	۱۲/۵۹	۳/۰۵
	رضایت شغلی	۲۱	۷۶	۵۵/۹۳	۱۱/۴۳
عدالت رویه‌ای	عدالت رویه‌ای	۶	۲۷	۱۷/۴۰	۴/۹۰
استرس شغلی	استرس شغلی	۶	۹۳	۳۰/۱۸	۱۶/۷۹

برای سنجش اعتبار یا ثبات و سازگاری پرسشنامه‌های مورد استفاده از آزمون پراکندگی کرونباخ، نتایج جدول ۲ به‌دست آمده است.

## جدول ۳. ضرایب آلفای کرونباخ

مقیاس	خرده مقیاس	آلفای کرونباخ
صفات شخصیت	روان آزرده‌گرایی	۰/۸۳
	موافق‌بودن	۰/۸۳
	وظیفه‌گرایی	۰/۸۱
رضایت شغلی	برون‌گرایی	۰/۷۲
	گشودگی در تجربه	۰/۶۹
	رضایت شغلی	۰/۷۹
عدالت رویه‌ای	عدالت رویه‌ای	۰/۸۲
استرس شغلی	استرس شغلی	۰/۹۳

در این مطالعه برای بررسی مؤثرترین عوامل بر میزان رضایت شغلی از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شده است. پیش از بررسی فرضیه‌های پژوهش، نرمالیت و هم‌خطی که از مهم‌ترین مفروضات آماری تحلیل مدل ساختاری است، بررسی شده‌اند. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد داده‌های مورد بررسی دارای توزیع نرمال نیستند. متغیرهای مورد پژوهش همبستگی متوسط تا بزرگ و معناداری با نمرات رضایت شغلی (متغیر وابسته پژوهش) را نشان می‌دهند ( $p < 0/01$ ). برای سنجش روایی و اعتبار از روش‌های روایی همگرا و آلفای کرونباخ استفاده شد.

برای بررسی هم‌خطی چندگانه در متغیرهای مورد پژوهش از شاخص ضریب تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. نتایج نشان داد در هیچ متغیری از جهت هم‌خطی چندگانه، مشکلی وجود ندارد. نتایج در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. مقادیر ضریب تحمل و عامل تورم واریانس

متغیر	ضریب تحمل	عامل تورم واریانس
روان آورده‌گرایی	۰/۵۳۳	۱/۸۷۵
توافق پذیری	۰/۲۸۶	۳/۵۰۰
وظیفه‌گرایی	۰/۵۰۱	۱/۹۹۴
برون‌گرایی	۰/۳۵۲	۲/۸۳۹
گشودگی در تجربه	۰/۸۷۲	۱/۱۴۷
عدالت رویه‌ای	۰/۶۹۷	۱/۴۳۴
فشار کاری	۰/۲۷۵	۳/۶۳۲
درگیری با پزشکان	۰/۳۶۰	۲/۷۷۸
رنج و مرگ بیماران	۰/۲۸۳	۳/۵۲۸
درگیری با سایر پزشکان	۰/۳۵۹	۲/۷۸۸
حمایت کافی از محیط کار	۰/۴۲۴	۲/۳۵۹
عدم آمادگی پرستاران	۰/۳۳۹	۲/۹۴۸
عدم اطمینان کافی پرستاران	۰/۲۶۷	۲/۷۴۳

جدول ۵. روایی و اعتبار پرسشنامه

مقیاس	خرده مقیاس	بار عاملی	آلفای کرونباخ	rho_A	CR	اعتبار ترکیبی	AVE	میانگین واریانس استخراج شده
رضایت شغلی	نظام پرداخت و میزان رضایت از دستمزد	۰/۷۲۸***	۰/۷۸۶	۰/۸۳۲	۰/۸۴۶	۰/۴۸۳	۰/۴۸۳	
	نوع شغل و رضایت از تناسب شغل	۰/۸۴۱***						
	فرصت پیشرفت و رضایت فرد از فرصت داده شده	۰/۷۲۷***						
	جو سازمانی	۰/۶۷۱***						
	سبک رهبری	۰/۶۲۱***						
استرس شغلی	شرایط فیزیکی کار	۰/۵۴۵***	۰/۹۲۷	۰/۹۳۶	۰/۹۴۱	۰/۶۹۴	۰/۶۹۴	
	فشار کاری	۰/۸۷۱***						
	درگیری با پزشکان	۰/۸۰۶***						
	رنج و مرگ بیماران	۰/۸۶۹***						
	درگیری با سایر پرستاران	۰/۸۱۵***						
	حمایت کافی از محیط کار	۰/۷۷۵***						
	عدم آمادگی پرستاران	۰/۸۲۴***						
	عدم اطمینان کافی پرستاران	۰/۸۶۸***						

برای سنجش روایی و اعتبار از روش‌های روایی همگرا و آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۵ مشخص است. در جدول ۵ میزان AVE (میانگین واریانس استخراج شده) و CR (روایی همگرا) و آلفای کرونباخ (اعتبار) برای متغیرهای رضایت شغلی و استرس شغلی آمده است. معیار AVE از ۰/۴ بالاتر است که نشان دهنده اعتبار و روایی همگرایی مدل مورد مطالعه است. برای بررسی همبستگی متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است، جدول ۶ نتایج همبستگی را نشان می‌دهد. داده‌های پرت چندمتغیره با استفاده از فاصله‌ها مالانویس بررسی شدند. بر این اساس تحلیل استنباطی با درجه آزادی ۱۴ و کای اسکور متناظر ۳۶/۱۲۳۲۷ در سطح معناداری ۰/۰۰۱ بررسی شد و تعداد ۸ مشاهده از داده‌ها نقطه پرت تشخیص داده شد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). شاخص بررسی اعتبار اشتراک متغیرهای پنهان برای تمام مقیاس‌ها مثبت است، بنابراین مدل از کفایت مناسب برخوردار است (جدول ۷). نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد ضریب تعیین استرس شغلی ۰/۴۵، رضایت شغلی ۰/۷۵ و عدالت رویه‌ای ۰/۳۰ است که هر سه در حد متوسط و قوی هستند، بنابراین مدل ساختاری از جهت ضرایب تعیین مناسب است. برای بررسی و ارزیابی مدل ساختاری از مقادیر t-value استفاده می‌شود با اجرای دستور بوت استرپینگ، مقادیر t-value بدست می‌آیند. اگر قدر مطلق مقادیر بزرگتر از ۱/۹۶ باشند، نشان دهنده درستی رابطه بین مقیاس‌ها و در نتیجه تأیید فرضیه پژوهشی در سطح اطمینان ۹۵ درصد است. در نمودار ۲ مقادیر t آمده است.

جدول ۶. ماتریس همبستگی متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱	۱													
۲	-۰/۴۷**	۱												
۳	۰/۶۴**	-۰/۴۲**	۱											
۴	۰/۵۱**	-۰/۴۰**	۰/۶۷**	۱										
۵	۰/۵۶**	-۰/۳۹**	۰/۷۸**	۰/۶۱**	۱									
۶	۰/۳۰**	-۰/۰۶	۰/۳۰**	۰/۲۰**	۰/۲۸**	۱								
۷	۰/۷۳**	-۰/۲۸**	۰/۵۲**	۰/۴۰**	۰/۴۲**	۰/۱۵*	۱							
۸	-۰/۳۶**	-۰/۵۸**	-۰/۲۹**	-۰/۳۲**	-۰/۲۸**	-۰/۰۲	-۰/۱۷*	۱						
۹	-۰/۵۰**	-۰/۵۱**	-۰/۴۲**	-۰/۳۵**	-۰/۳۹**	-۰/۱۴*	-۰/۳۲**	۰/۶۰**	۱					
۱۰	-۰/۳۴**	-۰/۵۳**	-۰/۲۴**	-۰/۲۴**	-۰/۱۸**	۰/۰۱۰	-۰/۱۸**	۰/۷۷**	۰/۶۰**	۱				
۱۱	-۰/۴۵**	-۰/۵۶**	-۰/۴۱**	-۰/۳۶**	-۰/۳۸**	-۰/۱۳۰	-۰/۳۰**	۰/۷۰**	۰/۶۴**	۰/۶۴**	۱			
۱۲	-۰/۲۶**	-۰/۵۰**	-۰/۲۴**	-۰/۲۵**	-۰/۱۷**	۰/۰۳۹	-۰/۱۰	۰/۶۸**	۰/۵۱**	۰/۵۳**	۰/۶۸**	۱		
۱۳	-۰/۳۳**	-۰/۴۶**	-۰/۲۳**	-۰/۱۹**	-۰/۱۶**	۰/۰۴۲	-۰/۱۵*	۰/۶۹**	۰/۶۱**	۰/۷۴**	۰/۵۵**	۰/۶۷**	۱	
۱۴	-۰/۳۶**	-۰/۵۶**	-۰/۲۷**	-۰/۲۸**	-۰/۲۵**	۰/۰۰۳	-۰/۲۱**	۰/۷۵**	۰/۶۹**	۰/۷۵**	۰/۶۰**	۰/۷۴**	۰/۷۴**	۱

نکته: ۱=رضایت شغلی، ۲=روان آزردہ گزایی، ۳=موافق بودن، ۴=وظیفه گزایی، ۵=برون گزایی، ۶=گشودگی در تجربه، ۷=عدالت رویه ای، ۸=فشار کاری، ۹=درگیری با پزشکان، ۱۰=رنج و مرگ بیماران، ۱۱=درگیری با سایر پزشکان، ۱۲=حمایت کافی از محیط کار، ۱۳=عدم آمادگی پرستاران، ۱۴=عدم اطمینان کافی پرستاران

متغیرهای ۲ تا ۶ شامل خرده مقیاس های صفات شخصیت، متغیرهای ۸ تا ۱۴ شامل خرده مقیاس های استرس هستند.

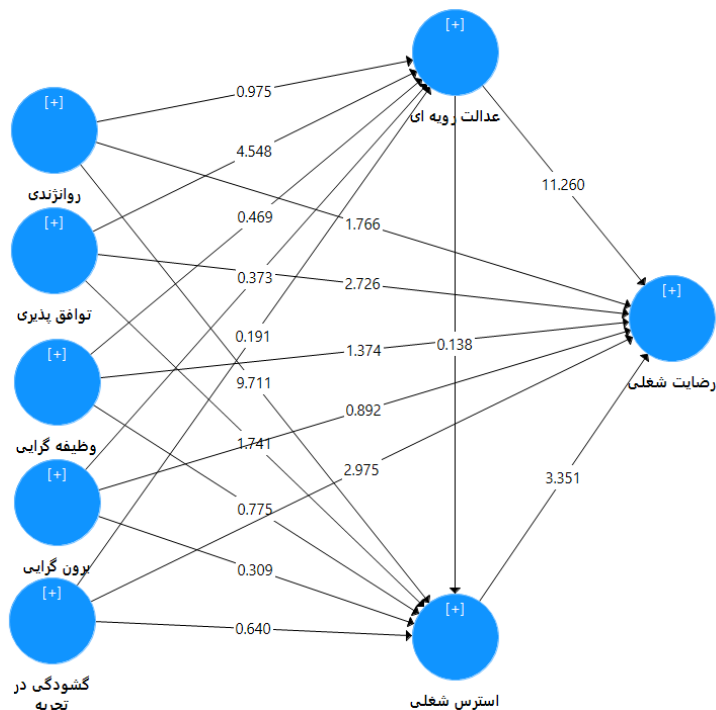
\*: سطح معناداری ۰/۰۵ \*\* : سطح معناداری ۰/۰۱

جدول ۷. شاخص بررسی اعتبار اشتراک متغیرهای پنهان

متغیر	SSE	$Q^2 = 1 - \frac{SSE}{SSO}$
استرس شغلی	۱۰۱۲/۱۹	۰/۲۸
رضایت شغلی	۸۰۹/۷۸	۰/۳۳
عدالت رویه ای	۱۴۵/۳۰	۰/۲۸

جدول ۸. ضرایب تعیین متغیرهای درون زا

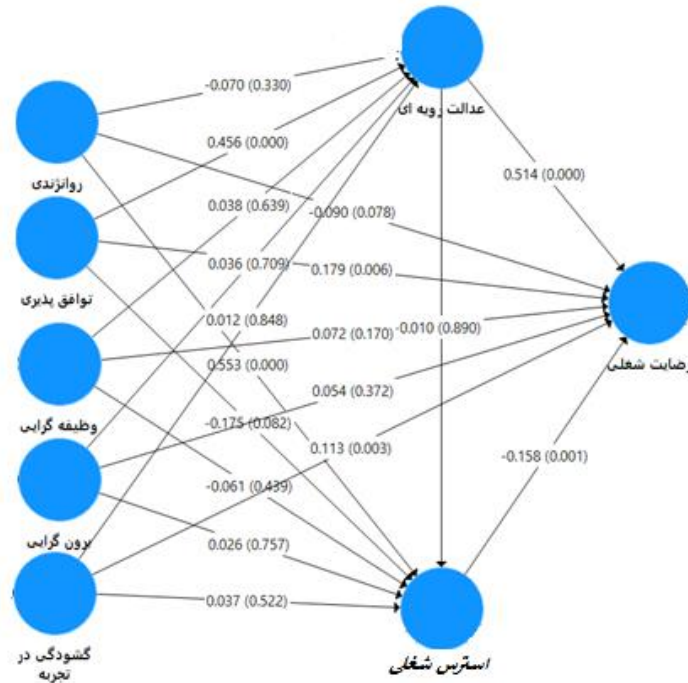
متغیر درون زا	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده
استرس شغلی	۰/۴۵	۰/۴۳
رضایت شغلی	۰/۷۵	۰/۷۴
عدالت رویه ای	۰/۳۰	۰/۲۹



نمودار ۲. مقادیر معناداری t-value



براساس مدل ساختاری برآزش شده در نمودار ۳ استرس شغلی بر رضایت تأثیر منفی داشت ( $p = 0/001$ )، موافق بودن بر رضایت شغلی اثر مثبت ( $p < 0/001$ )، موافق بودن بر عدالت رویه‌ای اثر مثبت ( $p < 0/001$ )، روان آزردگی بر استرس شغلی اثر مثبت ( $p < 0/001$ )، روان آزردگی بر رضایت شغلی اثر منفی ( $p = 0/001$ )، عدالت رویه‌ای بر رضایت شغلی اثر مثبت ( $p < 0/001$ ) و گشودگی در تجربه بر عدالت رویه‌ای اثر مثبت داشت ( $p = 0/035$ ).



نمودار ۳. مقادیر پی ویو و ضرایب مسیر

## • بحث

در تبیین روابط بین صفات شخصیتی از طریق متغیر میانجی ادراک از عدالت رویه‌ای می‌توان گفت که صفت موافق بودن با رضایت شغلی از طریق ادراک از عدالت رویه‌ای رابطه معنادار داشت. در پژوهش ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ اردهایم و همکاران، ۲۰۰۶؛ کامگز و همکاران، ۲۰۱۱؛ کلکیت و گرینبرگ، ۲۰۰۳؛ مونت و همکاران، ۲۰۰۶؛ بریک و همکاران، ۲۰۰۲؛ جاج و همکاران، ۲۰۰۲؛ شی و همکاران، ۲۰۰۹؛ کلکیت و همکاران، ۲۰۰۶؛ نتایج مشابه نشان داده شد.

استرس بر رابطه بین صفت روان آزردگی و رضایت شغلی اثر معناداری دارد. این یافته با پژوهش راسل و همکاران ۱۹۸۷؛ بخشی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شیخی و صادقی، ۱۳۹۷؛ اعیادی و همکاران، ۱۳۹۵؛ غلامی و همکاران، ۱۳۹۵؛ هان و همکاران، ۲۰۱۳؛ یورومزولگو و همکاران، ۲۰۱۶، شین و همکاران، ۲۰۱۳؛ همسو بود.

در خصوص تأثیر هم‌زمان دو متغیر ادراک از عدالت رویه‌ای و استرس بر رابطه بین صفات شخصیتی و رضایت شغلی، نتیجه بی‌معنا بود. علی‌رغم اینکه در این مدل برای تأثیر هم‌زمان دو متغیر میانجی ادراک از عدالت رویه‌ای و استرس شغلی برای پژوهشگران مسیری مفروض بود، این فرضیه رد شد و در مدل هیچ تأثیری نشان نداد و ضرایب مسیر نکویی برآزش نداشتند.

از میان ۵ صفت بزرگ شخصیتی، موافق بودن و گشودگی در تجربه بر رضایت شغلی تأثیر معنادار مستقیم دارند. روان آزردگی بر رضایت شغلی تأثیر معنادار معکوس با رضایت شغلی داشت. در پژوهش میرزا، ۱۳۹۶؛ هونگ، ۲۰۱۷؛ زمانیان و همکاران، ۱۳۹۳؛ هریس و فلمینگ، ۲۰۱۸؛ هالکوس و بوسیناکیس، ۲۰۱۰؛ نیز ارتباط بین صفات شخصیت و رضایت شغلی حاصل شد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین موافق بودن و ادراک از عدالت رویه‌ای رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. شی و همکاران، ۲۰۰۹؛ ارهایم و همکاران، ۲۰۰۶؛ نیز در نتایج پژوهش خود نشان دادند که موافق بودن رابطه مستقیم و روان آزردگی بر رضایت شغلی رابطه معکوس با ادراک از عدالت رویه‌ای دارد.

همچنین بین ویژگی‌های شخصیتی و استرس رابطه معناداری وجود داشت. نتایج حاصل از رابطه معنادار میان صفات شخصیتی با

استرس شغلی با نتایج حاصل از تحقیق زربخش بحری و همکاران، ۱۳۹۸؛ خدابخشی و کرمی، ۱۳۹۶؛ زمانیان و همکاران، ۱۳۹۳؛ هریس و فلمینگ، ۲۰۱۸؛ هالکوس و بوسیناکیس، ۲۰۱۰؛ تام و وانگ، ۲۰۲۱؛ هونگ، ۲۰۱۷؛ میرزا، ۱۳۹۶؛ بوستانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۶؛ آسماواتی و همکاران، ۲۰۱۴؛ نیز همسو بود. بعلاوه وجود رابطه مثبت و معنادار بین ادراک از عدالت رویه‌ای با نتایج لامبرت و همکاران ۲۰۱۹؛ ضغبی و همکاران، ۲۰۱۷؛ گارسیا و همکاران ۲۰۱۲؛ نوگی و همکاران، ۲۰۲۰؛ خمیسا و همکاران، ۲۰۱۵؛ هالکوس و بوسیناکیس، ۲۰۱۸؛ بوئر و همکاران، ۲۰۰۲؛ سازگار است. همچنین بین استرس شغلی و رضایت شغلی رابطه معناداری وجود داشت که با پژوهش گواسومی و داسیلوا، ۲۰۱۹؛ هالکوس و بوسیناکیس، ۲۰۱۸؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ مونتانی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ون هوتگم و همکاران، ۲۰۱۹؛ قانعی قشلاق و همکاران، ۱۳۹۶؛ زمانیان و همکاران، ۱۳۹۳؛ هریس و فلمینگ، ۲۰۱۸؛ هالکوس و بوسیناکیس، ۲۰۱۰؛ گواسومی و داسیلوا، ۲۰۱۹؛ سازگار است.

رابطه بین ادراک از عدالت رویه‌ای و استرس شغلی معنادار نبود و در مدل برازش نداشت. بین فرهنگ‌های مختلف کاربرد ۵ عامل بزرگ شخصیتی تفاوت‌هایی می‌تواند داشته باشد. ممکن است فردی که در یک صفت نمره بالایی نشان می‌دهد همیشه همان انتظار رفتاری را که از او می‌رود از خود نشان ندهد (فیلیسون و همکاران، ۲۰۱۴). تفاوت‌های مشاهده شده نمرات فرهنگ‌های مختلف در خصوص یک ویژگی شخصیتی می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی باشد یا به دلیل این که سبک پاسخ‌دهی افراد در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است؛ باشد (دینر و همکاران، ۲۰۰۱؛ وان دوویر و همکاران، ۲۰۰۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر باید به محدودیت مکانی آن اشاره کرد. قلمرو مکانی تحقیق حاضر، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) است. بنابراین اگر تحقیق در قلمرو مکانی دیگری انجام شود، ممکن است نتایج متفاوت باشد. ابزار اندازه‌گیری در پژوهش حاضر، پرسشنامه بوده است که به دلیل اندازه‌گیری نگرش پاسخ دهندگان با محدودیت‌های ذاتی همراه است. بنابراین اگر از ابزار دیگری استفاده شود، ممکن است نتایج متفاوت باشد. ضمناً قلمرو زمانی تحقیق حاضر در دی‌ماه ۱۴۰۱ بوده است. طبیعی است اگر داده‌ها در بازه زمانی دیگری جمع‌آوری شوند، نتایج متفاوتی می‌تواند به همراه داشته باشد.

## • نتیجه گیری

در تبیین روابط بین صفات شخصیتی از طریق متغیر میانجی ادراک از عدالت رویه‌ای می‌توان گفت که صفت موافق‌بودن با رضایت شغلی از طریق ادراک از عدالت رویه‌ای رابطه معنادار داشت. هر چه نمره فرد در طیف این صفت بیشتر باشد، تمایل وی برای ایجاد روابط انسانی بهتر، بیشتر است و این افراد گرایش دارند که باور کنند دیگران با آنها همدردی می‌کنند. به همین دلیل به احتمال بیشتری به این نتیجه می‌رسند که به شکل عادلانه‌ای در محیط کار با آنها برخورد می‌شود.

از طرفی دیگر، استرس بر رابطه بین صفت روان‌آزرده‌گرایی و رضایت شغلی اثر معناداری دارد. به نظر می‌آید افراد با صفت روان‌آزرده‌گرایی تمایل به درک تجربیات منفی دارند و این تمایل آنها را به سوی وقایع منفی در محیط کار سوق می‌دهد. عوامل محیطی کار شامل فشار و استرس ناشی از شغل پرستاری نیز بر این تمایل به درک تجربیات منفی اضافه می‌کند و در نتیجه این افراد درجات پایین‌تری از رضایت شغلی را نشان می‌دهند. نتایج نشان داد که از میان ۵ صفت بزرگ شخصیتی، موافق‌بودن و گشودگی در تجربه بر رضایت شغلی تأثیر معنادار مستقیم دارند. روان‌آزرده‌گرایی تأثیر معنادار معکوس با رضایت شغلی داشت.

نتیجه دیگری که مورد توجه پژوهشگران قرار گرفت این است که در فرهنگ‌های مختلف کاری کاربرد ۵ عامل بزرگ شخصیتی تفاوت‌هایی می‌تواند داشته باشد. ممکن است فردی که در یک صفت نمره بالایی نشان می‌دهد همیشه همان انتظار رفتاری را که از او می‌رود از خود نشان ندهد. تفاوت‌های مشاهده شده نمرات به دلیل این است که سبک پاسخ‌دهی افراد در محیط‌های مختلف کاری متفاوت است.

## • تعارض منافع

حمایت مالی و تعارض منافع در پژوهش حاضر وجود نداشته است.

## • تقدیر و تشکر

از تمامی عزیزانی که با پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، امکان نمونه‌گیری را فراهم کردند، قدردانی می‌شود.

## • منابع

- فیاضی، صدیقه، جهانی سیمین، ساکی مالچی، امل. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و رعایت ارزش‌های حرفه‌ای پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال ۱۳۹۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۴ (۵): ۳۶۷-۳۷۸
- باقریان، رضا، خیرآبادی اعیادی، نادر، درگاهی، شهریار، قمری گیوی، حسین، عباسی، مسلم. (۱۳۹۵). نقش استرس شغلی پرستاری در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی، استرس زناشویی و همدلی پرستاران. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران. ۹ (۲): ۶۷-۷۹.
- الله‌یاری، فاطمه، غلامرضا، مرثی، محمدرضا، قانع‌فر، سارا. (۱۳۹۸). رابطه خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس با وضعیت خودمراقبتی در بیماران همودیالیزی. ۸ (۳۰): ۱۴۵-۱۵۶.
- بخشی، احسان، مظلومی، عادل، حسینی، سیدمصطفی. (۱۳۹۸). بررسی خستگی ذهنی و پایایی و روایی ابزار سنجش آن در پرستاران یکی از بیمارستان‌های کرمانشاه. ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، ۷ (۱): ۲۹-۳۵.
- حسنعلی بختیار نصر آبادی، سعید رجایی پور، قربانعلی سلیمی، فاطمه طاهر پور، محمد پرتوی، (۱۳۸۸) بررسی رابطه بین ماهیت شغل و رضایت شغلی، پژوهشنامه علوم انسانی و اجتماعی، ۵۷
- خانجانی زینب، رائف ملیکه، عسگری مصطفی. (۱۳۹۷). رابطه سرسختی، ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای با رضایت شغلی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر تبریز. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*. ۲۶ (۴): ۲۴۶-۲۳۷
- حدادبخشی، مریم، کرمی، ابوالفضل. (۱۳۹۶). پیش‌بینی استرس شغلی، تیپ‌های شخصیتی و تعهد سازمانی کارکنان، فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی، دوره ۹، شماره ۳۲، صص: ۵۵-۷۰
- خرمایی، فرهاد، و فرمانی، ا. (۱۳۹۳). بررسی شاخص‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۴ (۱۶)، ۲۹-۳۹.
- زربخش بحری، محمدرضا و حاجتی، سمیه و فتوکیان، زهرا، (۱۳۹۸)، رابطه بین تیپ شخصیتی D و استرس شغلی با نشانه‌های اختلالات روان-تنی در پرستاران، <https://civilica.com/doc/1144587>
- زمانیان، زهرا، زکیان، سولماز، جلالی، مریم، کوهنورد، بهرام. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین خصوصیات شخصیتی، استرس و رضایت شغلی کارکنان کارخانجات مخابراتی ایران، فصلنامه بهداشت حرفه‌ای، دوره ۱، شماره ۴، صص: ۱۱-۱۸.
- شیخی شیرین، صادقی نرگس. (۱۳۹۷). ارتباط استرس شغلی پرستاران بخش مراقبت ویژه با اضطراب کودکان آنها. *نشریه پرستاری قلب و عروق*. ۷ (۳): ۵۰-۵۷
- فرامرزیور مطهره، برهانی فریبا، باقری پژمان. (۱۳۹۴). رضایت شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر جیرفت. *نشریه پرستاری ایران*. ۲۸ (۹۷): ۷۷-۸۶
- مرتقی قاسمی، معصومه؛ قهرمانی، زینب؛ واحدیان عظیمی، امیر؛ قربانی، فاطمه، (۱۳۹۰) استرس شغلی پرستاران مراکز آموزشی درمانی شهر زنجان، *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان / دوره هشتم / شماره ۱ / بهار و تابستان ۱۳۹۰ / صفحات ۴۲ تا ۵۱*
- مرشدی، محمدجواد، شاکری‌نیا، سیدمصطفی، رادفرد، مجید. (۱۳۹۹). بررسی رضایت شغلی پرستاران و گروه پرستاری شاغل در موسسه کارآفرینان آوا سلامت. *فصلنامه مدیریت پرستاری*. ۹ (۱): ۲۲-۱۵
- نعامی، ع.، و شکرکن، ح. (۱۳۸۳). بررسی روابط ساده و چندگانه عدالت سازمانی با خشنودی شغلی در کارکنان یک شرکت صنعتی. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*. ۱۱ (۲-۱) (ویژه نامه روان‌شناسی)، ۵۷-۷۰.
- Aron, S. (2015). Relationship between nurses' job satisfaction and quality of healthcare they deliver. Minnesota State University, Mankato.
- Boamah, S. A., Laschinger, H. K., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180-189.
- Brown, R., Wey, H., & Foland, K. (2018). The relationship among change fatigue, resilience, and job satisfaction of hospital staff nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 306-313. <https://doi.org/10.1111/jnu.12373>
- Bui, Hong TM (2017). Big Five personality traits and job satisfaction. *Journal of General Management*, 42(3), 21-30. Doi:10.1177/0306307016687990
- Camgoz, S. M., & Karapinar, P. B. (2011). Managing job satisfaction: The mediating effect of procedural fairness. *International Journal of Business and Social Science*, 2(8), 234-243.

- Chang H-Y, Huang T-L, Wong AM-K, Ho L-H, Juan Y-C, Chen Y-F, et al. How career facilitators and barriers influence nurses' professional turnover intention. *J Adv Nurs*. 2019;75(12):3577–87
- Colquitt, J. A., & Greenberg, J. (2003). Organizational justice: A fair assessment of the state of the literature. In J. Greenberg (Ed.), *Organizational behavior: The state of the science* (pp. 165-210). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Colquitt, J. A., Scott, B.A., Judge, T.A., & Shaw, C.S. (2006). Justice and personality: Using integrative theories to derive moderators of justice effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 100, 110–127
- Colquitt, J.A., Conlon, D.E., Wesson, M.J., Porter, C.O.L.H., & Ng, K.Y. (2001). Justice at the millennium: A meta-analytic review
- Dall'Ora, C., et al, 2015. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9): e8331
- E.G. Lambert, L.D. Keena, M. Leone, et al. The effects of distributive and procedural justice on job satisfaction and organizational commitment of correctional staff. *The Social Science Journal* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2019.02.002>
- Erdheim, J., Wang, M., & Zickar, M. J. (2006). Linking the Big Five personality constructs to organizational commitment. *Personality and Individual Differences*, 41, 959-970
- García-Izquierdo, A. L., Moscoso, S., & Ramos-Villagrasa, P. J. (2012). Reactions to the Fairness of Promotion Methods: Procedural justice and job satisfaction. *International Journal of Selection and Assessment*, 20(4), 394–403. doi:10.1111/ijjsa.12002
- Gori A, Topino E, Palazzeschi L, Di Fabio A (2021) Which personality traits can mitigate the impact of the pandemic? Assessment of the relationship between personality traits and traumatic events in the COVID-19 pandemic as mediated by defense mechanisms. *PLOS ONE* 16(5): e0251984. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251984>
- Goswami, I., Raylyn Dsilva, N., (2019) "Impact of job satisfaction and job stress on employees' life in Mumbai's hospitality sector: An empirical study using SEM", *Journal of Strategy and Management*, Vol. 12 No. 3, pp. 330-346
- Greenberg, J. (1987). A taxonomy of organizational justice theories. *Academy of Management review*, 12(1), 9–22
- Han, K. S., Choi, M. Y., & Lee, S. J. (2013). Experiences of job stress-coping in health care professionals. *Korean Journal of Stress Research*, 21(2), 131–139.
- Higgs M and Lichtenstein S (2010) Exploring the “Jingle Fallacy”: A study of personality and values. *Journal of General Management* 36(1): 43–61
- Janssen, O. (2000). Job demands, perceptions of effort-reward fairness and innovate work behaviour. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 73 No. 3, pp. 287-302.
- Judge TA and Larsen RJ (2001). Dispositional affect and job satisfaction: A review and theoretical extension. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 86(1): 6
- Judge TA, Heller D and Mount MK (2002) Five-factor model of personality and job satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology* 87(3): 530–541
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. Doi:10.1037/0021-9010.86.1.80.
- Judge TA, Kammeyer-Mueller JD. Jobattitudes. *Annu. Rev. Psychol.* 2012; 63:341–367. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100511PMID:22129457>
- Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1):652-666.
- Knezevic B, Milosevic M, Golubic R, Belosevic L, Russo A, Mustajbegovic J. (2011). Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*; 27(2):146–153
- Konovsky, M. A., & Pugh, D. S. (1994). Citizenship behavior and social exchange. *Academy of Management Journal*: 37(3), 656–669
- Larsen, S., Marnburg, E., & Øgaard, T. (2012). Working onboard—Job perception, organizational commitment and job satisfaction in the cruise sector. *Tourism Management*, 33(3), 592-597.
- Lee, M. H., Holzemer, W. L., & Faucett, J. (2007). Psychometric evaluation of the Nursing Stress Scale (NSS) among Chinese nurses in Taiwan. *Journal of nursing measurement*, 15(2), 133-144
- Lo, W.Y., et al, 2017. From job stress to intention to leave among hospital nurses: A structural equation modelling approach. *J Adv Nurs*.
- Lu, M., et al, 2015. Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction, and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 23(4): 440-447
- Masum, A.K., et al, 2016. Job satisfaction and intention to quit: an empirical analysis of nurses in Turkey. *PeerJ*, 4: e1896
- Moon TW, Hur WM, Hyun SS. How service employees' work motivations lead to job performance: The role of service employees' job creativity and customer orientation. *Curr Psychol.* 2019;38(2):517–532. 10.1007/s12144-017-9630-8
- Mount, M., Ilies, R., & Johnson, E. (2006). Relationship of personality traits and counterproductive work behaviors: The mediating effects of job satisfaction. *Personnel Psychology*, 59, 591-622
- Nogee, D., & Tomassoni, A. J. (2020). Covid-19 and the N95 respirator shortage: Closing the gap. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(8), 958.
- Proost, K., Verboon, P., & Van Ruyseveldt, J. (2015). Organizational justice as buffer against stressful job demands. *Journal of Managerial Psychology*, 30(4), 487-499.

- Roelen C.A., et al, 2013. Low job satisfaction does not identify nurses at risk of future sickness absence: results from a Norwegian cohort study. *Int J Nurs Stud*, 50(3): 366- 373
- Setiadi, A.P., Wibowo, Y., Herawati, F., Irawati, S., Detiawan, E., Preslely, B., Zaidi, M.A., & sundderland, B., (2017). Factors contributing to interprofessional collaboration in Indonesian health centers: A focus group study. *Journal of interprofessional Education & Practice*, 8, 6974. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.06.002>
- Shin, H. R., & Cho, Y. C. (2013). Relationship between job stress and turnover intention among nurses in university hospitals. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 14(8), 3958-3970.
- Sowunmi OA. Job satisfaction, personality traits, and its impact on motivation among mental health workers. *S Afr J Psychiatr*. 2022 Mar 18; 28:1801. Doi: 10.4102/sajpsychiatry. v28i0.1801. PMID: 35402011; PMCID: PMC8991041.
- Tham, S. Y., Wang, H. M. (2021). The Big Five Personality Traits on Job Satisfaction Mediated by Procedural Justice. *European Journal of Humanities and Social Sciences*. 1(6), 55-63
- Top, M., & Tekingunduz, S. (2018). The Effect of Organizational Justice and Trust on Job Stress in Hospital Organizations. *Journal of Nursing Scholarship*. doi:10.1111/jnu.12419
- Tornroos, M., Jokela, M., & Hakulinen, C. (2019). The relationship between personality and job satisfaction across occupations. *Personality and individual differences*, 145, 82-88. Doi: 10.1016/j.paid.2019.03.027
- Tyler, T. R. (2004). Enhancing police legitimacy. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 594, 84-99
- Ulrichová M. The Connection between Personality Traits and Resistance to Stress. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 112:1246–1254
- Van Hootegeem, A., De Witte, H., De Cuyper, N., & Elst, T. V. (2019). Job insecurity and the willingness to undertake training: The moderating role of perceived employability. *Journal of Career Development*, 46(4), 395-409.
- Vermunt, R. and Steensma, H. (2003), "Physiological relaxation: stress reduction through fair treatment", *Social Justice Research*, Vol. 16 No. 2, pp. 135-149.
- Watson R, Gardiner E, Hogston R, Gibson H, Stimpson A, Wrate R & Deary I (2008) A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing* 18, 270–278
- Wu, F., Ren, Z., Wang, Q., He, M., Xiong, W., Ma, G., ... Zhang, X. (2020). The relationship between job stress and job burnout: the mediating effects of perceived social support and job satisfaction. *Psychology, Health & Medicine*, 1–8. Doi:10.1080/13548506.2020.1778750
- Yadav LK, Yadav N. Organizational justice: ana analysis of approaches, dimensions and outcomes. *NMIMS Manage Rev*. 2016; XXXI:14–40.
- Yamazaki, Y., & Yoon, J. (2012). Fairness and job satisfaction of Japanese multinationals in Asia. *Journal of Business and Psychology*, 20, 599-620.
- Yang, C.-L. and Hwang, M. (2014), "Personality traits and simultaneous reciprocal influences between job performance and job satisfaction", *Chinese Management Studies*, Vol. 8 No. 1, pp. 6-26. <https://doi.org/10.1108/CMS-09-2011-0079>
- Yang, H., Lv, J., Zhou, X., Liu, H., & Mi, B. (2017). Validation of work pressure and associated factors influencing hospital nurse turnover: A cross sectional investigation in Shaanxi Province, China. *BMC Health Services Research*, 17, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2056-z>
- Yau SY, Xiao XY, Lee LYK, Tsang AYK, Wong SL & Wong KF (2012) Job stress among nurses in China. *Applied Nursing Research* 25, 60–64
- Yurumezoglu, A. H., & Kocaman, G. (2016). Predictors of nurses' intentions to leave the organization and the profession in Turkey. *Journal of Nursing Management*, 24, 235–243. <https://doi.org/10.1111/jonm.12305>
- Zoghbi-Manrique-de-Lara, P., & Ting-Ding, J.-M. (2017). Task and contextual performance as reactions of hotel staff to labor outsourcing: The role of procedural justice. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 33, 51–61. doi: 10.1016/j.jhtm.2017.09.007

## تدوین مدل علی آسیب‌پذیری نوجوان به اعتیاد بر اساس حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری با میانجی‌گری ترومای دوره کودکی

### Developing a Causal Model of Adolescent Vulnerability to Addiction Based on the Sensitivity of Sensory Processing and Behavioral Brain Systems with the Mediation of Childhood Trauma

Safura Keyvanlo, PhD

Akbar Atadokht, PhD✉

صفورا کیوانلو<sup>۱</sup>

اکبر عطادخت<sup>۲</sup>

#### Abstract

Adolescents are heavily influenced by social and cultural changes that are exposed to harmful environmental stimuli such as addictive; Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the causal model of adolescent vulnerability to addiction based on the sensitivity of sensory processing and brain-behavioral systems with the mediation of childhood trauma in the city of Mashhad. The present study was a descriptive correlation in terms of its practical purpose and the method of data collection. The statistical population of the research was all secondary school students of the second year of Mashhad in the academic year of 1402-1401. 228 students were selected by cluster sampling method. In order to collect data, Enisi's questionnaires for identifying people at risk of addiction, Aron's and Aron's sensory processing sensitivity, Carver's and White's brain-behavioral systems, and Bernstein et al.'s trauma questionnaire were used. The collected data were analyzed using structural equation modeling method and SPSS27 and Lisrel8.8 software. The results of the research showed that the sensitivity variables of sensory processing and behavioral brain systems have a direct and significant effect on vulnerability to addiction. The results related to the fit indices of the model also showed that childhood trauma can mediate the sensitivity of sensory processing and behavioral brain systems with vulnerability to addiction.

**Keywords:** Addiction, Sensory Processing Sensitivity, Brain-Behavioral Systems, Childhood Trauma

#### چکیده

نوجوانان به شدت تحت تأثیر تغییرات اجتماعی و فرهنگی هستند که در معرض محرک‌های محیطی مضر مانند اعتیادآور قرار دارند؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین مدل علی آسیب‌پذیری نوجوان به اعتیاد بر اساس حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری با میانجی‌گری ترومای دوره کودکی در شهر مشهد انجام شد. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و نحوه گردآوری داده‌ها همبستگی از نوع توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. ۲۲۸ نفر از دانش‌آموزان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد انیسی، نظام‌های مغزی-رفتاری کارور و وایت، ترومای برنشتاین و همکاران و مقیاس حساسیت پردازش حسی آرون و آرون، استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SPSS27 و Lisrel8.8 مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان دادند که متغیرهای حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری بر آسیب‌پذیری به اعتیاد اثر مستقیم و معنادار دارند. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل نیز نشان داد که ترومای دوره کودکی می‌تواند میانجی حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری با آسیب‌پذیری به اعتیاد باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اعتیاد، حساسیت پردازش حسی، نظام‌های مغزی-رفتاری، ترومای دوره کودکی

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۵/۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول)

## ● مقدمه

نوجوانی با یک سری تغییرات رشدی مشخص می‌شود که به‌شدت تحت تأثیر تغییرات اجتماعی و فرهنگی است (حمیداله و همکاران، ۲۰۲۰). نوجوانان از طریق ریسک‌پذیری و آزمایش، فعالیت‌های جدیدی را امتحان می‌کنند، علایق تحصیلی جدید را کشف نموده و روابطی را جستجو می‌کنند که به استقلال آنها کمک می‌کند (وینر و همکاران، ۲۰۲۲). یک‌سری تغییرات عصبی تحولی در این دوره سنی رخ می‌دهد (حمیداله و همکاران، ۲۰۲۰) که این تغییرات باعث ایجاد رفتارهای خاصی مانند بهبود عملکردهای شناختی و اجرایی، افزایش حساسیت به پاداش، رفتار ریسک‌پذیر و تمایل به گذراندن زمان بیشتر با همسالان در دوران نوجوانی می‌شود (سجادی‌نژاد و اکبری، ۱۴۰۱) که برخی از این ویژگی‌های رفتاری، به‌نوبه خود به شروع مصرف مواد کمک می‌کنند (گاروفولی، ۲۰۲۰). استفاده از مواد توسط نوجوانان یک نگرانی مهم سلامت عمومی است و بیش از ۵۰ درصد موارد شروع مصرف مواد در این دوره سنی رخ می‌دهد (گری و اسکوگلیا، ۲۰۱۸). این اختلالات از اوایل بلوغ شروع می‌شوند، اغلب با سایر اختلال‌های روانی همراه هستند و در صورت درمان نشدن، اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابند (توماسیوس، پاشک و آرنود، ۲۰۲۲). در سال ۲۰۱۶، ۵/۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۲۶ ساله حداقل یک‌بار مصرف مواد مخدر را گزارش کردند (ناوی و همکاران، ۲۰۲۱). طبق آمارهای موجود در ایران در زمینه اختلال مصرف مواد نوجوانان، حدود ۱۶ درصد از معتادان ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند (کیان‌ارثی و همکاران، ۱۴۰۱).

از کلیدی‌ترین عوامل روانی گرایش به اعتیاد، شیوه درک و پردازش محرک‌های حسی بوده که زیربنای نحوه ادراک و واکنش شخص نسبت به محرک‌های محیطی را تشکیل می‌دهد و به‌عنوان حساسیت پردازش حسی (sensory processing sensitivity) معرفی می‌شود (امیری و همکاران، ۱۳۹۷). مدل حساسیت حسی به تعامل میان آستانه عصبی پایین و بالا و راهبردهای خودتنظیمی منفعل و فعال اشاره دارد. حساسیت پردازش حسی تفاوت‌های بین فردی را در حساسیت به محیط‌های منفی و مثبت توصیف می‌کند و به‌عنوان یک عامل خطر برای ایجاد مشکلات درونی شناسایی شده است (اسلاگت و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین حساسیت پردازش حسی بالا و استفاده از روان‌گردان ارتباط وجود دارد (یوفرو و همکاران، ۲۰۲۱). به‌نظر می‌رسد که حساسیت حسی از طریق سطوح بالای پریشانی بر مصرف مواد جوانان اثرگذار است (مردیس و همکاران، ۲۰۲۰). یافته بشرپور و رهبری‌غازانی (۱۳۹۹)، نشان داد که حساسیت پردازش حسی و سبک‌های پردازش اطلاعات از پیشایندهای آسیب‌شناختی نشانگان بالینی در افراد وابسته به مواد هستند. حسین‌پور و محمودیان (۱۳۹۷)، بیان داشتند که از بین مؤلفه‌های حساسیت حسی، آستانه حسی پایین و رفتارهای بازداری حسی در افراد وابسته به مواد بالاتر بوده است.

نابالغی مغز، نوجوانان را در برابر اثرات سوءمصرف الکل و سایر مواد مخدر آسیب‌پذیرتر می‌کند و قرار گرفتن در معرض این مواد در نوجوانی می‌تواند باعث اختلال در عملکرد نواحی مغزی و اختلالات رفتاری و شناختی طولانی‌مدت شود (پاسکوال و همکاران، ۲۰۱۸). نظام‌های مغزی رفتاری (brain behavioral systems)، وضعیت حساسیت شخص به شرایط و محرک‌های تنبیه (ویدمن و همکاران، ۲۰۲۰) یا پاداش است که نوعی تفسیر از ویژگی‌های شخصیتی بر طبق خصوصیات عصب‌روان‌شناختی و ژنتیکی است (گومز و همکاران، ۲۰۲۰). دو نظام در انگیزش رفتاری نقش دارند، که شامل نظام فعال‌ساز رفتاری (behavioral activation system) و بازداری رفتاری (behavioral inhibition system) است. نظام فعال‌ساز رفتاری که حساسیت آن در برابر محرک‌های شرطی مطلوب بوده و با هیجان‌های مثبت مانند شادکامی و امید مرتبط است و نظام بازداری رفتاری به محرک‌های نامطلوب شرطی همانند تنبیه یا فقدان/ خاتمه پاداش حساس بوده و مرتبط با اضطراب است (مرچان کلاولینو و گیل، ۲۰۱۹). یافته کواک و کیم (۲۰۲۲)، حاکی از آن بود که مهار رفتاری، انگیزه فعال‌سازی رفتاری، اضطراب و خودکنترلی پایین مستقیم بر تمایل به اعتیاد تأثیر می‌گذارند. از سویی، نظام فعال‌ساز رفتاری با ویژگی تکانشی مرتبط است و افراد دارای اختلال مصرف مواد، حساسیت بیشتری نسبت به بعد پاداش در مقایسه با افراد عادی نشان دادند (چی و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش جعفری‌نسب و کدخدایی (۱۴۰۱)، نشان‌دهنده اثر مستقیم و غیرمستقیم نظام فعال‌ساز رفتاری بر اعتیاد به‌صورت منفی و اثر مستقیم و غیرمستقیم نظام‌های بازداری رفتاری و جنگ‌وگریز بر اعتیاد مثبت بود. کرمی و همکاران (۱۳۹۹) مشاهده کردند که نظام بازداری رفتاری، هیجان‌پذیری و انزوای اجتماعی با تحمل پریشانی رابطه منفی و نظام فعال‌ساز رفتاری با تحمل پریشانی در افراد وابسته به مواد رابطه مثبت دارند.

شواهد نشان می‌دهد که ترومای دوره کودکی (childhood trauma) یک عامل خطر برای حساسیت به اختلال مصرف مواد بوده و بر شدت آن اثرگذار است (شین و کوبولسکی، ۲۰۲۰). تروما هر رویدادی است که با موقعیت‌های روزمره مطابقت ندارد و می‌تواند باعث ایجاد احساس استرس و ناراحتی شدید شود (جراره و سیفوری، ۱۴۰۲). افرادی که در دوره کودکی شرایط نامطلوب را تجربه می‌کنند، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر بیماری‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی داشته (ولز و همکاران، ۲۰۲۰) و تمایل بیشتری به پرخاشگری، سوءمصرف مواد اعتیادآور و خودکشی دارند (چیستیکو و چخونین، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش امپراتوری و همکاران (۲۰۲۳)، از تعامل میان ترومای دوره کودکی و افزایش اختلالات مرتبط با مصرف مواد حمایت می‌کند. یافته پژوهش هافمن و همکاران (۲۰۲۲)، نشان داد که بدرفتاری دوره کودکی با اختلال مصرف مواد مرتبط است و نوع تروما می‌تواند بر مصرف ترجیحی مواد و شدت اعتیاد تأثیر بگذارد. مصطفی و همکاران (۲۰۲۱)، نشان دادند که تجربه ترومای بین فردی دوره کودکی با افزایش آسیب‌پذیری برای اختلال مصرف مواد مرتبط است. یافته گرمی و همکاران (۲۰۱۹)، حاکی از آن بود که ترومای دوره کودکی می‌تواند عامل مهمی در اعتیاد به مواد باشد. یافته میکائیلی و پرنیان خوی (۱۴۰۰)، حاکی از آن بود که بین آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد با آزاردیدگی دوره کودکی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ارباب و منیرپور (۱۳۹۸)، نشان دادند که آسیب‌های دوره کودکی می‌تواند به شکل تأثیر بر سازمان شخصیت، احساس بیگانگی و افسردگی در دوران بعدی زندگی شخص معتاد بروز کند و عود مواد راهبردی برای رهایی از این رنج است.

با توجه به مطالب مذکور و ضرورت پژوهش در آسیب‌شناسی اعتیاد در نوجوانان، هدف پژوهش حاضر شناخت نقش حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری در آسیب‌پذیری نوجوان به اعتیاد با میانجی‌گری ترومای دوره کودکی بود.

## • روش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها (طرح تحقیق) از پژوهش‌های توصیفی - همبستگی محسوب می‌شود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۹ سال است که در مقطع متوسطه دوم مدارس دولتی شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند. در پژوهش حاضر نمونه اولیه پژوهش ۲۵۰ نفر دانش‌آموز پایه دهم تا دوازدهم بود که به صورت روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، ابتدا از بین تمام مدارس متوسطه دوم شهر مشهد تعداد ۶ مدرسه به‌طور تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس از هر مدرسه، از هر یک از پایه تحصیلی یک کلاس به‌طور تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش بین دانش‌آموزان توزیع گردید و در نهایت پس از بررسی پرسشنامه‌ها و حذف موارد ناقص اطلاعات ۲۲۸ نفر از دانش‌آموزان مورد بررسی قرار گرفت. علت انتخاب ۲۵۰ نفر برای پژوهش این بود که به ازای هر متغیر ۵ تا ۱۵ نفر مشاهده‌گر انتخاب شود (هومن، ۱۳۸۴). ملاک‌های ورودی پژوهش حاضر عبارتند از: سن ۱۵ تا ۱۹ سال، رضایت کامل، نداشتن هر نوع بیماری جسمانی یا اختلال روانی مداخله‌کننده در فرآیند پژوهش و قرار نداشتن تحت برنامه مداخله‌ای. ملاک خروج نیز عبارت بودند از: ناقص بودن پرسشنامه و عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش. در این پژوهش جهت انجام پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و به شرکت‌کنندگان و والدین‌شان در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات توضیح لازم ارائه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌بانی معادلات ساختاری و از طریق نرم‌افزارهای Spss27 و Lisrel 8.8 انجام شد.

## • ابزارها

### الف) پرسشنامه شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد (IPRAQ-identifying people at risk of addiction questionnaire):

این پرسشنامه توسط انیسی (۱۳۹۲)، در مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله فراهم گردیده است. پرسشنامه دارای ۷۵ ماده و ۴ عامل افسردگی و درماندگی، نگرش مثبت به مواد و هیجان خواهی بالا است که به‌صورت لیکرت چهار گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدی موافقم و موافقم) از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نقطه برش در نمره کل پرسشنامه برابر با ۸۰ است. به‌عبارت دیگر، افرادی که نمره مساوی و یا بالاتر از داشته باشند، در معرض خطر اعتیاد هستند. در پژوهش میکائیلی و پرنیان‌خوی (۱۴۰۰)، اعتبار به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آمد.



**ب) مقیاس حساسیت پردازش حسی (sensory processing sensitivity scale- SPSS):** این مقیاس توسط آرون و آرون در سال ۱۹۹۷ برای سنجش افرادی که با شدت بیشتری به محرک‌های محیطی واکنش نشان می‌دهند، ساخته شده است. مقیاس دارای ۲۵ ماده است. برای نمره‌گذاری از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) استفاده شده است. در پژوهش عطاری و همکاران (۱۴۰۱)، روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط اساتید دانشگاه از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند که میزان آن ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه، سه مؤلفه را نشان داد که خرده‌مقیاس‌های آن دارای روایی همگرایی خوبی بودند (عطاری و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های سهولت تحریک، آستانه حسی پایین و حساسیت زیبایی شناختی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ به دست آمد.

**ج) پرسشنامه نظام‌های مغزی- رفتاری (brain behavioral systems questionnaire- BBSQ):** این پرسشنامه توسط کارور و وایت (۱۹۹۴)، ساخته شده که شامل ۲۴ ماده خودگزارشی است. هدف از این پرسشنامه ارزیابی سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری و خرده‌مقیاس‌های آن (حساسیت سیستم بازداری رفتاری، حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتار: سائق، پاسخ‌دهی به پاداش، جستجوی سرگرمی) است. خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط محمدی (۱۳۸۷)، در دانشجویان شیرازی مطلوب گزارش شده است. اعتبار به روش باززمایی برای مقیاس BAS، ۰/۶۸ و برای زیر مقیاس BIS، ۰/۷۱ گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ این پژوهش در متغیرهای BIS ۰/۷۰ و BAS ۰/۸۲ بود.

**د) پرسشنامه ترومای دوره کودکی (childhood trauma questionnaire-CTQ):** این پرسشنامه برنشتاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوره کودکی توسعه داده شده است. این پرسشنامه پنج نوع از بدر رفتاری در دوره کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی و جسمی. این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد. در پژوهش برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی هم‌زمان آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند؛ که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب پرسشنامه است. انفعال و همکاران (۱۴۰۰)، در پژوهش خود اعتبار به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش حاضر اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

## • یافته‌ها

تعداد ۲۲۸ نوجوان با میانگین سنی ۱۶/۹۱ و انحراف معیار ۰/۹۸ در بازه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال در این مطالعه شرکت داشتند. از میان افراد شرکت‌کنندگان در پژوهش ۵۴/۴ درصد (۱۲۴ نفر) آنها دختر و ۴۵/۶ درصد (۱۰۴ نفر) پسر بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای آسیب‌پذیری به اعتیاد، حساسیت پردازش حسی، سیستم‌های مغزی- رفتاری و ترومای دوره کودکی نشان داده شده است. با توجه به نتایج به دست آمده مقدار چولگی مشاهده شده نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی آنها نیز در بازه (۲، -۲) قرار دارد؛ این نشان می‌دهد توزیع متغیرهای پژوهش از کشیدگی نرمال برخوردار است.

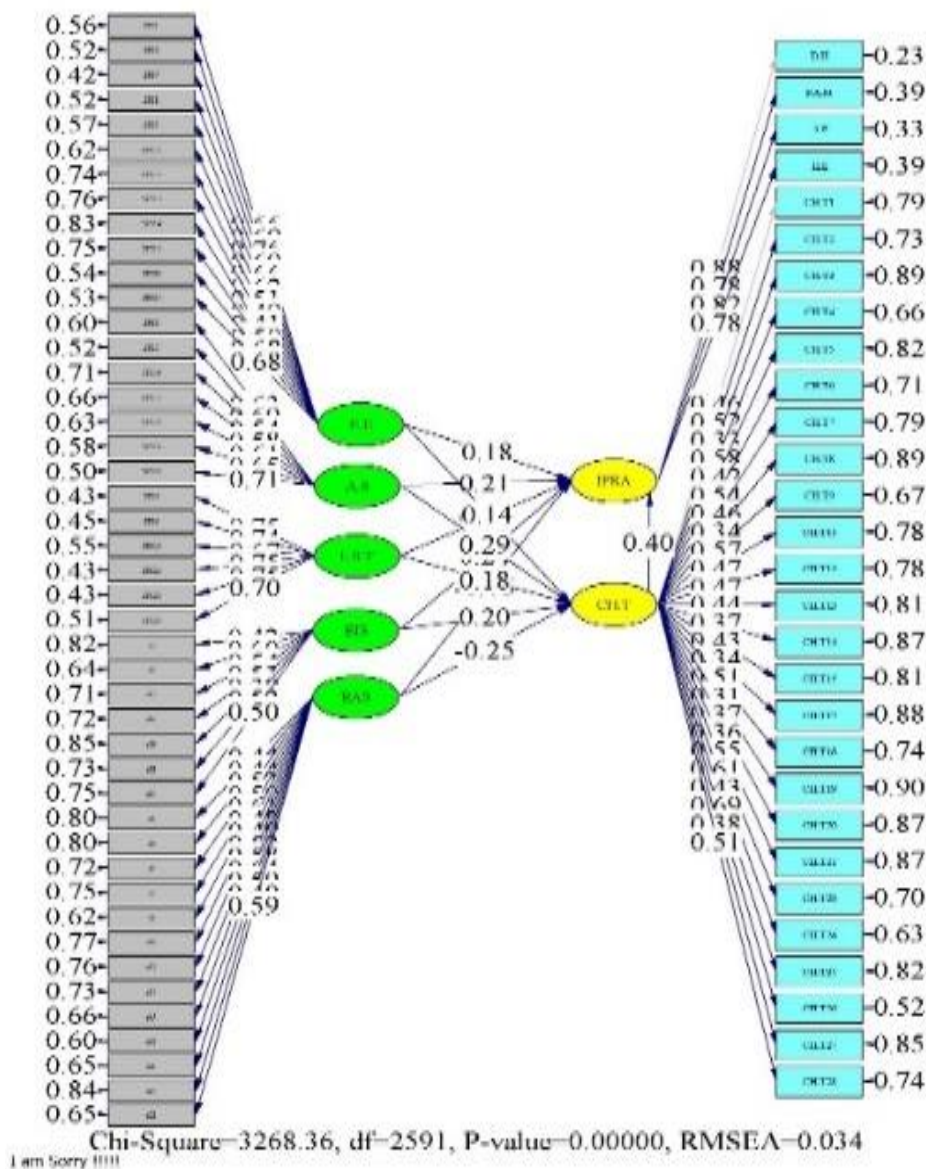
جدول ۱. توصیف متغیرهای پژوهش

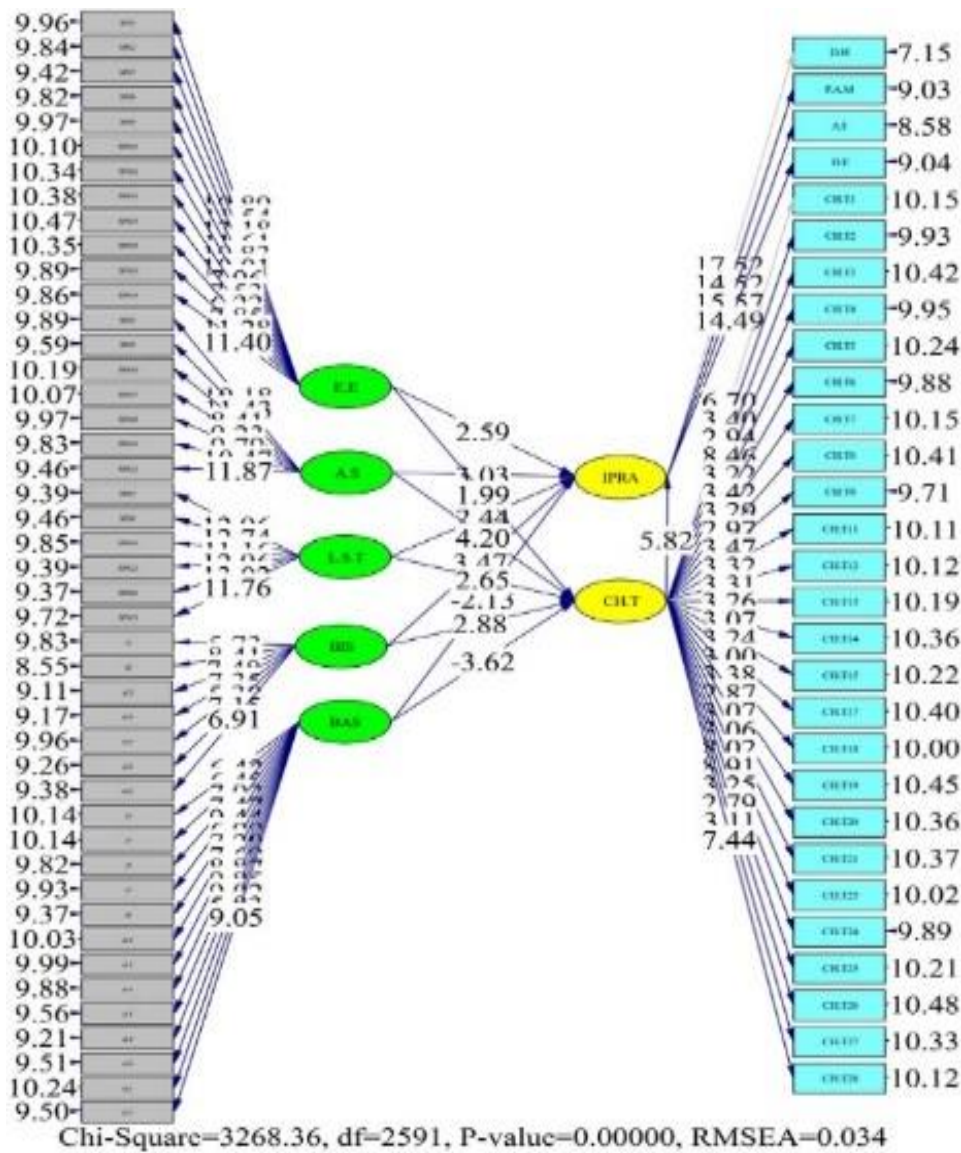
متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
آسیب‌پذیری به اعتیاد	۹۵/۶۵	۲۰/۲۵	۰/۳۱	-۰/۶۳
نمره کل	۳۱/۴۹	۹/۲۷	۰/۴۰	-۰/۴۸
سهولت تحریک	۱۸/۶۸	۶/۰۵	۰/۴۱	-۰/۴۵
حساسیت حسی زیباشناختی	۱۵/۹۱	۵/۶۴	۰/۳۷	-۰/۹۶
آستانه حسی پایین	۱۷/۵۲	۴/۱۲	۰/۲۱	-۱/۰۱
سیستم بازداری رفتار	۲۵/۹۳	۶/۲۳	۰/۱۸	-۰/۴۳
سیستم فعال‌سازی رفتار	۶۰/۳۹	۱۱/۳۸	۰/۹۷	۰/۷۸
نمره کل				

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱ آسیب‌پذیری به اعتیاد	۱						
۲ سهولت تحریک	۰/۶۱**	۱					
۳ حساسیت حسی زیباشناختی	۰/۶۳**	۰/۵۸**	۱				
۴ آستانه حسی پایین	۰/۶۲**	۰/۵۹**	۰/۵۵**	۱			
۵ سیستم بازداری رفتار	۰/۴۱**	۰/۲۱**	۰/۲۳**	۰/۲۰**	۱		
۶ نظام فعال‌سازی رفتار	-۰/۳۶**	-۰/۱۶*	-۰/۲۲**	-۰/۲۵**	-۰/۳۲**	۱	
۷ ترومای دوره کودکی	۰/۵۹**	۰/۳۸**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۰/۲۵**	-۰/۲۷**	۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین آسیب‌پذیری به اعتیاد نوجوانان با سهولت تحریک ( $r=0.61; P<0.01$ )، حساسیت حسی زیباشناختی ( $r=0.63; P<0.01$ )، آستانه حسی پایین ( $r=0.62; P<0.01$ )، سیستم بازداری رفتار ( $r=0.41; P<0.01$ ) و ترومای دوره کودکی ( $r=0.59; P<0.01$ ) در سطح ۹۹ درصد ارتباط مثبت و معنادار و با نظام فعال‌سازی رفتار ( $r=-0.36; P<0.01$ ) ارتباط منفی و معنادار برقرار است. در پژوهش حاضر جهت بررسی حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری با آسیب‌پذیری به اعتیاد نوجوانان با نقش میانجی‌گری ترومای دوره کودکی از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده گردید.





نمودار ۲. آزمون مدل تحقیق (در حالت T-Value)

بر اساس شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش، شاخص برازش تطبیقی (CFI) برابر ۰/۹۴، شاخص برازش هنجار شده (NFI) برابر ۰/۹۳ و شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر ۰/۸۷، نسبت کای اسکوئر بر درجه آزادی ( $\chi^2_{df}$ ) برابر ۱/۲۶، شاخص ریشه میانگین مربعات خطا برابر (RMSEA) ۰/۰۳۴ است که با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که مدل تحقیق از نظر شاخص‌های معناداری و برازش مورد تأیید است.

جدول ۳. نتایج تحلیل اثرات مستقیم

متغیرها	ضرایب مسیر	مقدار T	خطای استاندارد	معناداری
سهولت تحریک ←	۰/۱۸	۲/۵۹	۰/۱۰۷	$P < ۰/۰۰۱$
سهولت تحریک ←	۰/۱۴	۱/۹۹	۰/۰۸۸	$P < ۰/۰۰۱$
حساسیت حسی زبانشناختی ←	۰/۲۱	۳/۰۳	۰/۰۹۸	$P < ۰/۰۰۱$
حساسیت حسی زبانشناختی ←	۰/۲۹	۴/۲۰	۰/۰۴۹	$P < ۰/۰۰۱$
آستانه حسی پایین ←	۰/۱۷	۲/۴۴	۰/۱۱۰	$P < ۰/۰۰۱$
آستانه حسی پایین ←	۰/۱۸	۲/۶۵	۰/۰۷۶	$P < ۰/۰۰۱$
نظام بازداری رفتار ←	۰/۲۴	۳/۴۷	۰/۰۹۲	$P < ۰/۰۰۱$
نظام بازداری رفتار ←	۰/۲۰	۲/۸۸	۰/۰۶۹	$P < ۰/۰۰۱$
نظام فعال‌سازی رفتار ←	-۰/۱۵	-۲/۱۳	۰/۱۱۵	$P < ۰/۰۰۱$
نظام فعال‌سازی رفتار ←	-۰/۲۵	-۳/۶۲	۰/۰۵۸	$P < ۰/۰۰۱$
ترومای دوره کودکی ←	۰/۴۰	۵/۸۲	۰/۰۲۲	$P < ۰/۰۰۱$

با توجه به جدول ۳ اثرات مستقیم متغیرهای حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری بر آسیب‌پذیری به اعتیاد نشان می‌دهد. جهت بررسی اثر غیرمستقیم از آزمون تست سوبل و برای تعیین شدت اثر غیرمستقیم از طریق میانجی از آماره‌ای به نام VAF استفاده شده است؛ که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل اثرات غیرمستقیم

نتیجه آزمون	آماره VAF	ضریب مسیر استاندارد	T-sobel	فرضیه پژوهش
تأیید	۰/۲۳۷	۰/۰۵۶	۳/۶۶۹	سهولت تحریک ← ترومای دوره کودکی ← آسیب‌پذیری به اعتیاد
تأیید	۰/۳۵۶	۰/۱۱۶	۶/۹۲۶	حساسیت حسی زیباشناختی ← ترومای دوره کودکی ← آسیب‌پذیری به اعتیاد
تأیید	۰/۲۹۷	۰/۰۷۲	۴/۴۰۳	آستانه حسی پایین ← ترومای دوره کودکی ← آسیب‌پذیری به اعتیاد
تأیید	۰/۲۵۰	۰/۰۸۰	۴/۸۶۸	نظام بازداری رفتار ← ترومای دوره کودکی ← آسیب‌پذیری به اعتیاد
تأیید	۰/۴۰۰	۰/۱۰۰	۵/۸۷۹	نظام فعال‌سازی رفتار ← ترومای دوره کودکی ← آسیب‌پذیری به اعتیاد

با توجه به میزان آماره تی غیرمستقیم (تی سوبل) بین متغیرهای بالا که خارج از بازه ( $1/96 & -1/96$ ) است؛ لذا اثر غیرمستقیم متغیرهای حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری بر آسیب‌پذیری به اعتیاد پذیرفته می‌شود. بنابراین متغیرهای حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری علاوه بر اثر مستقیم، به‌طور غیرمستقیم و از طریق ترومای دوره کودکی نیز بر آسیب‌پذیری به اعتیاد تأثیر می‌گذارند. با توجه به میزان به‌دست‌آمده برای آماره VAF مشاهده می‌شود که  $23/7$  درصد تأثیر سهولت تحریک،  $35/6$  درصد تأثیر حساسیت حسی زیباشناختی،  $29/7$  درصد تأثیر آستانه حسی پایین،  $25$  درصد تأثیر نظام بازداری رفتار و  $40$  درصد تأثیر نظام فعال‌سازی رفتار بر آسیب‌پذیری به اعتیاد از طریق ترومای دوره کودکی می‌تواند تبیین شود.

## • بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین نقش حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری در آسیب‌پذیری نوجوان به اعتیاد به میانجی‌گری ترومای دوره کودکی بود. در این راستا اولین یافته پژوهش نشان داد که حساسیت پردازش حسی نقش مؤثری در آسیب‌پذیری نوجوان به اعتیاد داشته و موجب افزایش آن می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های ماری-کراوس و همکاران ( $2022$ )، یوفرو و همکاران ( $2021$ )، مردیس و همکاران ( $2020$ ) و بشرپور و رهبری‌غازانی ( $1399$ ) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که دارای حساسیت پردازش حسی بالا هستند، به محرک‌ها حساس‌تر بوده و ترجیح می‌دهند وقت خود را برای فکر کردن به مشکلات صرف کنند (استنمارک و ردفرن،  $2022$ ). به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، اطلاعات حسی متفاوتی از افراد عادی را پردازش می‌کنند. در افراد مبتلا به وابستگی به مواد در مقایسه با افراد عادی، نظام پردازش حسی کند بوده و این امر می‌تواند باعث شود که آنها برای فعال کردن حس خود به مصرف مواد روی آورند (قمری گیوی و بشرپور،  $2010$ ). ازسویی، افرادی که به دنبال پردازش احساسات بیشتری هستند، راهبردهای فعالی را برای پاسخ دادن به آستانه عصبی بالا انتخاب می‌کنند و با احتمال بیشتری به استفاده از مواد، سیگار کشیدن، نوشیدن الکل، رانندگی سریع و انجام فعالیت‌های پرخطر بیشتر روی می‌آورند. در واقع، پردازش احساسات در افراد معتاد می‌تواند نشان‌دهنده برانگیختگی مغزی پایین و تکانشگری آنها باشد که آنها را در برابر سوء مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌کند یوفرو و همکاران ( $2021$ ).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که نظام‌های مغزی رفتاری نقش مؤثری در آسیب‌پذیری نوجوان به اعتیاد دارند که نظام بازداری رفتاری موجب افزایش آن و نظام فعال‌ساز رفتاری موجب کاهش آن می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کواک و همکاران ( $2022$ )، چی و همکاران ( $2020$ )، جعفری‌نسب و کدخدایی ( $1401$ ) و کرمی و همکاران ( $1399$ ) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت نظام‌های مغزی رفتاری به‌شدت با روان‌رنجوری یا پریشانی عاطفی مرتبط هستند (چی و همکاران  $2020$ ). بر اساس نظریه حساسیت به تقویت‌گری، اگر سطح حساسیت نظام بازداری رفتاری کم و حساسیت نظام فعال‌ساز رفتاری در شخصی بالا باشد، در مقابله با محرک جدید و ناشناخته، به انجام اعمال هدف‌مند تمایل داشته و با احتمال ضعیف‌تری دچار پریشانی می‌شوند و برای کاهش پریشانی خود به سمت مصرف مواد اعتیادآور سوق نمی‌یابند. در نظام فعال‌ساز رفتاری فرد هیجان‌ات مثبت بیشتری را تجربه نموده، در مقابل وقایع منفی مقاومت می‌کند، تاب‌آوری بالاتری داشته، تحمل پریشانی آنها در شرایط دشوار افزایش یافته و به سمت مواد اعتیادآور کمتر می‌رود.

درمقابل، نظام بازداری رفتاری موجب بازداری رفتاری و افزایش تجربه عواطف منفی شده، حساسیت به محرک‌های آزاردهنده و ناخوشایند و افزایش آسیب‌پذیری به اختلالات اضطرابی را به همراه دارد (گومز و همکاران، ۲۰۲۰). کارکرد نظام بازداری رفتاری تحت تأثیر علائم اضطراب و افسردگی است که چنین اشخاصی دچار حساسیت به تنبیه، انزوا و انزوای اجتماعی می‌شوند و در رویارویی با حوادث دچار شکست می‌شوند. این افراد به‌طور مداوم در برخورد با هیجانات منفی تحمل پریشانی کمتری از خود ابراز می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مانند مواد اعتیادآور بهره می‌جویند (کواک و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که ترومای دوره کودکی نقش میانجی حساسیت پردازش حسی و آسیب‌پذیری نوجوانان به اعتیاد دارد. این فرضیه تأیید شد اما پژوهش مشابهی در این راستا انجام نشده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که دارای سطح بالایی از حساسیت پردازش حسی هستند، در معرض افزایش خطر ابتلا به مشکلات روان‌شناختی مختلف، از جمله استرس، اضطراب، افسردگی هستند. حساسیت پردازش حسی باعث اختلال در عملکرد روزانه می‌شود و ممکن است به‌عنوان شاخصی از اختلال‌های روانی عمل کند (هریسون و همکاران، ۲۰۱۹). ازسویی، کودکان با سابقه سوء استفاده مواد نسبت به ورودی‌های حسی بیش از حد واکنش نشان می‌دهند (هوارد و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد که در بزرگسالی، آستانه درد افراد مبتلا به ترومای دوران کاهش یافته و حساسیت آنها به محرک‌ها در بزرگسالی افزایش می‌یابد (دیاسدماتوس و همکاران، ۲۰۱۶). یک محیط کودکی با تجربه منفی یا آسیب‌زا می‌تواند حساسیت فرد را نسبت به پردازش حسی افزایش دهد، افرادی که سطح بالایی از حساسیت پردازشی به همراه ترومای دوره کودکی دارند، ممکن است تمایل به تجربه پریشانی روانی داشته باشند (دای، ۲۰۱۸). تروما باعث زوال قابل توجهی در حساسیت به استرس می‌شود که مسیرهای احتمالی را به آسیب روانی مرتبط می‌کند. بنابراین، عوامل احتمالی کمک‌کننده ترومای دوره کودکی برای ارتباط پریشانی روانی مرتبط با حساسیت به محرک‌ها باشد (کاراکادینک و همکاران، ۲۰۲۱). ترومای دوره کودکی می‌تواند فرآیندهای رشد را مختل کند و منجر به پیامدهای عصبی، فیزیولوژیکی و روانی شود. قرار گرفتن در معرض آسیب‌های دوره کودکی یک عامل خطر بالقوه برای آسیب‌شناسی روانی در نوجوانی و جوانی است (دای، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به ترومای دوره کودکی در معرض خطر بیشتری برای رفتارهای خودآزاری هستند. همچنین، ترومای دوره کودکی با سوء مصرف الکل و مواد در بزرگسالی همراه است (دیاسدماتوس و همکاران، ۲۰۱۶).

آخرین یافته نیز نشان داد که ترومای دوره کودکی میانجی میان نظام‌های مغزی رفتاری و آسیب‌پذیری نوجوانان به اعتیاد است. این فرضیه تأیید شد اما پژوهش مشابهی در این راستا انجام نشده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بر اساس گفته گری (۱۹۹۴) مصرف مواد ناشی از فعالیت بیشتر نظام بازداری رفتاری است. ترشح دوپامین در هسته‌های اکامپننس مزولیمبیک با احساس سرخوشی و لذت که شخص معتاد هنگام مصرف مواد تجربه می‌نماید، رابطه نزدیکی دارد. این موضوع شخص با سطح بالای نظام بازداری رفتاری همیشه به دنبال آن است (استیونس و همکاران، ۲۰۱۴). شخصی که انتهای پیوستار نظام بازداری رفتاری قرار دارد به احتمال زیاد در معرض بیشتر گسترش نشانه‌های آسیب‌شناختی قرار دارد. بُعد شخصیتی نظام بازداری رفتاری به‌گونه‌ای است که پیامد آن دو ویژگی روان‌پریشی و لذت‌طلبی است و این دو خصوصیت در رفتارهای اعتیادی صفات کلیدی است و احتمال زیاد شخص وابسته به مواد دارای این ویژگی است. بنابراین، احتمال پیامدهای ناخوشایند و تنبیه ناشی از سوء مصرف مواد در این شخص افزایش می‌یابد. درواقع، یک شخصیت نابسامان که در طی دوره کودکی ایجاد می‌شود موجب ایجاد پتانسیل پایدار و نظام روان‌شناختی آسیب‌پذیر برای آسیب‌های روانی می‌شود (بچ، بو و سیمونسن، ۲۰۲۲). صدمات و آسیب‌های جسمی دوره کودکی ممکن است بر نظام‌های مغزی با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی مرتبط باشد. مشکلات روان‌شناختی اغلب با رفتارهای پرخطر ظاهر می‌گردد. لذا، اضطراب و افسردگی ناشی از ترومای کودکی می‌تواند شخص را در معرض مصرف سیگار و استعمال مواد مخدر و الکل قرار دهد (مرکز افشای اطلاعات کودک‌آزاری، ۲۰۰۴).

## • نتیجه‌گیری

به‌طورکلی، حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری نقش مؤثری در آسیب‌پذیری نوجوانان به اعتیاد دارند و ترومای دوره کودکی نقش میانجی میان حساسیت پردازش حسی و نظام‌های مغزی رفتاری با آسیب‌پذیری به اعتیاد دارد. این پژوهش دارای

محدودیت‌هایی است که شامل موارد زیر است. ناتوانی در کنترل برخی از متغیرهای مداخله‌گر به‌ویژه جنسیت دانش‌آموزان، نبود کنترل وضعیت خانوادگی دانش‌آموزان و محیط زندگی دانش‌آموزان از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر بود. لذا توصیه می‌شود با کنترل جنسیت، وضعیت خانوادگی و محیط زندگی دانش‌آموزان، تحقیقات مشابهی انجام شود. همچنین برای جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی استفاده شد، پس مطالعات تکمیلی با استفاده از معیارهای عینی این متغیرها مانند شاخص‌های عصب روان‌شناختی (مانند زمان واکنش) و اقدامات رفتاری (مانند روابط بین فردی) ضروری است. با توجه به نتایج پژوهش در زمینه آسیب‌پذیری به اعتیاد، پیشنهاد می‌شود، آموزش مهارت‌های تقویتی پردازش حسی و مهارت‌های هماهنگی مغز با بدن و کنترل هورمون‌های سطح مغز به افراد گرایش به مواد به‌عنوان یک روش مداخله روان‌شناختی توصیه شود. با توجه به این موضوع، تحقیقات آینده ممکن است از گنجاندن این عوامل در هنگام برنامه‌ریزی برنامه‌های درمانی جدید برای وابستگی به مواد سود ببرند.

## • تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منفعی بین نویسندگان پژوهش حاضر وجود ندارد.

## • تقدیر و تشکر

نویسندگان از کلیه دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۹ ساله که در مقطع متوسطه دوم مدارس دولتی شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند، تشکر می‌کنند.

## • منابع

- ابراهیمی، حجت‌اله؛ دژکام، محمود؛ و ثقه الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲) تروماهای دوره کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۹(۴)، ۲۷۵-۲۸۲.
- ارباب، حمزه؛ میرزاحسنی، حسن؛ و منیرپور، نادر. (۱۳۹۸). پیش‌بینی عود مصرف مواد بر اساس آسیب‌های دوره کودکی: نقش میانجی بیگانگی روابط موضوعی سازمان شخصیت مرزی و افسردگی. *روان‌شناسی بالینی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- امیری، سهراب، عیسی زادگان، علی، یعقوبی، ابوالقاسم و عبداللهی، محمدحسین. (۱۳۹۷). تاثیر آزمایشی ارزیابی شناختی و سرکوب‌گری هیجانی بر کارکردهای اجرایی و حافظه هیجانی بر اساس ابعاد زیستی حساسیت پردازش حسی، *مجله روان‌شناسی*، ۲۲(۱)، ۲۲-۲۷.
- انفعال، نوید؛ امیدوار، بنفشه؛ و زارع‌نژاد، محمد. (۱۴۰۰). پیش‌بینی صفات سازمان شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوره کودکی و جو عاطفی خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر. *مجله علمی پژوهان*. ۱۹ (۳): ۱-۱۱
- بشرپور، سجاده؛ و رهبری‌غازانی، نسرين. (۱۳۹۹). رابطه حساسیت پردازش حسی و سبک‌های پردازش اطلاعات با نشانگان بالینی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴ (۵۷): ۲۹۳-۳۰۹.
- جراره، جمشید و سیفوری، امید. (۱۴۰۲). پیش‌بینی اختلالات شخصیت بر اساس ترومای پیچیده و روابط موضوعی با میانجی‌گری توانمندی ایگو در دانشجوی معلمان، *مجله روان‌شناسی*، ۲۷(۱)، ۵۹-۶۹.
- جعفری‌نسب، سودابه؛ کدخدایی، مریم. (۱۴۰۱). رابطه نظام‌های مغزی رفتاری با اعتیاد به اینترنت: نقش واسطه‌ای اضطراب اجتماعی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی*، ۷۳(۱۹)، ۷۹-۹۰.
- سجادی‌نژاد، مرضیه‌السادات و اکبری‌چرمهینی، صغرا. (۱۴۰۱). مقایسه روند تحولی هوش شناختی، هوش هیجانی و هوش معنوی از نوجوانی تا بزرگسالی، *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۱)، ۴۵-۵۵.
- عطاری، ترانه؛ رادمان، نرگس؛ و قاضی‌زاده، علی. (۱۴۰۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس حساسیت پردازش حسی. *تازه‌های علوم شناختی*. ۲۴ (۲): ۱۱۳-۱۲۶
- کرمی، ناهید؛ امینی، ناصر؛ بهروزی، محمد؛ و جعفری‌نیا، غلامرضا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی تحمل‌پریشانی بر اساس سیستم‌های مغزی رفتاری، ویژگی‌های شخصیتی هگزاکو و انزوای اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۵۸، ۲۹۰-۲۶۵.
- کیان‌ارثی، سارا؛ عباس‌پور، ذبیح‌اله؛ و اصلانی، خالد. (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک‌کننده سوءمصرف مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۸۰-۶۱.

- محمدی، نوراله. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های سیستم بازداری و فعال‌سازی رفتار در دانشجویان دانشگاه شیراز. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد*، سال پانزدهم، دوره جدید، شماره ۲۸.
- میکائیلی، نیلوفر؛ و پرنیان خوی، مریم. (۱۴۰۰). نقش میانجی سرکوبگری عاطفی در رابطه آزاردیدگی دوره کودکی و سبک‌های دلبستگی با آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد در نوجوانان پسر. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۶۱، ۱۷۶-۱۶۱.
- میکائیلی، نیلوفر؛ و پرنیان خوی، مریم. (۱۴۰۰). نقش میانجی سرکوبگری عاطفی در رابطه آزاردیدگی دوره کودکی و سبک‌های دلبستگی با آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد در نوجوانان پسر. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۶۱، ۱۷۶-۱۶۱.
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۴). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل (با اصلاحات). انتشارات سمت.
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of personality and social psychology*, 73(2), 345.
- Bach, B., Bo, S., Simonsen, E. (2022). Maladaptive personality traits may link childhood trauma history to current internalizing symptoms. *Scand J Psychol*, 63(5):468-475.
- Bashapoor, S., Hosseini-Kiasari, S. T., Daneshvar, S., & Kazemi-Taskooh, Z. (2015). Comparing sensory information processing and alexithymia between people with substance dependency and normal. *Addiction & health*, 7(3-4), 174.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, 17(1):221.
- Chalk, R. (2002). The multiple Dimensions of child abuse and Neglect: New insight into Old Problem, Chide trends, available at [www.proquest.umi.com](http://www.proquest.umi.com).
- Che, Q., Yang, P., Gao, H., Liu, M., Zhang, J., & Cai, T. (2020). Application of the Chinese version of the BIS/BAS scales in participants with a substance use disorder: An analysis of psychometric properties and comparison with community residents. *Frontiers in Psychology*, 11, 912.
- Chistiakov, D. A., & Chekhonin, V. P. (2017). Early-life adversity-induced long-term epigenetic programming associated with early onset of chronic physical aggression: Studies in humans and animals. *The World Journal of Biological Psychiatry*.
- Dias de Mattos Souza, L., Lopez Molina, M., Azevedo da Silva, R., Jansen, K. (2016). History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression. *Psychiatry Res*, 246:612-6.
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *J Hum Behav Soc Environ*, 28(3):381-92.
- Easter J, McClure EB, Monk CS. Emotion recognition deficits in pediatric anxiety disorders: implications for amygdala research. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005;15(4):563-70.
- Gamari-Give, H., Basharpour, S. (2010). Comparison of sensory and semantic information processing in patients with schizophrenia, major depression and normal individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 2(1):17-25.
- Garami, J., Valikhani, A., Parkes, D., Haber, P., Mahlberg, J., Misiak, B., ... & Moustafa, A. A. (2019). Examining perceived stress, childhood trauma and interpersonal trauma in individuals with drug addiction. *Psychological reports*, 122(2), 433-450.
- Garofoli, M. (2020). Adolescent substance abuse. *Primary Care*, 47(2):383-94. Epub 2020/05/20. pmid:32423721
- Gomez, R., Watson, S., & Stavropoulos, V. (2020). Associations of behavioral inhibition system with negatively biased social cognitions: Moderation by the behavioral approach system. *Personality and Individual Differences*, 166, 110164.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 113-123.
- Hamidullah, S., Thorpe, HHA., Frie, JA., Mccurdy, RD., Khokhar, JY. (2020). Adolescent substance use and the brain: behavioral, cognitive and neuroimaging correlates. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2020;14(298). pmid:32848673
- Harrison, LA., Kats, A., Williams, ME., Aziz-Zadeh, L. (2019). The Importance of Sensory Processing in Mental Health: A Proposed Addition to the Research Domain Criteria (RDoC) and Suggestions for RDoC 2.0. *Front Psychol*, 10:103. Published 2019 Feb 5.
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3).
- Hoffmann, A., Benzano, D., Ornell, F., Kessler, F. H., von Diemen, L., & Schuch, J. B. (2022). Childhood trauma subtypes may influence the pattern of substance use and preferential substance in men with alcohol and/or crack-cocaine addiction. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 44, 416-419.
- Howard, ARH., Lynch, AK., Call, CD., Cross, DR. (2020). Sensory processing in children with a history of maltreatment: an occupational therapy perspective. *Vulnerable Child Youth Stud*, 15(1):60-7.
- Imperatori, C., Barchielli, B., Corazza, O., Carbone, G. A., Prevete, E., Montaldo, S., ... & Bersani, F. S. (2023). The Relationship Between Childhood Trauma, Pathological Dissociation, and Behavioral Addictions in Young Adults: Findings from a Cross-Sectional Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(3), 348-361.

- Karaca Dinç, P., Oktay, S. & Durak Batıgün, A. Mediation role of alexithymia, sensory processing sensitivity and emotional-mental processes between childhood trauma and adult psychopathology: a self-report study. *BMC Psychiatry* 21, 508 (2021).
- Kwak, M. J., Cho, H., & Kim, D. J. (2022). The Role of Motivation Systems, Anxiety, and Low Self-Control in Smartphone Addiction among Smartphone-Based Social Networking Service (SNS) Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6918.
- Merchán -Clavellino, A., Alameda -Bailén, J. R., Zayas García, A., & Guil, R. (2019). Mediating effect of trait emotional intelligence between the behavioral activation system (BAS)/behavioral inhibition system (BIS) and positive and negative affect. *Frontiers in psychology*, 10, 424
- Meredith, P., Moyle, R., & Kerley, L. (2020). Substance use: links with sensory sensitivity, attachment insecurity, and distress in young adults. *Substance Use & Misuse*, 55(11), 1817-1824.
- Moustafa, A. A., Parkes, D., Fitzgerald, L., Underhill, D., Garami, J., Levy-Gigi, E., ... & Misiak, B. (2021). The relationship between childhood trauma, early-life stress, and alcohol and drug use, abuse, and addiction: An integrative review. *Current Psychology*, 40, 579-584.
- National Clearing house on Child Abuse and Neglect information. (2004). Long –term Consequences of Child abuse and Neglect”, available at [www.nccanch.hhs.gov](http://www.nccanch.hhs.gov).
- Nawi, AM., Ismail, R., Ibrahim, F. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*, 21:2088. 10.1186/s12889-021-11906-2
- Pascual, M., Montesinos, J., & Guerri, C. (2018). Role of the innate immune system in the neuropathological consequences induced by adolescent binge drinking. *Journal of neuroscience research*, 96(5), 765-780.
- Shin, SH., Jiskrova, GK., Yoon, SH., Kobulsky, JM. (2020). Childhood maltreatment, motives to drink and alcohol-related problems in young adulthood. *Child Abus Negl*, 108:104657.
- Slagt, M., Dubas, J. S., van Aken, M. A., Ellis, B. J., & Deković, M. (2018). Sensory processing sensitivity as a marker of differential susceptibility to parenting. *Developmental Psychology*, 54(3), 543–558.
- Stenmark, C. K., & Redfearn, R. (2022). The role of sensory processing sensitivity and analytic mind-set in ethical decision-making. *Ethics & Behavior*, 32(4), 344-358.
- Stevens, L., Verdejo–Garcia, A., Goudriaan, AE., Roeyers, H., Dom, G. (2014). Vanderplassch Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive finding among individuals with substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*; 47: 72 – 58.
- Thomasius, R., Paschke, K., & Arnaud, N. (2022). Substance-Use Disorders in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(25).
- Thorpe, HHA., Hamidullah, S., Jenkins, BW., Khokhar, JY. (2020). Adolescent neurodevelopment and substance use: receptor expression and behavioral consequences. *Pharmacology & Therapeutics*, 206:107431. Epub 2019/11/11. pmid:31706976
- Wells, R., Jacomb, I., Swaminathan, V., Sundram, S., Weinberg, D., Bruggemann, J., ... & Weickert, T. W. (2020). The impact of childhood adversity on cognitive development in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 140-153.
- Weydmann, G., Hauck Filho, N., & Bizarro, L. (2020). Acquiescent responding can distort the factor structure of the BIS/BAS scales. *Personality and Individual Differences*, 152, 109563.
- Winer, J. M., Yule, A. M., Hadland, S. E., & Bagley, S. M. (2022). Addressing adolescent substance use with a public health prevention framework: the case for harm reduction. *Annals of medicine*, 54(1), 2123-2136.
- Yuferov, V., Butelman, E. R., Randesi, M., van den Brink, W., Blanken, P., van Ree, J. M., & Kreek, M. J. (2021). Association of serotonin transporter (SERT) polymorphisms with opioid dependence and dimensional aspects of cocaine use in a Caucasian cohort of opioid users. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 659-670.



## نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی در رابطه سبک‌های هویت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تعهد تحصیلی دانشجویان

### The Mediating Role of Academic Self-Efficacy in the Relationship Between Identity Styles and Perceived Social Support with Academic Commitment in Undergraduate Students

Mitra Mashallahi, PhD student

Mahboubeh Fouladchang, PhD<sup>✉</sup>

میترا ماشاللهی<sup>۱</sup>

محبوبه فولادچنگ<sup>۲</sup>

#### Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating role of academic self-efficacy in the relationship between identity styles and perceived social support with academic commitment. The research method was a descriptive correlational study using path analysis. The statistical population of this research included undergraduate students of Tabriz university during the academic year of 2021-2022. For this purpose, 300 students were selected using available sampling method. Data were collected using academic commitment scale (Human-Vogel and Rabe, 2015), Berzonsky identity style inventory (Berzonsky, 1992), perceived social support scale (Zimet et al., 1988), academic self-efficacy questionnaire (Owen and Froman, 1988). The results indicated that informative and normative identity styles can directly predict higher academic commitment and academic self-efficacy while Diffuse-avoidant style can directly and negatively predict academic commitment and academic self-efficacy. Findings also showed that academic self-efficacy and perceived social support from family, friends and Significant others can directly and positively predict academic commitment. Besides, academic self-efficacy mediates the relationship between identity styles and perceived social support with academic commitment. Overall, the findings suggest that identity styles and perceived social support play an important role in predicting academic commitment.

**Keywords:** academic commitment, identity styles, perceived social support, academic self-efficacy

#### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی در رابطه بین سبک‌های هویت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تعهد تحصیلی انجام شد. روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی مبتنی بر تحلیل مسیر بود. جامعه آماری شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. گروه نمونه شامل ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از مقیاس تعهد تحصیلی (هیومن-ووگل و راب، ۲۰۱۵)، سبک‌های هویتی (برزونسکی، ۱۹۹۲)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸) و پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی (اون و فرامن، ۱۹۸۸)، برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری به‌طور مستقیم تعهد تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی بالا را پیش‌بینی می‌کند در حالی که سبک سردرگم-اجتنابی به‌طور منفی و مستقیم تعهد تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی را پیش‌بینی می‌کند؛ همچنین خودکارآمدی تحصیلی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، به‌صورت مستقیم و مثبت تعهد تحصیلی را پیش‌بینی می‌کنند. بر اساس یافته‌ها خودکارآمدی تحصیلی نقش واسطه‌ای در رابطه سبک‌های هویت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تعهد تحصیلی دارد. در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت سبک‌های هویت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده نقش مهمی در پیش‌بینی تعهد تحصیلی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** تعهد تحصیلی، سبک‌های هویت، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی تحصیلی

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۹/۱۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۲/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

## ● مقدمه

موفقیت دانشجویان در آموزش عالی یکی از نگرانی‌های دانشگاه‌ها در سراسر جهان است (لی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ووگل و هیومن-ووگل، ۲۰۱۸). در سال‌های اخیر پژوهشگران تعهد تحصیلی (academic commitment) را جهت بررسی میزان پایداری دانشجویان در زمینه ادامه تحصیل، مطرح نموده‌اند (هیومن-ووگل و راب، ۲۰۱۵؛ رضایی گازکی و همکاران، ۲۰۱۹). تعهد تحصیلی در ابتدا بر اساس درصد تلاش عملی و زمان اختصاص داده شده به فعالیت آموزشی و دانشگاهی مفهوم‌سازی شد، اما بر اساس نظر هیومن-ووگل، زمان و تلاش اختصاص داده شده به مطالعه، مفهوم تعهد تحصیلی را به‌طور کامل پوشش نمی‌دهد؛ بر این اساس وی تعهد تحصیلی را شامل ابعاد معناداری (meaningfulness)، سرمایه‌گذاری (investment)، کیفیت جایگزین‌ها (quality of alternatives)، رضایت (satisfaction) و سطح تعهد (level of commitment) دانست (هیومن-ووگل و راب، ۲۰۱۵). پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که افراد با تعهد تحصیلی بالا تمایل کمتری برای ترک نظام آموزشی دارند (وومک، ۲۰۱۶).

هویت (identity) می‌تواند نقش اصلی در تحقیقات در زمینه آموزش داشته باشد، چراکه تحت شرایط خاصی ممکن است بر انتخاب مدرسه، دانشگاه و رفتارهای کلاس درس تأثیر بگذارد (حجازی و همکاران، ۲۰۰۹)؛ از این‌رو، بررسی نقش هویت در رابطه با تعهد تحصیلی می‌تواند حائز اهمیت باشد. هویت چهارچوبی است که افراد برای تعبیر تجربیات شخصی و اهداف و مسیر زندگی خویش به‌کار می‌برند. از نظر برزونسکی افراد با توجه به راهبردهای اجتماعی و شناختی خود، سه سبک هویتی مختلف را شکل می‌دهند که عبارتند از سبک هویت سردرگم-اجتنابی (diffuse-avoidant style)، اطلاعاتی (Informational) و هنجاری (normative) (محمدمدی و فولادچنگ، ۱۳۹۷). افراد با سبک هویت سردرگم-اجتنابی کار را به تعویق می‌اندازند و سعی می‌کنند تا حد امکان از تعارض‌ها و تصمیم‌های مرتبط با هویت اجتناب نمایند. افرادی که دارای سبک هویت اطلاعاتی هستند، اطلاعات مربوط به خود را در تلاش برای دست یافتن به بینش واقعی از خود، پردازش و ارزیابی می‌کنند و احساس هویت آنها بر خودشناسی و خودارزیابی استوار است. افراد با سبک هویت هنجاری، استانداردها و انتظارات افراد مهم را به‌شیوه‌ای نسبتاً خودکار درونی می‌کنند (برزونسکی، ۲۰۱۹). یکی دیگر از متغیرهایی که با مسائل تحصیلی ارتباط دارد، حمایت اجتماعی ادراک شده (perceived social support) است. حمایت اجتماعی ادراک شده به باور افراد در مورد میزان و کیفیت حمایت بالقوه‌ای که از روابط و تماس‌های اجتماعی خویش دریافت می‌کنند، اشاره دارد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ فرزادنیا، ۱۴۰۰؛ آریان‌پور و نیساری، ۱۴۰۲) و به‌معنای درک این نکته است که خانواده، همسالان و دیگران مهم در شرایط استرس‌زا کمک مفیدی را فراهم خواهند نمود. حمایت اجتماعی ادراک‌شده درگیری تحصیلی را افزایش داده و فرسودگی تحصیلی را کاهش می‌دهد (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۵).

تجارب مستمر دانشجویان (موفقیت یا شکست، رضایت یا ناامیدی از یادگیری و ...) که در نتیجه عوامل محیطی و اجتماعی دانشگاه تجربه می‌شود ممکن است به‌نوبه خود، خودکارآمدی تحصیلی (academic self-efficacy) را شکل دهد (زیسبرگ و شوابسکی، ۲۰۲۱). خودکارآمدی تحصیلی یکی از عوامل حیاتی تعیین‌کننده پیشرفت در محیط‌های آموزشی است و به درک ذهنی دانشجویان از توانایی خویش در انجام موفقیت‌آمیز اقدامات مرتبط با تحصیل اشاره می‌کند (فوکس-بروینسما و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که تعهد تحصیلی با راهبردهای یادگیری شناختی و فراشناختی، خودکارآمدی و پیشرفت تحصیلی رابطه مثبت معناداری دارد (کافی‌زاده، شیخی فینی و سماوی، ۱۳۹۹؛ رضایی گازکی و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین پژوهش ووگل و هیومن-ووگل (۲۰۱۸) نشان داد که تعهد تحصیلی با سبک‌های هویت رابطه دارد. سبک‌های هویت با عملکرد تحصیلی، سازگاری در دانشگاه و خودتنظیمی مرتبط است (زرین و همکاران، ۲۰۱۷؛ برزونسکی و کوک، ۲۰۲۲). سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری بر تعهد و خودتنظیم‌جویی رفتاری تأثیر مثبت و بر رفتار غیرمولد تحصیلی تأثیر منفی می‌گذارند. درحالی‌که سبک هویت سردرگم-اجتنابی تأثیر منفی بر تعهد و خودتنظیم‌جویی دارد و به‌صورت مثبت بر رفتار غیرمولد تحصیلی اثر می‌گذارد (مهدی‌نژاد و غفاری، ۱۳۹۸). یافته‌های پژوهش امید کرکانی و عصاره (۱۳۹۶)، نیز حاکی از رابطه مثبت تعلق به مدرسه با سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری و رابطه منفی با سبک هویت سردرگم-اجتنابی بود. بر اساس مطالعات پیشین، حمایت اجتماعی ادراک شده با طیف وسیعی از نتایج مثبت در دانشجویان، از جمله درگیری در مطالعه، انگیزه، پیشرفت و خودکارآمدی تحصیلی مرتبط است (روردا و همکاران

۲۰۱۱؛ یارمحمدزاده و فیض الهی، ۱۳۹۵؛ مانا و همکاران، ۲۰۲۰؛ میزین و همکاران، ۲۰۲۲). خودکارآمدی تحصیلی نیز با عملکرد و پیشرفت تحصیلی و سرسختی تحصیلی رابطه مثبت (چنگ، تسای و لیانگ، ۲۰۱۹) و با اهمال کاری و مشکلات تحصیلی رابطه منفی دارد (مالکوج و کسن موتلو، ۲۰۱۸؛ ایکمن و همکاران، ۲۰۱۹).

تعهد تحصیلی مفهومی به نسبت جدید در حیطه روانشناسی است و بررسی عوامل ارتقا دهنده آن، جهت پیشگیری از افت تحصیلی و ترک تحصیل دانشجویان می تواند از موضوعات مهم در نظام آموزش عالی باشد؛ این در حالی است که خلاء پژوهشی در رابطه با عوامل تأثیرگذار بر این مفهوم وجود دارد. رابطه تعهد تحصیلی با حمایت اجتماعی ادراک شده تا به حال در پژوهش های پیشین مورد بررسی قرار نگرفته است و رابطه آن با سبک های هویت نیز صرفاً در یک مورد در خارج از کشور مورد مطالعه قرار گرفته است و به نظر می رسد ابهاماتی در این رابطه وجود دارد و نیاز به بررسی بیشتری دارد (ووگل و هیومن-ووگل، ۲۰۱۸). همچنین با وجود اینکه رابطه خودکارآمدی تحصیلی با تعهد تحصیلی در مطالعات پیشین مطالعه شده است؛ اما نقش واسطه ای آن در رابطه سایر متغیرها با تعهد تحصیلی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین نقش واسطه ای خودکارآمدی تحصیلی در رابطه بین سبک های هویت و حمایت اجتماعی ادراک شده با تعهد تحصیلی است.

## • روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و مبتنی بر تحلیل مسیر است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. با توجه به اینکه به زعم بسیاری از پژوهشگران حجم نمونه برای تحلیل مدل ساختاری نباید کمتر از ۲۰۰ نمونه باشد (سلطانزاده و همکاران، ۱۳۹۸)، با در نظر گرفتن احتمال پاسخ گویی ناقص برخی از اعضای نمونه به پرسشنامه ها، ۳۶۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که پس از حذف پرسشنامه های ناقص این تعداد به ۳۰۰ نفر رسید. ملاک ورود به پژوهش اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز و رضایت در شرکت در پژوهش بوده و ملاک خروج عدم تکمیل پرسشنامه ها بود. پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش حاضر، به پاسخ دهندگان اطمینان داده شد که هویت شان مجهول خواهد ماند و داده ها صرفاً در اختیار پژوهشگر قرار خواهد گرفت؛ لذا از پاسخ دهندگان تقاضا گردید صادقانه به سوالات پاسخ دهند.

## • ابزارها

**الف) مقیاس تعهد تحصیلی (academic commitment scale- ACS):** این مقیاس توسط هیومن-ووگل و راب در سال ۲۰۱۵ به منظور سنجش تعهد تحصیلی دانشجویان ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۰ ماده است و بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه ای (به شدت مخالف=۱ تا به شدت موافق=۶) تنظیم شده است. در ایران این مقیاس توسط سعادت و همکاران (۱۳۹۸) به فارسی ترجمه شده و روایی و اعتبار آن مورد بررسی قرار گرفته است. روایی آن به روش تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است. در مجموع ۶۱/۰۲ درصد از واریانس کل مقیاس تعهد تحصیلی توسط این ۵ عامل تبیین می شود. در پژوهش کافی زاده و همکاران (۱۳۹۹)، نیز اعتبار این ابزار به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است.

**ب) سیاهه سبک های هویت (identity style inventory- ISI):** این سیاهه در سال ۱۹۸۹ توسط برزونسکی ساخته شد و سپس در سال ۱۹۹۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این سیاهه دارای ۴۰ ماده است که سه سبک هویت سردرگم-اجتنابی، اطلاعاتی و هنجاری و همچنین میزان تعهد را می سنجد که یک سبک هویتی به شمار نمی آید و به منظور تحلیل ثانویه مورد استفاده قرار می گیرد. در پژوهش واحدی و همکاران (۱۳۹۱)، آلفای کرونباخ برای سبک هویتی سردرگم-اجتنابی ۰/۵۷، اطلاعاتی ۰/۷۴ و هنجاری ۰/۶۷ گزارش شده است.

**ج) مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (perceived social support scale-PSSS):** این مقیاس در سال ۱۹۸۸ توسط زیمت و همکاران ساخته شده است و دارای ۱۲ ماده است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم، در طیف لیکرت هفت درجه ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۷) می سنجد. در پژوهش آوریده و همکاران (۱۳۹۸)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۸۹ و نیز ضریب آلفای کرونباخ برای سه زیر مقیاس حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ گزارش شده است.

د) پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی (academic self-efficacy questionnaire-ASEQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط اون و فرامن به منظور سنجش باورهای خودکارآمدی در زمینه تحصیلی دانشجویان ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۳ ماده دارد و بر اساس مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) تنظیم شده است. در پژوهش کافی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، اعتبار این ابزار به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است.

### • یافته‌ها

تعداد نمونه شامل ۱۷۳ نفر دانشجوی مقطع کارشناسی زن (۵۷/۷ درصد) و ۱۲۷ نفر مرد (۴۲/۳ درصد) بود. ۲۵۲ نفر (۸۴ درصد) از اعضای نمونه را دانشجویان مجرد و ۴۸ نفر (۱۶ درصد) از اعضای نمونه را دانشجویان متأهل تشکیل می‌دادند. در جدول ۱ اطلاعات توصیفی متغیرها شامل میانگین، انحراف معیار به همراه ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همانگونه که نشان داده شده است همبستگی بین سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی با تعهد تحصیلی مثبت و همبستگی بین هویت سردرگم/اجتنابی با تعهد تحصیلی منفی بوده و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است ( $P < 0/01$ ).

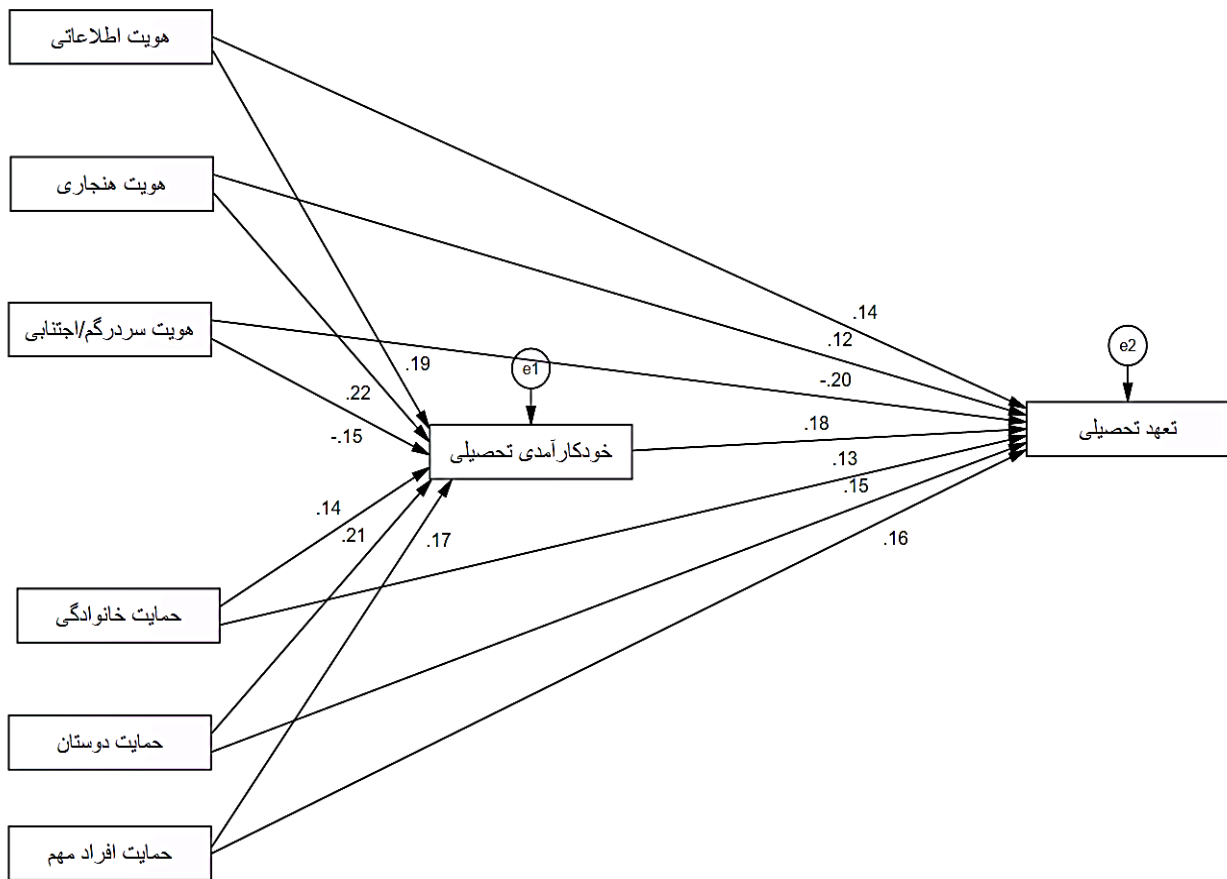
جدول ۱. توصیف آماری و ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- هویت اطلاعاتی	۲۶/۷۴	۳/۲۰							
۲- هویت هنجاری	۲۳/۶۹	۳/۱۹	**۰/۴۶						
۳- هویت سردرگم-اجتنابی	۳۳/۹۲	۳/۰۸	**۰/۵۴	**۰/۴۸					
۴- حمایت خانوادگی	۱۲/۱۳	۲/۸۵	**۰/۲۹	**۰/۳۹	**۰/۲۱				
۵- حمایت دوستان	۱۴/۲۹	۳/۱۸	**۰/۵۵	**۰/۵۱	**۰/۵۴	**۰/۳۲			
۶- حمایت افراد مهم	۱۱/۷۳	۱/۶۳	**۰/۶۰	**۰/۶۰	**۰/۶۲	**۰/۴۶	**۰/۶۲		
۷- خودکارآمدی تحصیلی	۷۷/۱۶	۱۲/۷۲	**۰/۵۲	**۰/۵۳	**۰/۵۰	**۰/۳۸	**۰/۵۵	**۰/۵۸	
۸- تعهد تحصیلی	۷۸/۴۰	۹/۴۷	**۰/۵۲	**۰/۵۱	**۰/۵۴	**۰/۳۸	**۰/۵۴	**۰/۵۶	۱

\* معناداری در سطح ۰/۰۵ \*\* معناداری در سطح ۰/۰۱

به منظور آزمون مدل پژوهش از تحلیل مسیر به روش بیشینه احتمال با بهره‌گیری از نرم‌افزار Amos استفاده شد. پیش از استفاده از تحلیل مسیر، داده‌های پرت تک‌متغیری با استفاده از نمودار جعبه‌ای و داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از آماره ماهالانوبیس بررسی و از مجموعه داده‌ها کنار گذاشته شدند. کجی و کشیدگی توزیع نمرات متغیرها با استفاده از نرم‌افزار SPSS محاسبه و نتایج نشان داد هیچ کدام از مقادیر کجی و کشیدگی بیشتر از دامنه  $\pm 1$  نیست. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع نمرات هر ۴ متغیر مدل نرمال است ( $P > 0/05$ ). فرض استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون برای محاسبه معادلات رگرسیونی مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به دست آمده بیانگر برقراری این مفروضه است. مفروضه هم‌خطی بین متغیرها با استفاده از همبستگی پیرسون بین زوج متغیرها بررسی شد. با توجه به اینکه همبستگی دو متغیری ۰/۹ و بالاتر نشان‌دهنده هم‌خطی است، این مشکل در داده‌های پژوهش حاضر مشاهده نشد. علاوه بر آن آماره تحمل و عامل تورم واریانس به منظور بررسی هم‌خطی چندگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد هیچ‌کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ‌کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نیستند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود هم‌خطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان از برقراری آنها، به منظور ارزیابی مدل مورد بررسی از تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج در شکل ۱ ارائه شده است.

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های هویت با تعهد تحصیلی، از تحلیل مسیر استفاده گردید. نتایج شاخص‌های مربوط به برازش مدل در ادامه ارائه شده است.



شکل ۱. ضرایب استاندارد مدل نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های هویت با تعهد تحصیلی

در شکل ۱ ضرایب استاندارد مدل نهایی به منظور بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های هویت با تعهد تحصیلی نشان داده شده است. شاخص‌های مربوط به برازش مدل در جدول ۲ ارائه شده است. در جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است. شاخص نسبت مجذور کای بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ ) برازش مدل را تأیید می‌کند که این عدد در دامنه بین ۱ تا ۵ قرار دارد و به معنا برازش مدل با داده‌هاست. خطای ریشه مجذور میانگین تقریبی (RMSEA) برابر ۰/۰۷ و ریشه دوم میانگین مربعات باقی مانده (SRMR) برابر با ۰/۰۶ است که از میزان ملاک (۰/۰۸) کوچکتر است و در نتیجه برازش مدل را تأیید می‌کند. شاخص‌های IFI، CFI، GFI و NFI نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگتر هستند. ضرایب به دست آمده حاکی از برازش مطلوب مدل است.

جدول ۲. شاخص‌های نیکویی برازش الگوی آزمون شده پژوهش

شاخص	SRMR	IFI	CFI	RMSEA	NFI	GFI	$\chi^2/df$
دامنه مورد قبول	< ۰/۰۸	> ۰/۹	> ۰/۹	< ۰/۰۸	> ۰/۹	> ۰/۹	< ۰/۵
مقدار مشاهده شده	۰/۰۶	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۰۷	۰/۹۲	۰/۹۳	۳/۲۸

در جدول ۳ اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل بین متغیرهای مدل ارائه شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، هویت اطلاعاتی ( $\beta=0/19, P<0/01$ )، هویت هنجاری ( $\beta=0/22, P<0/01$ )، حمایت خانوادگی ( $\beta=0/14, P<0/01$ )، حمایت دوستان ( $\beta=0/21, P<0/01$ )، و حمایت افراد مهم ( $\beta=0/17, P<0/01$ ) به صورت مثبت و هویت سردرگم-اجتنابی ( $\beta=-0/15, P<0/01$ ) به صورت منفی و مستقیم بر خودکارآمدی تحصیلی تأثیر دارند.

جدول ۳. اثرهای مستقیم، غیرمستقیم، کل و واریانس‌های تبیین‌شده متغیرها

از متغیر	به متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
هویت اطلاعاتی		**۰/۱۹	-	**۰/۱۹	
هویت هنجاری		**۰/۲۲	-	**۰/۲۲	
هویت سردرگم-اجتنابی		**۰/۱۵	-	**۰/۱۵	
حمایت خانوادگی	خودکارآمدی تحصیلی	**۰/۱۴	-	**۰/۱۴	۰/۲۰
حمایت دوستان		**۰/۲۱	-	**۰/۲۱	
حمایت افراد مهم		**۰/۱۷	-	**۰/۱۷	
هویت اطلاعاتی		**۰/۱۴	*۰/۰۴	*۰/۱۷	
هویت هنجاری		*۰/۱۲	*۰/۰۴	*۰/۱۶	
هویت سردرگم-اجتنابی		**۰/۲۰	**۰/۰۳	**۰/۲۳	
حمایت خانوادگی	تعهد تحصیلی	*۰/۱۳	*۰/۰۳	*۰/۱۵	۰/۲۳۱
حمایت دوستان		**۰/۱۵	*۰/۰۴	*۰/۱۹	
حمایت افراد مهم		**۰/۱۶	*۰/۰۳	*۰/۱۹	
خودکارآمدی تحصیلی		**۰/۱۸	-	**۰/۱۸	

\* معناداری در سطح ۰/۰۵ \*\* معناداری در سطح ۰/۰۱

هویت اطلاعاتی هم به صورت مستقیم ( $\beta=0/14, P<0/01$ ) و هم به صورت غیرمستقیم و با میانجی‌گری خودکارآمدی تحصیلی ( $\beta=0/04, P<0/05$ ) بر تعهد تحصیلی تأثیر مثبت دارد. هویت هنجاری هم به صورت مستقیم ( $\beta=0/12, P<0/05$ ) و هم به صورت غیرمستقیم و با میانجی‌گری خودکارآمدی تحصیلی ( $\beta=0/04, P<0/05$ ) بر تعهد تحصیلی تأثیر مثبت دارد. هویت سردرگم-اجتنابی هم به صورت مستقیم ( $\beta=-0/20, P<0/01$ ) و هم به صورت غیرمستقیم و با میانجی‌گری خودکارآمدی تحصیلی ( $\beta=-0/03, P<0/05$ ) بر تعهد تحصیلی تأثیر منفی دارد. حمایت خانوادگی هم به صورت مستقیم ( $\beta=0/13, P<0/05$ ) و هم به صورت غیرمستقیم و با میانجی‌گری خودکارآمدی تحصیلی ( $\beta=0/03, P<0/05$ ) بر تعهد تحصیلی تأثیر مثبت دارد. حمایت دوستان هم به صورت مستقیم ( $\beta=0/15, P<0/01$ ) و هم به صورت غیرمستقیم و با میانجی‌گری خودکارآمدی تحصیلی ( $\beta=0/04, P<0/05$ ) بر تعهد تحصیلی تأثیر مثبت دارد. حمایت افراد مهم هم به صورت مستقیم ( $\beta=0/16, P<0/01$ ) و هم به صورت غیرمستقیم و با میانجی‌گری خودکارآمدی تحصیلی ( $\beta=0/03, P<0/05$ ) بر تعهد تحصیلی تأثیر مثبت دارد. خودکارآمدی تحصیلی به صورت مستقیم و مثبت بر تعهد تحصیلی ( $\beta=0/18, P<0/01$ ) تأثیر دارد.

## • بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی در رابطه بین سبک‌های هویت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تعهد تحصیلی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز بود. نتایج این پژوهش نشان داد که هویت اطلاعاتی و هنجاری، به صورت مستقیم و مثبت و هویت سردرگم-اجتنابی به صورت مستقیم و منفی بر تعهد تحصیلی اثر می‌گذارند. این یافته با یافته‌های پژوهش امید کرکانی و عصاره (۱۳۹۶)، ووگل و هیومن-ووگل (۲۰۱۸) و مهدی‌نژاد و غفاری (۱۳۹۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد با سبک هویت اطلاعاتی و هنجاری تمایل به داشتن یک حس واضح از هدف و جهت دارند (برزونسکی و کوک، ۲۰۲۲). باتوجه به اینکه معنا اغلب با داشتن اهداف و احساس هدف همراه است (واینستین، رایان و دسی، ۲۰۱۲) جای تعجب نیست که دانشجویان با سبک هویت اطلاعاتی و هنجاری به احتمال زیاد مطالعات خود را معنادار تجربه کنند (ووگل و هیومن-ووگل، ۲۰۱۸). همچنین ارتباط مثبت سبک هویت اطلاعاتی با تعهد تحصیلی را می‌توان با خودتأمل‌گری، منظم‌بودن و سازگاری مؤثرتر با محیط آموزشی در افراد با این سبک هویتی توضیح داد (برزونسکی، ۲۰۱۹). عواملی که ممکن است معناداری، سرمایه‌گذاری و رضایت از یادگیری، توجه نکردن به جایگزین‌ها و در نتیجه تعهد تحصیلی و نتایج تحصیلی مطلوبی را به همراه داشته باشند. در تبیین رابطه سبک هویت هنجاری با تعهد تحصیلی می‌توان افزود، افراد با این سبک هویتی سعی می‌کنند بر اساس استانداردهای جامعه و انتظارات افراد مهم زندگی‌شان عمل کنند (برزونسکی، ۲۰۱۹). با توجه به اینکه ادامه تحصیل و موفقیت در حیطه تحصیلی توسط اکثریت جامعه مورد تمجید است، افراد داری این سبک هویت با درونی کردن این انتظارات در راستای رسیدن به استانداردهای جامعه و افراد مهم تلاش

می‌کنند. زمان و انرژی زیادی را در زمینه تحصیل سرمایه‌گذاری و پس از تشویق اطرافیان به دلیل موفقیت تحصیلی و تلاش در این زمینه، از یادگیری خود رضایت بیشتری کسب می‌کنند. این افراد تلاش زیادی را برای در نظر گرفتن جایگزین‌ها صرف نمی‌کنند (برزونسکی، ۲۰۱۹) و در نتیجه این عوامل تعهد تحصیلی بیشتری را گزارش می‌نمایند. پژوهش ووگل و هیومن-ووگل (۲۰۱۸) نشان داد داشتن سبک هویت سردرگم-اجتنابی باعث می‌شود دانشجویان به‌طور قابل توجهی در برابر تجربه کمبود معنا و رضایت کمتر از مطالعات خود، آسیب‌پذیرتر شوند. همچنین به نظر می‌رسد حواس دانشجویان به‌طور قابل توجهی بیشتر به گزینه‌های با کیفیت بالا پرت می‌شوند. دانشجویان با سبک هویت سردرگم-اجتنابی برای تحصیلات آکادمیک آماده نیستند و در مورد آینده شغلی خود تصمیمی نگرفته‌اند. همچنین تأثیر منفی سبک هویت پراکنده-اجتنابی بر تعهد تحصیلی ممکن است منعکس‌کننده اهمال کاری مرتبط با آن سبک باشد. افراد با هویت سردرگم-اجتنابی، کارها را بیش از حد به تأخیر می‌اندازند و تعهدات ضعیفی دارند (برزونسکی، ۲۰۱۹). این امر در زمینه آموزشی نیز صادق است و ممکن است افراد با این سبک هویتی انجام تکالیف و مطالعه دروس را به تعویق بیندازند (برزونسکی و همکاران، ۲۰۱۱).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری بر خودکارآمدی تحصیلی تأثیر مستقیم مثبت دارد و سبک هویت سردرگم-اجتنابی نیز بر خودکارآمدی تحصیلی تأثیر مستقیم منفی دارد. این یافته با نتایج پژوهش جانعلی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. اما در رابطه با تأثیر مستقیم سبک‌های هویتی هنجاری و سردرگم-اجتنابی بر خودکارآمدی تحصیلی، با پژوهش حجازی و همکاران (۱۳۸۸) ناهمسو است. نتایج پژوهش حجازی و همکاران (۱۳۸۸)، حاکی از آن بود که فقط سبک هویت اطلاعاتی به‌صورت مستقیم بر خودکارآمدی تحصیلی اثر می‌گذارد و تأثیر سبک‌های هویتی هنجاری و سردرگم-اجتنابی بر خودکارآمدی تحصیلی به‌صورت غیرمستقیم و از طریق نقش واسطه‌ای تعهد هویت است. در تبیین این یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، افراد با سطوح بالای خودکارآمدی اهداف بالایی را تعیین می‌کنند و در مواجهه با شکست‌ها، بیشتر تلاش و انگیزه خود را حفظ می‌کنند (مانا و همکاران، ۲۰۲۰). افراد با سبک هویت اطلاعاتی، خودایمن و نامتناقض دارند و خودشان اهداف تحصیلی خویش را تعیین می‌کنند و خودکارآمدی بالاتری را گزارش می‌کنند (حجازی و همکاران، ۲۰۰۹). افراد با سبک هویت هنجاری تلاش می‌کنند که بر اساس انتظارات افراد مهم زندگی‌شان عمل کنند، بنابراین ممکن است برای برآورده کردن این انتظارات تلاش نمایند و به موفقیت برسند. این موفقیت‌ها نیز به نوبه خود خودکارآمدی تحصیلی آنان را افزایش خواهد داد. افراد با سبک هویت سردرگم-اجتنابی دارای نظریه خود ناسازگار هستند. این ناسازگاری بر باورهای آنها در مورد توانایی‌های خود تأثیر می‌گذارد و منجر به احساس خودکارآمدی پایین می‌شود (حجازی و همکاران، ۲۰۰۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد خودکارآمدی تحصیلی به‌صورت مستقیم و مثبت بر تعهد تحصیلی تأثیر می‌گذارد. این یافته با نتایج پژوهش ایکمن و همکاران (۲۰۱۹)، سعادت و همکاران (۱۳۹۸) و کافی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. خودکارآمدی تحصیلی ممکن است درگیری در یادگیری، سرمایه‌گذاری و حفظ تلاش دانش‌آموزان را پیش‌بینی کند. دانشجویان با خودکارآمدی تحصیلی بالا نسبت به دانشجویان با خودکارآمدی تحصیلی پایین در انجام تکالیف پیچیده، حل مسئله و فعالیت‌های فوق برنامه موفق‌تر هستند؛ درحالی‌که دانشجویانی که عموماً سطوح پایین‌تری از خودکارآمدی را تجربه می‌کنند، احتمالاً زمان و تلاش کمتری را صرف مطالعات خود می‌کنند، که بر تعهد کلی تحصیلی آنها تأثیر می‌گذارد (ووگل و هیومن-ووگل، ۲۰۱۶).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد خودکارآمدی تحصیلی در رابطه بین سبک‌های هویت با تعهد تحصیلی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. این یافته با نتایج حجازی و همکاران (۲۰۰۹) و زررین و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. سبک‌های پردازش هویت چهارچوبی را برای فرد فراهم می‌سازد تا دیدگاه مربوط به خود را بر اساس آن شکل دهد. دانشجویان با سطح بالایی از خودکارآمدی تحصیلی، بیشترین تلاش را برای انجام تکالیف خود می‌کنند، به توانایی خود باور دارند و از تکالیف چالش‌برانگیز نمی‌ترسند. سبک‌های هویتی اطلاعاتی و هنجاری رابطه مثبت و سبک سردرگم-اجتنابی رابطه منفی با خودکارآمدی تحصیلی دارد. این در حالی است که دانشجویان با خودکارآمدی تحصیلی بالا، اهمال‌کاری تحصیلی پایین‌تری را نشان می‌دهند و از انگیزش تحصیلی بیشتری برخوردارند (مالکوچ و کسن موتلو، ۲۰۱۸). در نتیجه سبک هویت اطلاعاتی و هنجاری که با سطح بالایی از باورهای خودکارآمدی دانشگاهی همراه است (حجازی و همکاران، ۲۰۰۹)، می‌تواند تعهد تحصیلی را پیش‌بینی کند. همچنین در دانشجویان با سبک هویت سردرگم-اجتنابی که خودکارآمدی

تحصیلی پایینی دارند، استفاده از استراتژی شناختی ناکارآمد، ناسازگاری و فقدان هدف آموزشی، منجر به کاهش تعهد تحصیلی می‌شود (حجازی و همکاران، ۲۰۰۹).

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی بر تعهد تحصیلی تأثیر مستقیم مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش رودا و همکاران (۲۰۱۱) و میزین و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. این یافته را می‌توان بر اساس نظریه اکولوژیکی رشد انسان تبیین کرد. بر اساس این نظریه یک محیط آموزشی حمایتی، سازگاری سالم تحصیلی، رفتاری و روانی را ارتقا می‌دهد (وارگا و زاف، ۲۰۱۸). حمایت اجتماعی به دانشجویان احساس امنیت و شایستگی می‌دهد که به نوبه خود به آنها کمک می‌کند تا به چالش‌های فکری به نحو مؤثرتری رسیدگی کنند. بر اساس نظریه سرمایه اجتماعی، منابع جاسازی شده در شبکه‌های اجتماعی در دستیابی افراد به اهداف مختلف مفید است (بروور و همکاران، ۲۰۱۶). افرادی که از حمایت اجتماعی قوی‌تری برخوردارند، از نظر اجتماعی بیشتر با محیط دانشگاه خود می‌گیرند، بنابراین از موقعیت بهتری برای بهبود دستاوردهای تحصیلی خود برخوردار هستند. حمایت اجتماعی باعث افزایش عزت‌نفس و ارتقا پیشرفت تحصیلی دانشجویان می‌شود و فرسودگی هیجانی آنها را کاهش می‌دهد (لی و همکاران، ۲۰۱۸). یک محیط حمایتی به دانشجویان کمک و الگو فراهم می‌کند و انگیزه برای دستیابی به اهداف‌شان را تقویت می‌نماید (لوو و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که احساس می‌کنند از سوی اساتید حمایت می‌شوند، تلاش می‌کنند تا انتظارات اساتیدشان را تا حد زیادی برآورده کنند، که به نوبه خود، حواس‌پرتی و رفتار انحرافی را کاهش می‌دهد (گوتیرز و همکاران، ۲۰۱۷). کسانی که حمایت ادراک شده بالایی دارند، ارزش بیشتری را برای یادگیری و تحصیل قائل می‌شوند و از اشتیاق تحصیلی بالاتری برخوردارند (جوادی علمی و اسدزاده، ۱۳۹۹)؛ در نتیجه ممکن است تحصیل را معنادار و رضایت‌بخش‌تر بیابند و انرژی و زمان بیشتری را صرف یادگیری نمایند و به موارد غیردرسی تمایل کمتری نشان دهند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی بر خودکارآمدی تحصیلی تأثیر مستقیم مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش توررس و سولبرگ (۲۰۰۱) و یارمحمدزاده و فیض الهی (۱۳۹۵) همسو است. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طریق کاهش عواطف منفی و ایجاد دلگرمی در اختیار داشتن حمایت در مواجهه با مسائل و چالش‌های تحصیلی پیش رو، در افزایش باورهای خودکارآمدی مؤثر واقع می‌شود. بازخوردها و تشویق و تنبیه‌های دریافت‌شده هنگام پرداختن به تکالیف و امور تحصیلی از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم نیز می‌تواند بر باور افراد در رابطه با توانایی‌های تحصیلی خویش تأثیر بگذارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد خودکارآمدی تحصیلی در رابطه بین حمایت اجتماعی و تعهد تحصیلی نقش واسطه‌ای دارد. این یافته با نتایج مرادی و همکاران (۱۳۹۴)، اسلامی و همکاران (۱۳۹۵)، صفایی و همکاران (۱۳۹۸)، یانگ و وانگ (۲۰۱۹) و زیسبرگ و شوایسکی (۲۰۲۱) همسو است. حمایت همسالان و خانواده با ارائه کمک‌های تحصیلی و عاطفی و ایجاد حس پذیرش بر کیفیت زندگی دانشجویان تأثیر می‌گذارد (مانا و همکاران، ۲۰۲۰). نظریه شناختی-اجتماعی بر این باور است که محیط اجتماعی می‌تواند از طریق تأثیر بر شناخت، بر انتخاب رفتار فرد تأثیر بگذارد، یعنی درک دانشجویان از حمایت بیرونی ممکن است از طریق خودکارآمدی بر تلاش‌های یادگیری دانشجویان تأثیر بگذارد (یانگ و وانگ، ۲۰۱۹). در نتیجه افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری را ادراک می‌کنند با واسطه‌گری خودکارآمدی تحصیلی، تعهد تحصیلی بیشتری نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد منابع اجتماعی ابزاری برای دانشجویان برای انجام تکالیف باشد که به نوبه خود آن‌ها را نسبت به تکالیف خود علاقمند و مشتاق نگه می‌دارد. منابع اجتماعی، خودکارآمدی دانشجویان را فعال می‌کند و دانشجویان با احساس توانایی بیشتر، محیط یادگیری را کنترل می‌کنند؛ در نتیجه با اطمینان بیشتر و احساس غرور نسبت به کاری که انجام می‌دهند، آن را معنادار می‌یابند و با اشتیاق به تحصیل ادامه می‌دهند (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۵).

## • نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان دادند که بین سبک‌های هویت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تعهد تحصیلی با نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی رابطه وجود دارد. سبک‌های هویتی اطلاعاتی و هنجاری رابطه مثبت و سبک هویت سردرگم-اجتنابی رابطه منفی با خودکارآمدی تحصیلی دارد. دانشجویانی که از خودکارآمدی تحصیلی بالایی برخوردارند، تعهد تحصیلی بالاتری را نشان



می‌دهند. سبک‌های هویت با نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی نیز می‌توانند تعهد تحصیلی را پیش‌بینی کند. همچنین درک دانشجویان از حمایت خانواده، دوستان و دیگران می‌تواند از طریق خودکارآمدی بر تلاش‌های یادگیری دانشجویان تأثیر بگذارد و می‌تواند پیش‌بینی‌کننده تعهد تحصیلی باشد. از لحاظ نظری پژوهش حاضر با روشن نمودن مکانیزم اثرگذاری سبک‌های هویتی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر تعهد تحصیلی، گامی در جهت گسترش دانش در زمینه افزایش تعهد تحصیلی دانشجویان برداشته است. از لحاظ کاربردی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند دستاوردهای مهمی را برای دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت، اعم از خانواده و نهادهای آموزشی داشته باشد. در این راستا باید کارگاه‌های آموزشی برای والدین و اساتید تدارک دیده شود و نحوه برخورد صحیح با دانشجو جهت تأمین حمایت اجتماعی و افزایش خودکارآمدی تحصیلی که از عوامل ارتقاء تعهد تحصیلی هستند را به آنان آموزش داد. نمونه این پژوهش، دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز بودند، بنابراین در تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر مقاطع تحصیلی و سایر دانشگاه‌ها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به شیوع ویروس کرونا و مجازی بودن آموزش و مشکل در دسترسی به دانشجویان دانشگاه تبریز، نمونه‌گیری با روش در دسترس انجام گرفت که این می‌تواند از محدودیت‌های پژوهش باشد. با توجه به اینکه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همچون جنسیت و وضعیت تأهل ممکن است بر تعهد تحصیلی تأثیر بگذارند؛ پیشنهاد می‌شود نقش تعدیل‌کننده این متغیرها، در رابطه متغیرهای حاضر در پژوهش مورد بررسی قرار گیرد. از آنجایی که سبک‌های هویت، تحت تأثیر عوامل زیادی از جمله شیوه‌های فرزندپروری والدین و محیط اجتماعی- فرهنگی قرار دارد، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های مرتبط با حیطه آموزش در دوران مدرسه به‌ویژه در دوران دبیرستان که دوره بلوغ و شکل‌گیری هویت است، با برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای والدین، شیوه‌های برخورد صحیح با نوجوانان جهت اکتساب سبک هویت اطلاعاتی را آموزش دهند. همچنین با توجه به تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افزایش خودکارآمدی و تعهد تحصیلی دانشجویان، پیشنهاد می‌شود به مراکز مشاوره تحصیلی و شخصی دانشگاه‌ها توجه ویژه‌ای مبذول گردد و برنامه‌هایی جهت گسترش شبکه اجتماعی دانشجویان در دانشگاه و ایجاد پل ارتباطی بین دانشجویان و مسئولان آموزش تدارک دیده شود.

## • تعارض منافع

نویسندگان اذعان می‌کنند که هیچگونه تعارض منفعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

## • تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویانی که در پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

## • منابع

- آریان‌پور، سعید؛ نیساری، مریم (۱۴۰۲). مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کاستی توجه-بیش‌فعالی در دوره کووید-۱۹: نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری. *مجله روان‌شناسی*، ۱ (۲۷)، ۱۱۵-۱۰۶.
- اسلامی، محمدعلی؛ درتاج، فریبرز؛ سعدی پور، اسماعیل و دلاور، علی. (۱۳۹۵). مدل‌یابی علی‌ اشتیاق تحصیلی بر مبنای منابع شخصی و منابع اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه امیرکبیر تهران. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷ (۲۸)، ۱۳۳-۱۶۱.
- امیدی کرکانی، مهسا و عصاره، علیرضا. (۱۳۹۶). مدل‌یابی تأثیر سبک‌های هویت بر احساس تعلق به مدرسه با میانجی‌گری خودپنداره تحصیلی در دانش‌آموزان دختر. *خانواده و پژوهش*، ۱۴ (۴)، ۱۱۹-۱۳۶.
- آوردیده، سولماز، و اسدی مجره، سامره. و مقتدر، لیلا، و عابدینی، مریم. و میریلوک بزرگی، عباس. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در تأثیر بخشودگی بین فردی بر سلامت اجتماعی در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰ (۱)، ۱ (پیاپی ۷۵).
- جانعلی زاده کوکنه، سحر و مهری نیا سبینی، فاطمه. (۱۳۹۷). رابطه سبک‌های هویت و خودکارآمدی تحصیلی در دانشجویان. *هجدهمین همایش انجمن مشاوره ایران با عنوان مشاوره و حوزه سلامت*، دانشگاه تهران.
- جوادی علمی، لیلا؛ اسدزاده، حسن. (۱۳۹۹). مدل‌یابی روابط ساختاری اشتیاق تحصیلی دانشجویان بر اساس کمک‌طلبی تحصیلی، تدریس تحول‌آفرین، حمایت اجتماعی با میانجی‌گری نقش سرزندگی تحصیلی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۰ (۳۷)، ۱۰۱-۱۲۲.

- سعادت، سجاد؛ داورپناه، سید هدایت الله؛ سعیدپور، فریبا و سمیعی، فاطمه. (۱۳۹۸). نقش سرمایه‌های روانشناختی (امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی، تاب‌آوری) در تعهد تحصیلی دانشجویان. *راهنمای آموزش در علوم پزشکی*. ۱۲ (۳)، ۱-۱۱.
- صفایی، مریم؛ رضایی، محمد علی و طالع پسند، سیاوش. (۱۳۹۸). پیش‌بینی عملکرد تحصیلی بر اساس حمایت خانواده، حمایت دوستان و دیگران: نقش میانجی خودکارآمدی تحصیلی، تاب‌آوری تحصیلی و مجذوبیت تحصیلی. *روانشناسی تربیتی*، ۱۵ (۵۲)، ۲۶۸-۲۳۹.
- فرزادینا، مرضیه. (۱۴۰۰). نقش ناگویی هیجانی در پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر بر مبنای نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده. *مجله روان‌شناسی*، ۴ (۲۵)، ۵۵۰-۵۵۹.
- کافی زاده، منصوره؛ شیخی فینی، علی اکبر؛ سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۹). همبستگی خودکارآمدی و راهبردهای یادگیری با تعهد تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. *پژوهش پرستاری ایران*، ۱۵ (۵)، ۶۱-۷۰.
- محمدی، حمیده و فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای سبک‌های پردازش هویت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *مجله روان‌شناسی*، ۳ (۲۲)، ۳۰۸-۳۲۵.
- مرادی، مرتضی؛ دهقانی زاده، محمد حسین و سلیمانی خشاب، عباسعلی. (۱۳۹۴). حمایت اجتماعی ادراک شده و سرزندگی تحصیلی: نقش واسطه‌ای باورهای خودکارآمدی تحصیلی. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۷ (۱)، ۲۴-۱.
- مهدی‌نژاد، زهرا و غفاری، مجید. (۱۳۹۸). سبک‌های هویت و رفتار غیرمولد تحصیلی: نقش واسطه‌ای تعهد و خودنظم‌جویی رفتاری، *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*. ۱۶ (۶۱)، ۶۱-۷۱.
- واحدی، شهرام، فتح‌آبادی، جلیل و فتحی، آیت‌اله. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین جدایی روان‌شناختی با سبک‌های هویتی دانشجویان، *خانواده پژوهی*. ۸ (۲۹)، ۱۰۰-۸۳.
- یارمحمدزاده، پیمان و فیض‌اللهی، زهرا. (۱۳۹۵). تعیین رابطه حمایت اجتماعی، انگیزه تحصیلی با خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر تبریز و آذرشهر. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۱ (۲۷)، ۱۵۷-۱۶۹.
- Berzonsky, M. D., & Kinney, A. (2019). Identity processing style and depression: The mediational role of experiential avoidance and self-regulation. *Identity, 19* (2), 83-97.
- Berzonsky, M. D., & Kuk, L. (2022). Identity styles and college adaptation: the mediational roles of commitment, self-agency and self-regulation. *Identity, 22* (4), 310-325.
- Berzonsky, M. D., Cieciuch, J., Duriez, B., & Soenens, B. (2011). The how and what of identity formation: Associations between identity styles and value orientations. *Personality and Individual Differences, 50* (2), 295-299.
- Cheng, Y. H., Tsai, C., & Liang, J. C. (2019). Academic hardiness and academic self-efficacy in graduate studies. *Higher education research & development, 38* (5), 907-921.
- Eakman, A. M., Kinney, A. R., Schierl, M. L., & Henry, K. (2019). Academic performance in student service members/veterans: Effects of instructor autonomy support, academic self-efficacy and academic problems. *Educational Psychology, 39* (8), 1005-1026.
- Fokkens-Bruinsma, M., Vermue, C., Deinum, J. F., & van Rooij, E. (2021). First-year academic achievement: the role of academic self-efficacy, self-regulated learning and beyond classroom engagement. *Assessment & Evaluation in Higher Education, 46* (7), 1115-1126.
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Romero, I., & Barrica, J. (2017). Perceived social support, school engagement and satisfaction with school. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, 22 (2), 111-117.
- Hejazi, E., Shahraray, M., Farsinejad, M., & Asgary, A. (2009). Identity styles and academic achievement: Mediating role of academic self-efficacy. *Social Psychology of Education, 12* (1), 123-135.
- Human-Vogel, S., & Rabe, P. (2015). Measuring self-differentiation and academic commitment in university students: A case study of education and engineering students. *South African Journal of Psychology, 45* (1), 60-70.
- Li, J., Han, X., Wang, W., Sun, G., & Cheng, Z. (2018). How social support influences university students' academic achievement and emotional exhaustion: The mediating role of self-esteem. *Learning and individual differences, 61*, 120-126.
- Luo, Y. F., Yang, S. C., Gong, R., & Lu, C. M. (2019). Learning performance of university students from the perspective of positive psychology. *Social Behavior and Personality: an international journal, 47* (3), 1-10.
- Malkoç, A., & Kesen Mutlu, A. (2018). Academic self-efficacy and academic procrastination: Exploring the mediating role of academic motivation in Turkish university students.
- Mana, A., Saka, N., Dahan, O., Ben-Simon, A., & Margalit, M. (2020). Implicit theories, social support, and hope as serial mediators for predicting academic self-efficacy among higher education students. *Learning Disability Quarterly, 0731948720918821*.
- Mieziene, B., Emeljanovas, A., Jusiene, R., Breidokiene, R., Girdzijauskienė, S., Sabaliauskas, S., ... & Kawachi, I. (2022). Direct and Indirect Effects of Social Support and School Social Capital on the Academic Success of 11–19-Year-Old Students Using Distance Learning. *Sustainability, 14* (4), 2131.

- Rezaei Gazki, P., Delavar, A., & Samavi, A. (2019). Does Academic Commitment Affect the Learners' Progress through Academic Buoyancy? A Structural Equation Model. *Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal, 1* (3), 196-203.
- Roorda, D. L., Koomen, H., Spilt, J. L., & Oort, F. J. (2011). The influence of affective teacher–student relationships on students' school engagement and achievement: A meta-analytic approach. *Review of educational research, 81* (4), 493-529.
- Torres, J. B., & Solberg, V. S. (2001). Role of self-efficacy, stress, social integration, and family support in Latino college student persistence and health. *Journal of vocational behavior, 59* (1), 53-63.
- Varga, S. M., & Zaff, J. F. (2018). Webs of support: An integrative framework of relationships, social networks, and social support for positive youth development. *Adolescent Research Review, 3* (1), 1-11.
- Vogel, F. R., & Human-Vogel, S. (2016). Academic commitment and self-efficacy as predictors of academic achievement in additional materials science. *Higher Education Research & Development, 35* (6), 1298-1310.
- Vogel, F. R., & Human-Vogel, S. (2018). The relevance of identity style and professional identity to academic commitment and academic achievement in a higher education setting. *Higher Education Research & Development, 37* (3), 620-634.
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry, 18* (1), 1-16.
- Womack, A. J. (2016). *Profiles of academic commitment*. The University of Southern Mississippi
- Zarrin, S. A., Paixão, M., & Panahandeh, A. (2017). Predicting of Academic Performance by Identity Styles and Self-Efficacy Beliefs (Personal and Collective) in Iranian High School Students.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment, 52* (1), 30-41.
- Zysberg, L., & Schwabsky, N. (2021). School climate, academic self-efficacy and student achievement. *Educational Psychology, 41* (4), 467-482.

## رابطه بین صمیمیت خانواده بر عزت نفس نوجوانان: نقش میانجی گری اعتیاد به اینترنت Relationship Between Family Intimacy and Self-Esteem in Adolescents: The Mediating Role of Internet Addiction

Reyhaneh Khildar, MSc

Mina Fathi-Ashtiani, PhD<sup>✉</sup>

ریحانه خیلدار<sup>۱</sup>

مینا فتحی آشتیانی<sup>۲</sup>

### Abstract

The development of technology and consequently the Internet has had a different impact on family relationships and adolescence' sense of self-worth. The present study aims to determine the relationship between family intimacy and self-esteem by mediating role of internet addiction. The research procedure used in this study is based on the descriptive-correlational method. The target population in this study was all adolescences studying in high school that 252 people of them were selected as the sample by available sampling. They completed Young's Internet Addiction Test (1998), Thompson and Walker Intimacy Questionnaire (1983) and Rosenberg Self-esteem (1965). Path analysis method, Pearson correlation test and AMOS and SPSS software were used to analyze the data. The results of regression analysis indicated that: a) family intimacy was the positive and significant predictor of self-esteem, b) the family intimacy was negative and significant predictor of self-esteem, and c) the internet addiction mediated the relationship between family intimacy and self-esteem. Based on the present results, it can be suggested that one of ways of enhancing self-esteem are to increase family intimacy. Training students for correct use internet can also be effective.

**Keywords:** Internet Addiction, Self-esteem, Family Intimacy.

### چکیده

گسترش تکنولوژی و به تبع آن اینترنت تأثیرات متفاوتی بر روابط خانوادگی و احساس ارزشمندی نوجوانان گذاشته است. پژوهش حاضر با هدف شناخت نقش واسطه‌گری اعتیاد به اینترنت در رابطه بین صمیمیت خانوادگی با عزت نفس نوجوانان انجام گرفت. روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه هدف در این پژوهش تمامی نوجوانان دوره متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در شهر تهران بودند که از بین آنها ۲۵۲ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان آزمون اعتیاد به اینترنت یانگ (۱۹۹۸)، پرسشنامه‌های صمیمیت تامپسون و واکر (۱۹۸۳) و عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزارهای AMOS و SPSS استفاده شد. نتایج نشان داد: اثر کلی صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس ۰/۰۰۴، اثر مستقیم صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس ۰/۱۶۵، اثر غیرمستقیم صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس با میانجی‌گری اعتیاد به اینترنت ۰/۰۰۹ است. بر اساس نتایج حاضر می‌توان پیشنهاد کرد که یکی از راه‌های افزایش عزت نفس، افزایش صمیمیت خانوادگی است. آموزش دانش‌آموزان برای استفاده صحیح از اینترنت نیز می‌تواند در افزایش عزت نفس نوجوانان تأثیرگذار باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اعتیاد به اینترنت، عزت نفس، صمیمیت خانوادگی.

دریافت مقاله: تصویب نهایی:

۱. گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

## ● مقدمه

خانواده به‌عنوان مهم‌ترین نهاد اجتماعی نقش مهم و بسزایی در ایجاد هویت افراد دارد و کارکردهای مهمی از جمله تعلیم و تربیت، برطرف کردن نیازهای طبیعی انسان، ایجاد آرامش و غیره را در افراد به عهده دارد. خانواده سنگ بنای اجتماع است که اگر سالم، متعالی و استوار باشد، می‌توان به داشتن جامعه‌ای سالم امیدوار بود (الوندی، ۱۴۰۰). الگوی روابط خانوادگی مفهوم مهمی است که در تعاملات خانواده، سازگاری و کیفیت زندگی نقش اساسی دارد. مفهوم الگوی ارتباطی خانواده یا طرح‌واره‌های ارتباطی خانواده، ساختاری علمی از دنیای ارتباطی خانواده است که بر اساس ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر و اینکه اعضای خانواده چه چیزی به یکدیگر می‌گویند و چه کاری انجام می‌دهند و اینکه چه معنایی از این ارتباطات دارند، تعریف می‌شود (آتش‌پور و همکاران، ۱۴۰۲). برای اینکه وظایف اصلی خانواده (حمایت و فردیت) برقرار شود، خانواده باید دارای ساخت کارآمد باشد.

روح حاکم بر فضای خانوادگی افراد میزان صمیمیت خانوادگی آنها را نشان می‌دهد. در عصر حاضر نیروی جدید هویت‌گرا و هویت‌یاب در کنار خانواده ظهور یافته است و به عنوان نیروی مکمل یا در بیشتر اوقات، نیروی ضد‌هویت در مقابل خانواده نقش ایفا می‌کند و این نیروی هویت‌ساز جدید، رسانه‌های جمعی هستند (نی و شوعا، ۲۰۲۱). امروزه رسانه و اینترنت وسیله بسیار مهمی برای انتقال اطلاعات و ارتباطات جمعی است ولی به‌عنوان رقیب جدی و سرسخت خانواده نیز معرفی می‌شود، در واقع خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار داده و به تدریج کارکردهای خانواده را با مشکلات اساسی روبه‌رو کرده است. از آنجا که دوران نوجوانی از حساس‌ترین دوران زندگی هر شخصی است که از نظر رفتاری و شناختی با تغییرات گسترده‌ای همراه است و از طرف دیگر با توجه به اهمیت آسیب‌پذیری بالاتر در این سن، نوجوانان بیشتر در معرض آسیب‌هایی مانند بزه‌کاری، افسردگی، اضطراب و خودکشی قرار می‌گیرند (ناتردام و همکاران، ۲۰۱۸)، لذا محققان، اعتیاد به اینترنت را یکی از بحران‌های دوره نوجوانی می‌دانند. اینترنت به منزله یک فناوری چند رسانه‌ای و قدرتمند، اکثر نیازهای اساسی انسان را تأمین می‌کند و همین مسئله موجب کشش افراد برای تأمین نیازهایشان به دنیای مجازی می‌شود. نقش محوری اینترنت چنان اساسی است که بدون آن امکان برنامه‌ریزی، توسعه و بهره‌وری در تمام زمینه‌ها در آینده وجود نخواهد داشت. در دنیای پیچیده کنونی، استفاده از اینترنت بسیار ضروری است، اینترنت می‌تواند نقش عمده‌ای در کسب مهارت‌های مختلف یادگیری ایفا نماید. نوجوانان بخش عمده‌ای از کاربران اینترنت هستند که به‌سبب استفاده نادرست، اتلاف وقت و اعتیاد به اینترنت یکی از مهم‌ترین آسیب‌های درگیر نوجوانان است (سعدی‌پور، ۱۴۰۱).

در میان تعارضاتی که بین والدین و فرزندان خانواده در رابطه با استفاده از اینترنت ایجاد می‌شود، نقش عنصر مهم عزت‌نفس مطرح می‌گردد. بنابر تعریف اسمیت (۱۹۶۷) عزت‌نفس به ارزشیابی فرد درباره خود و یا قضاوت شخص در مورد ارزش خود است. عزت‌نفس ارزیابی از خود در پرتو عقاید دیگران است، و بر اساس فرآیندهای عاطفی بنا شده است (ناطقیان و شاه‌نظری، ۱۴۰۰). عزت‌نفس عبارت است از ارزیابی و قضاوت شخص درباره همه ارزش‌های خود (آلسی، راپی و پپی، ۲۰۱۴). مقایسه‌های اجتماعی یکی از عللی است که می‌تواند به عزت‌نفس نوجوانان خدشه وارد کند، این مقایسه‌ها شامل ارزیابی شخصی فرد از بدن، توانایی‌ها، ارزش‌ها و نگرش او می‌شود (نی و شوعا، ۲۰۲۱). این مقایسه‌های اجتماعی نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری خودانگاره و بهزیستی نوجوانان دارد. علاوه بر این در دوران نوجوانی، مصرف رسانه‌ای تأثیر بسیاری بر نوع ادراک عزت‌نفس دارد (جانسون، ۲۰۱۱). وقتی نوجوان در مواجهه با رسانه، غرق در آن می‌شود عزت‌نفسش در مقابل مقایسه‌های اجتماعی که در ذهنش صورت می‌پذیرد، قرار می‌گیرد و نوع واکنش نوجوانان در چنین موقعیتی متفاوت است (نیو و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از ویژگی‌های شخصیت بهنجار برخورداری از عزت‌نفس است؛ محققان عقیده دارند عزت‌نفس که از عوامل تعیین‌کننده رفتار در انسان به‌شمار می‌رود، در مراحل مختلف زندگی متأثر از چگونگی ارتباط او با دیگران است (اسمیت، فردریکسون، ۲۰۰۳).

عزت‌نفس هسته مرکزی ساختارهای روان‌شناختی فرد است که وی را در برابر اضطراب محافظت نموده و آسایش خاطر وی را فراهم می‌آورد. عزت‌نفس سپر محافظ در مقابله با فشارهای روانی است که فرد را در مقابل وقایع فشارآور منفی زندگی حمایت می‌کند. فردی که از ارزشمندی بالایی برخوردار است، به‌راحتی قادر است با عقیده‌ها و وقایع فشارآور بیرونی بدون تجربه برانگیختگی منفی و از هم پاشیدگی سازمان روانی مواجه شود (ملائی و ملائی، ۱۴۰۰).

ایندیان و گریو (۲۰۱۴) مطالعاتی در زمینه حمایت‌های اجتماعی و روان‌شناختی کسب شده افراد توسط رسانه‌های جمعی و اینترنت پژوهشی انجام دادند که نشان داد افراد با توجه به فراوانی تأییدهای اجتماعی که در این رسانه‌ها کسب می‌کنند، روابط مجازی بیشتری برقرار می‌کنند و همین پشتیبانی‌ها و حمایت‌های مجازی منجر به ایجاد روابط دوستانه و مخاطبین بیشتر برای افراد می‌شود؛ لذا رسانه‌های جمعی فضای رایگانی را برای نوجوانانی که دچار افسردگی و اضطراب و دیگر مشکلات هستند، فراهم می‌آورد تا بتوانند آن حمایتی را که در دنیا واقعی خود از خانواده و دوستان‌شان کسب نکردند در فضای مجازی آن را به دست بیاورند. این وجه مهمی از رسانه‌های جمعی برای نوجوانان است تا بتوانند حمایت اجتماعی از دست رفته خود را بازیابند (نی و شوعا، ۲۰۲۱). به همین دلیل نوجوانان به شکل مرضی به رسانه معتاد می‌شوند و این اعتیاد به مصرف رسانه‌ای و اینترنت به گونه‌ای است که حتی ثانیه‌های قبل از خواب نیز نوجوانان در معرض امواج رسانه‌ای هستند. نوجوانی که به شکل مرضی مبتلا به مصرف رسانه‌ای هستند، وقتی برای مدتی از رسانه دور شوند احساس خفیفی از فقدان و از دست دادن دارند. این استفاده مرضی از رسانه به یک نیاز روان‌شناختی اجتماعی برای نوجوانان تبدیل شده است (نی و شوعا، ۲۰۲۱). پژوهش حاضر به تعیین رابطه بین صمیمیت خانوادگی و عزت‌نفس با نقش میانجی‌گری اعتیاد به اینترنت می‌پردازد.

## • روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی-توصیفی و از نوع تحلیل مسیر است. جامعه آماری پژوهش حاضر را نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ ساله شهر تهران تشکیل داده‌اند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شده است. لینک پرسشنامه‌های آنلاین در بین نوجوانان منتشر شد. در این پژوهش نظر کلان (۲۰۱۵) ملاک تصمیم‌گیری برای تعیین تعداد افراد نمونه قرار گرفت. وی معتقد است شرکت‌کنندگان در نمونه، برای آزمون تحلیل مسیر، ۲/۵ تا ۵ برابر تعداد متغیرهای مشاهده شده (ماده‌های پرسشنامه‌های مورد استفاده) در پژوهش است. بنابراین، با توجه به این ملاک و با توجه به این که تعداد ماده‌ها ۴۷ عدد بودند، مشارکت‌کنندگان باید ۲۳۵ نفر باشند که در پژوهش حاضر پس از حذف پرسشنامه‌های با پاسخ تصادفی، داده‌های ۲۵۲ نفر مبنای تحلیل قرار گرفت. ملاک ورود افراد به پژوهش سن ۱۴ تا ۱۹ سال بود. برای تجزیه تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و Amos نسخه ۲۲ استفاده گردید.

## • ابزارها

به منظور گردآوری اطلاعات مربوط به متغیرهای پژوهش حاضر از سه ابزار شامل، پرسشنامه صمیمیت خانوادگی واکر و تامسون (۱۹۸۳)، پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)، آزمون اعتیاد به اینترنت و مصرف اینترنت یانگ (۱۹۹۸) استفاده شد.

### الف) پرسشنامه صمیمیت خانوادگی واکر و تامپسون (Walker and Thompson intimacy questionnaire - WTIQ): برای

اندازه‌گیری مهر و صمیمیت کلی خانواده، الکسیس جی واکر و لیندا تامسون (۱۹۸۳) پرسشنامه‌ای را تدوین کرده‌اند. این مقیاس جزئی از یک ابزار بزرگ‌تر است که چندین بُعد صمیمیت را دربرمی‌گیرد، ولی آن را به صورت مستقل برای سنجش صمیمیت می‌توان به کار برد. مقیاس صمیمیت یک ابزار ۱۷ ماده‌ای است که نمره شرکت‌کننده در این مقیاس از طریق جمع نمرات ماده‌ها (دامنه نمرات بین ۱ تا ۷ است که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است: ۱= هرگز/ ۲= بندرت/ ۳= گاهی/ ۴= اغلب/ ۵= اکثراً/ ۶= تقریباً همیشه/ ۷= همیشه) و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. واکر و تامسون (۱۹۸۳) ضریب اعتبار این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. همچنین برای بررسی روایی آزمون از روش روایی محتوا و روایی صوری استفاده شده است (ثنایی، ۱۳۷۹).

### ب) پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ (Rosenberg self-esteem scale - RSES): پرسشنامه روزنبرگ در سال (۱۹۶۵) طراحی و

در سال ۱۹۷۹ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد و تصویری کلی از نگرش‌های مثبت و منفی درباره خود ارائه می‌دهد. از شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا بر اساس پرسشنامه لیکرت چهار درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف به دقت به آنها پاسخ دهد. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۱۰ تا ۴۰ بوده که نمرات بالاتر نشان‌دهنده عزت‌نفس بالاتر است. عبارت آن به شکل مثبت (ماده‌های شماره ۱ تا ۵) و ۵ عبارت دیگر به

صورت منفی (ماده‌های شماره ۶ تا ۱۰) ارائه شده است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این ترتیب است: ماده‌های ۱ تا ۵، کاملاً مخالفم = صفر، مخالفم = ۱، موافقم = ۲ و کاملاً موافقم دارای نمره ۳ است. همچنین در سؤالات ۶ تا ۱۰، کاملاً موافقم = صفر، موافقم = یک، مخالفم = ۲ و کاملاً مخالفم دارای نمره ۳ است. در پژوهش سبیرا و همکاران (۲۰۱۷) آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است. در ایران نیز بر اساس پژوهش جوشن‌لو قانیدی (۱۳۸۷)، اعتبار و روایی این آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت و همسانی درونی آن ۰/۸۳ به‌دست آمد.

**ج) آزمون اعتیاد به اینترنت (Young's internet addiction test- YIAT):** این ابزار توسط کیمبرلی یانگ (۱۹۹۸) طراحی شده و دارای ۲۰ ماده است که شرکت‌کننده بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از بندرت (۱) تا همیشه (۵) به آن پاسخ می‌دهد. برای به‌دست آوردن نمره کلی آزمودنی‌ها حاصل جمع تک تک ماده‌ها را با توجه به نمره‌های ۱ تا ۵ به‌دست می‌آوریم و عبارت معکوس ندارد. جمع نمرات در دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. جمع نمرات بین ۲۰ تا ۴۹ = عدم اعتیاد/ جمع نمرات بین ۵۰ تا ۷۹ = در معرض اعتیاد به اینترنت/ جمع نمرات بین ۸۰ تا ۱۰۰ = اعتیاد به اینترنت یانگ و راجرز (۱۹۹۸) اعتبار درونی آزمون را بالاتر از ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش سبیرا و همکاران (۲۰۱۷) نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. علوی و همکاران (۱۳۸۹) اعتبار آزمون را به روش بازآزمایی و دونیمه‌کردن به‌ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۲ به‌دست آوردند و روایی محتوایی و ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب آن را تأیید کرده‌اند.

## • روش

مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای اعتیاد به مصرف اینترنت و رسانه‌های جمعی در رابطه میان صمیمیت خانوادگی و عزت‌نفس نوجوانان ۱۹-۱۴ ساله صورت گرفت. در همین راستا پس از آماده‌سازی پرسشنامه الکترونیکی، از طریق معلمان مدارس پرسشنامه برای دانش‌آموزان ارسال و پاسخ‌های آنان نیز به صورت آنلاین دریافت شد.

## • یافته‌ها

یافته‌های توصیفی از اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه نشان می‌دهد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۴ سال و حداکثر ۱۹ سال و حداقل نیز ۱۴ سال بوده است. ۱۹۲ نفر (۷۶/۱ درصد) از شرکت‌کنندگان را دختران و ۶۰ نفر (۲۳/۸ درصد) را نیز پسران تشکیل دادند. ۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان دانش‌آموز متوسطه اول و ۷۰ درصد نیز دانش‌آموز متوسطه دوم بودند. در بین شرکت‌کنندگان ۱۱/۵ درصد تک‌فرزند، ۵۹ درصد دارای یک خواهر و برادر، ۳۰ درصد نیز بیش از یک خواهر و برادر داشتند. ۹۲ درصد با مادر و پدر، ۵/۵ درصد فقط با مادر، ۱/۹ درصد فقط با پدر و ۰/۳ درصد به‌صورت مستقل زندگی می‌کردند. میانگین و انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمرات شرکت‌کننده در متغیرهای صمیمیت خانوادگی، عزت‌نفس، اعتیاد به اینترنت در جدول ۱ ارائه گردیده شده است.

جدول ۲ نتایج ضریب همبستگی پیرسون را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول صمیمیت خانوادگی و عزت‌نفس نوجوانان در سطح ۰/۰۱ همبستگی مثبت و معناداری دارد و اعتیاد به اینترنت در نوجوانان با صمیمیت خانوادگی و عزت‌نفس نوجوانان همبستگی منفی و معناداری دارد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

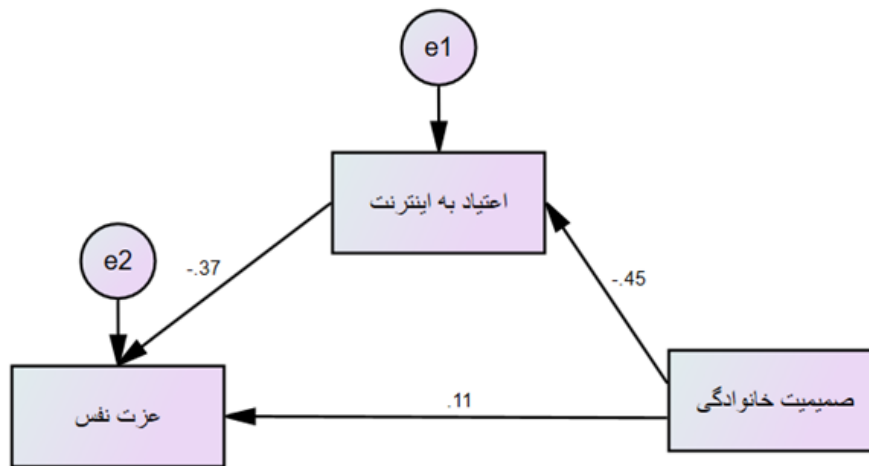
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
صمیمیت خانوادگی	۸۷/۸۷	۲۴/۷۵۶	۱۷	۱۱۹	-۰/۷۰۶	-۰/۳۲
عزت‌نفس	۱۶/۴۷	۴/۰۹۵	۵	۲۶	-۰/۱۳۲	-۰/۲۹۴
اعتیاد به اینترنت	۴۴/۷۳	۱۴/۳۰۶	۲۰	۸۹	۰/۵	-۰/۳۰۱

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	صمیمیت خانوادگی	عزت‌نفس	اعتیاد به اینترنت
صمیمیت خانوادگی	۱		
عزت‌نفس	**۰/۳۶۷	۱	
اعتیاد به اینترنت	*-۰/۴۲۳	*-۰/۴۲۸	۱

\*\* معناداری در سطح <math>0.01</math>

با توجه به نتایج ماتریس همبستگی و در راستای بررسی رابطه صمیمیت خانوادگی و عزت نفس نوجوانان با میانجی‌گری اعتیاد به اینترنت از روش تحلیل مسیر استفاده شد. با این حال پیش از استفاده از این روش، مفروضه‌های نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، نبود هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین و استقلال منابع خطا بررسی شد. در بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، قدر مطلق چولگی و کشیدگی متغیرها به ترتیب نباید از ۳ و ۱۰ بیشتر باشد که با توجه به نتایج جدول ۱ پیش فرض نرمال بودن مورد تأیید قرار گرفت. همچنین مفروضه نبود هم‌خطی چندگانه با شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس ارزیابی شد. در این تحلیل در هیچ یک از مقادیر آماره‌های تحمل و عامل تورم واریانس محاسبه شده برای متغیرهای پژوهش، انحرافی از پیش‌فرض هم‌خطی چندگانه مشاهده نشد. در نهایت مفروضه استقلال منابع خطا از طریق آزمون دوربین-واتسون ارزیابی شد و با توجه به اینکه مقدار محاسبه شده  $1/99$  از دو حد بحرانی  $(1/5-2/5)$  عبور نکرده است، این پیش‌فرض نیز محقق شد؛ بنابراین استفاده از روش تحلیل مسیر، برای تحلیل داده‌های پژوهش بدون اشکال است. شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد. شاخص‌های برازش مربوط به این مدل نیز در جدول ۳ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل تجربی پژوهش

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد مدل مشاهده شده با مدل نظری برازش مطلوب دارد، چرا که میزان خي دو محاسبه شده در سطح  $p < 0/0001$  معنادار نیست. از طرفی مقدار شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)، نیکویی برازش افزایشی (IFI)، نیکویی برازش هنجار شده (NFI) و برازش تطبیقی (CFI) همگی در حد مطلوب قرار دارند که نشان از برازش قابل قبول مدل است. همچنین مقدار شاخص ریشه میانگین مجذورات خطای تقریبی (RMSEA) و نسبت خي دو به DF هر دو در سطح مطلوب و قابل قبول هستند که نشان می‌دهد اقتصاد مدل رعایت شده و مدل پیچیده‌ای طراحی نشده است. بدین معنا که در آزادگذاری پارامترهای ثابت، امساک وجود داشته و پارامترهایی که برای برآورد آزاد گذاشته شده‌اند دارای مبنای نظری و تجربی قوی هستند.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	X <sup>2</sup> /DF	P
مدل	۰/۰۷	۰/۹۹	۰/۸۹	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۴	۲/۹۱	۰/۰۳۴

فرضیه اصلی پژوهش حاضر به نقش واسطه‌گری اعتیاد به اینترنت در ارتباط بین صمیمیت خانوادگی و عزت نفس اشاره داشت. به‌منظور بررسی معناداری نقش واسطه‌گری اعتیاد به اینترنت در رابطه بین صمیمیت خانوادگی و عزت نفس از دستور بوت استرپ در نرم‌افزار AMOS استفاده شد. جدول ۴ شامل اثرات غیرمستقیم و اثرات کلی متغیرهای پژوهش است.

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، صمیمیت خانوادگی از طریق اعتیاد به اینترنت، عزت نفس را تحت تأثیر قرار می‌دهد ( $P=0/009$ ). رابطه مستقیم صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس فرزندان معنادار نیست، اما با توجه به پیشینه مطالعاتی و ورود میانجی اعتیاد به اینترنت در این رابطه تأثیر صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس به‌صورت معنادار و مثبتی شکل می‌گیرد. همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود مسیر صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس به صورت مستقیم معنادار نیست ( $p=0/165$ ,  $p>0/05$ ) اما صمیمیت خانوادگی به صورت غیرمستقیم بر عزت نفس از طریق اعتیاد به اینترنت اثر دارد ( $p=0/009$ ,  $p<0/05$ ).



جدول ۴. ضرایب اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل موجود در مدل با استفاده از بوت استرپ

اثر	میزان اثر استاندارد نشده	میزان اثر استاندارد شده	حد پایین	حد بالا
اثر کلی صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس	۰/۰۴	۰/۲۷۱	۰/۰۰۴	
اثر مستقیم صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس	۰/۲۰۱	۰/۱۱۶	۰/۱۶۵	
اثر غیرمستقیم صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس با میانجی گری اعتیاد به اینترنت	۰/۰۳۴	۰/۱۶۸	۰/۰۰۹	۰/۲۳

## • بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر صمیمیت خانوادگی بر عزت نفس با نقش میانجی گری اعتیاد به اینترنت انجام شد. نتایج نشان داد که بین صمیمیت خانوادگی و عزت نفس نوجوانان همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. این فرضیه با نتایج پژوهش‌های چهره‌گشا و محمدیوسف (۱۴۰۰)، امامی میبدی و همکاران (۱۴۰۰) و سپهریان و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. در راستای تبیین این یافته می‌توان چنین اظهار کرد که روابط صمیمانه در خانواده، پیش‌بینی‌کننده عزت نفس نوجوانان است با توجه به مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین می‌توان استدلال کرد که در دوران نوجوانی ارتباط صمیمانه والدین و فرزندان نوجوان همچنان یکی از مهمترین عوامل در رشد روانی سالم و عاملی مؤثر در روابط بین فردی نوجوان به حساب می‌آید و روابط درون خانواده زمانی بهترین نتیجه را در پی خواهد داشت که بر مبنای صمیمت، حمایت، پذیرش و احساسات مثبت شکل گرفته باشد. در واقع بنا به نظریه راجرز نگرش‌های والدین از جمله پذیرش، توجه، گرمی و صمیمت با فرزندان به‌طور مثبت و مستقیم عزت نفس فرزندان را در تحت تأثیر قرار می‌دهد (حیدریه‌زاده و رحیمی، ۱۴۰۱). علاوه بر این مطابق با نظریه آینه خودنما که مهمترین منابع شکل‌گیری عزت نفس را رفتار و واکنش دیگران نسبت به خود می‌داند می‌توان این چنین نتیجه گرفت که روابط والدین و فرزندان که به‌عنوان مهمترین روابط در جریان رشد کودکان و نوجوانان شناخته می‌شود یکی از اصلی‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده عزت نفس در نوجوانان است (هاشمی‌خواه و همکاران، ۱۴۰۱).

یافته دیگر نشان داد که بین صمیمیت خانوادگی و اعتیاد به اینترنت نوجوانان همبستگی منفی معناداری وجود دارد. این فرضیه با نتایج پژوهش‌های مرتبط با صمیمیت خانوادگی و اعتیاد به اینترنت الوندی و همکاران (۱۴۰۰)، رضایی‌پور و غفاری (۱۴۰۰)، درویش‌زاده نوش‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹)، جعفری و فتحی شیخ احمد (۱۳۹۶)، لی و مون (۲۰۲۱)، اسماک و همکاران (۲۰۲۱)، تاس (۲۰۲۱) همسو است. در این پژوهش‌ها به همبستگی پایین میان اعضای خانواده در خانواده‌های افراد معتاد به اینترنت پرداخته شده است. همچنین تأیید شده که روابط مثبت میان والدین و فرزندان در محیط خانواده، منجر به رفتارهای مناسب هنگام مواجهه با تنش‌های و مشکلات خواهد شد. یافته‌های مطالعه لی و وو (۲۰۰۷) نشان داد که بین رابطه فرزند-والد و اعتیاد به اینترنت فرزندان ارتباط وجود دارد و کیفیت رابطه با والدین، بر اعتیاد به اینترنت فرزندان تأثیر به‌نسبت زیادی دارد و کیفیت پایین رابطه نوجوان با والدین و تعارضات بین آنها، پیش‌بین قوی اعتیاد به اینترنت نوجوانان است. دوگان و گونوک (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند، حمایت‌هایی که نوجوانان از سوی خانواده دریافت می‌کنند، به‌ویژه حمایت‌های مادر و کیفیت رابطه با وی، نقش پیش‌گیرانه‌ای در اعتیاد به اینترنت نوجوانان دارد و خانواده‌هایی که حمایت‌های اجتماعی بسنده‌ای برای فرزندان خود فراهم نمی‌آورند، موجب می‌شوند که فرزندان در معرض گرایش به رفتارهای مشکل‌آفرین اعتیادی قرار گیرند. به این معنی که یک رابطه دوسویه بین کارکرد و مسایل خانوادگی، بین فردی و ... با گرایش به استفاده ناهنجار از تکنولوژی‌های جدید وجود دارد. البته چنانچه سنورمانسی و همکاران (۲۰۱۴) اشاره کرده‌اند، تعیین روابط علی بین مشکلات خانوادگی و اعتیاد به تکنولوژی چندان آسان نیست. با این حال، این عناصر می‌توانند به شکل یک چرخه معیوب درآیند و با تقویت یکدیگر موجب تشدید مشکلات گردند.

یافته‌ها بیانگر رابطه معنادار و منفی بین اعتیاد به اینترنت و عزت نفس نوجوانان بودند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پروانه (۱۴۰۰)، تاندر و همکاران (۲۰۲۳)، همپتن و شین (۲۰۲۲)، تریو و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. یکی از حوزه‌هایی که هدف این مطالعات بوده است، ارتباط گرایش به اعتیاد اینترنتی با عزت نفس است. در پژوهش حاضر نیز این رابطه منفی و معنادار شکل گرفت. شواهد نشان داده است افراد دارای سطوح پایین عزت نفس، گرایش بالایی به سپری کردن زمان زیاد در اینترنت و به‌ویژه استفاده از شبکه‌های ارتباط اجتماعی دارند (رکو، ۲۰۱۹). به نظر می‌رسد که اینترنت ابزاری برای جبران کمبودهای عزت نفس، هویت و روابط افراد و ایجاد روابط

صمیمانه‌ای است که در دنیا واقعی ندارند (یانگ و تانگ، ۲۰۱۱). افراد معتاد به اینترنت از خود یا محیط یا هر دو احساس ناخشنودی، ناراضی‌تی و ناراحتی دارند و اغلب از احساس ناامنی، تنهایی، حساسیت شدید در تعارضات بین فردی و درون فردی رنج می‌برند. این موارد همگی از پیامدهای منفی عزت‌نفس پایین هستند (عبدل‌پور و همکاران، ۱۳۹۸).

## • نتیجه‌گیری

امروزه افراد در بافت تعاملات و روابط خانوادگی که در اعتیاد به اینترنت دخیل هستند، رشد می‌کنند و اگر خانواده‌ها کارکرد مناسبی داشته باشند، افراد نیز به صورت سالم رشد خواهند کرد. چنین خانواده‌هایی مشکلاتشان را با مشارکت همدیگر و به صورت مناسبی حل می‌کنند، با یکدیگر پیوندهای عاطفی نیرومندی خواهند داشت و به رفتارهای همدیگر و به‌ویژه فرزندان کنترل در سطح متوسط خواهند داشت و روابط آنها به صورت مستقیم، گشوده و راحت خواهد بود. با توجه به اینکه عزت‌نفس یک شاخص مهم سازگاری روان‌شناختی و سلامت روانی شناخته می‌شود و از طرفی مطابق با یافته پژوهش حاضر رابطه صمیمی در خانواده می‌تواند بر آن مؤثر باشد بنابراین توجه بیشتر والدین به نوجوانان و داشتن روابط گرم و صمیمانه با آنها زمینه را برای شکل‌گیری عزت‌نفس مطلوب فراهم می‌آورد و پرورش نوجوانان در بافت خانوادگی که روابط صمیمانه در آن بر مبنای حمایت، احساسات و ارتباطات مثبت در جریان است موجب می‌شود نوجوانان با برخورداری از عزت‌نفس بالا از گزند آسیب‌های اجتماعی در امان باشند و سلامت روانی بالاتر و مشکلات رفتاری کمتری را نشان دهند.

این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات علوم رفتاری با محدودیت‌هایی همراه بوده است. به دلیل اینکه جمعیت این مطالعه محدود به نوجوانان تهران بود و نیز تحقیق بر مبنای روش همبستگی است، لذا باید در تعمیم نتایج جانب احتیاط را در نظر گرفت. از سوی دیگر به سبب استفاده از ابزارهای خودگزارشی امکان سوگیری و تحریف در پاسخ مشارکت‌کنندگان وجود دارد. بر اساس نتایج به دست آمده و با توجه به اینکه صمیمیت خانوادگی سهم بالایی در پیش‌بینی عزت‌نفس نشان داده است، توصیه می‌شود محیط خانه و خانواده، محیطی امن و بدون قضاوت باشد تا نوجوانان با به دست آوردن حمایت‌های خانوادگی مناسب در چالش‌ها و رنج‌هایی که در زندگی بر سر راه آنها قرار می‌گیرند، مقابله‌ای درخور داشته باشند.

## • تعارض منافع

در این مقاله از منابع مالی سازمان خاصی استفاده نشده و تعارض منافی وجود ندارد.

## • تشکر و قدردانی

از همه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

## • منابع

- آتش‌پور، سیدحمید؛ باباصفری، عباس؛ یوسفی، زهرا (۱۴۰۲)، اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی سیستمی راه حل محور بر رضایت زناشویی و روابط خانوادگی زوجین، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۸ (۶۹)، ۳۵-۴۲.
- الوندی، هومن؛ باقی نصرآبادی، علی؛ صادق زاده، حسن (۱۴۰۰)، رابطه میان ویژگی‌های مصرف رسانه‌ای خانواده‌های بوشهری با شاخص‌های مطلوب مصرف (مطالعه موردی: شبکه‌های اجتماعی مجازی)، مجله پاسداری فرهنگی انقلاب اسلامی، (۲۳)، ص ۶۱-۹۴.
- امامی میبدی، الهام؛ احدی، بتول؛ و فرح بیجاری، اعظم. (۱۴۰۰). پیش‌بینی عزت‌نفس نوجوانان براساس رابطه والد-فرزند، نیازهای بنیادین روان‌شناختی و خودپنداره. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره، ۴ (۴)، ۲۳-۴۵.
- بابایی، راضیه؛ یزدی، سیده منور؛ قاسم زاده، سوگند. (۱۳۹۷). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس حمایت ادراک شده، ناگویی هیجانی و ابراز صمیمیت. پرستار و پزشک در رزم، ۶ (۱۸): ۵۲-۴۱.
- بختیاری، آمنه، نصیری، بهاره. (۱۴۰۱). تحلیل کیفی و کمی خانواده دیجیتال در شهر تهران (آینده پژوهی)، رهپویه ارتباطات و فرهنگ، (۳)، ۶۸-۴۷.

- پروانه، سکینه. (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین خودپنداره و تنظیم هیجانی مادران با شدت علائم اعتیاد به اینترنت در میان دانش‌آموزان مدارس دخترانه متوسطه دوم شهر شیراز، نشریه روان‌شناسی و علوم رفتاری ایران، ۲۵ (۳)، ۷۲-۵۹.
- جعفرزاده پور، فروزنده. (۱۳۹۶). رسانه، ابزاری برای دسته‌بندی نسل‌ها در ایران، جامعه پژوهی فرهنگی، سال هشتم، (۲)، ص ۲۲-۱.
- جعفری، علی؛ فتحی شیخ احمد، حبیب اله. (۱۳۹۶). رابطه مصرف رسانه‌ای با تغییر سبک زندگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، فصلنامه مطالعات رسانه‌های نوین، ۳ (۹)، ۲۵۵-۲۲۱.
- حیدریه‌زاده، بهاره السادات؛ رحیمی، مرضیه. (۱۴۰۱). رابطه بین تیپ‌های شخصیتی با شادکامی و عزت‌نفس در بین دانشجویان دانشگاه امام جواد (ع) شهر یزد، مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری، ۱۰ (۱)، ۸۲-۶۹.
- درویش‌زاده نوش‌آبادی، گلناز؛ لطیفی، زهره؛ سلطانی‌زاده، محمد. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر آموزش استفاده صحیح و مدیریت زمان والدین از گوشی همراه، رسانه‌های اجتماعی و فضای مجازی بر الگوی دلبستگی، مشکلات رفتاری کودکان و میزان اعتیاد به اینترنت در والدین. علوم تربیتی (نشریه تفکر و کودک)، سال یازدهم، (۲)، ۸۲-۶۵.
- رضازاده مژگان، فتحیان دستگردی زهره، حیدری زهرا. (۱۴۰۰). بررسی ارتباط اعتیاد به اینترنت با ابعاد مختلف عملکرد خانواده در نوجوانان شهرستان خمینی شهر. تحقیقات نظام سلامت؛ ۱۷ (۴): ۲۸۹-۲۸۲.
- رضایی‌پور، عباس؛ غفاری، خلیل. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی با شیوه‌های فرزندپروری الگوی ارتباطی خانواده در دانش‌آموزان پایه سوم دوره اول متوسطه شهرستان دورود، نشریه پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، (۴۴)، ۱۵۹-۱۴۴.
- سپهریان، فیروزه؛ امانی ساری بگلو، جواد؛ محمودی، حجت؛ کتابی، افسانه. (۱۳۹۲). عزت‌نفس نوجوانان و سبک‌های فرزندپروری: نقش واسطه‌ای برآورده شدن نیازهای روانی اساسی، نشریه بین‌المللی علوم رفتاری، دوره هفتم، (۲)، ۱۵۱.
- سعدی‌پور، اسماعیل؛ بهرامی، فرشته؛ نصراللهی، اکبر. (۱۴۰۱). تدوین و اعتباریابی برنامه آموزشی سواد رسانه‌ای و تعیین اثربخشی آن بر کاهش اعتیاد به اینترنت و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان شهر کرج، (۵۰)، ۷۲-۴۱.
- عبدل‌پور قاسم، شالچی بهزاد، حمزه زاده سیروان، صالحی علی. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌گری عزت‌نفس در رابطه شفقت به خود و دشواری در تنظیم هیجان با اعتیاد به اینترنت. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۶ (۳): ۱۲۹-۱۴۳.
- فرامرزیانی، سعید؛ غفاری آذر، داوود. (۱۳۹۶). تأثیر مصرف رسانه‌های جمعی بر مدیریت بدن (مورد مطالعه: جوانان ساکن در شهر ارومیه)، علوم اجتماعی (دانشگاه فردوسی مشهد)، (۳۰)، ۱۴۰-۱۱۷.
- ملائتی، فاطمه؛ ملائی، عبدالله. (۱۴۰۰). پیش‌بینی راعیت ارزش‌های اجتماعی و هویت بر اساس عزت‌نفس در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شاهد تهران، روان‌شناسی نظامی، (۴۵)، ۷۴-۵۶.
- ناطقیان، شهرزاد؛ شاه‌نظری، مهدی. (۱۴۰۰). پیش‌بینی عزت‌نفس دانشجویان بر اساس سبک‌های دلبستگی و سبک‌های هویتی، علوم رفتاری (ابهر)، (۴۷)، ۱۳۴-۱۱۵.
- هاشمی، تورج؛ زینب، احمدی؛ فرج‌پور نیری، سپیده. (۱۳۹۹). ارائه مدل برای روابط ساختاری سبک‌های دلبستگی با اعتیاد به اینترنت با توجه به نقش میانجی عزت‌نفس، نشریه رویش روان‌شناسی، (۴۷)، ۱۰۰-۹۱.
- هاشمی‌خواه، زینب؛ افراسیابی، حسین؛ روحانی، علی و افشانی، سید علیرضا. (۱۴۰۱). برساخت روابط خانوادگی در خانواده‌های ناباور، روان‌شناسی فرهنگی، دوره ۶، (۱)، ۲۹۸-۲۷۸.
- یوسفی، زهرا؛ کریم‌نژاد، ریحانه. (۱۳۹۷). اثر بخشی آموزش همسرداری مبتنی بر شفقت بر بهبود روابط خانوادگی، تعارضات زناشویی، بخشش و صمیمیت زوجین ناشنوا کم شنوا شهر اصفهان، مطالعات زن و خانواده، دوره ۶، (۲)، ۲۲۳-۱۹۹.
- Alesi, M., Rappo, G., & Pepi, A. (2014). Depression, anxiety at school and self-esteem in children with learning disabilities. *Journal of psychological abnormalities*, 1-8. <https://dx.doi.org/10.4172/2329-9525.1000125>
- Balistreri, K., & Alvirahammond, M. (2014). Adverse childhood experiences: Separate and cumulative effects on adolescent, *health and emotional well-being* (pp. 1–20). Bowling Green State University.
- Bevan, J. L., Urbanovich, T., & Vahid, M. (2021). Family communication patterns, received social support, and perceived quality of care in the family caregiving context. *Western Journal of Communication*, 85(1), 83-103. <https://doi.org/10.1080/10570314.2019.1686534>
- Cooper, J. E., Holman, J., & Braithwaite, V. A. (1983). Self-esteem and family cohesion: The child's perspective and adjustment. *Journal of Marriage & Family*, 45, 153–159. <https://doi.org/10.2307/351303>
- Gunuc S, Dogan A. (2013) The relationships between Turkish adolescents' internet addiction, their perceived social support and family activities. *Comput Hum Behav*; 29(6): 2197-207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.011>
- Kline, R. B. (2015). Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications.

- Indian, M., & Grieve, R. (2014). When Facebook is easier than face-to-face: Social support derived from Facebook in socially anxious individuals. *Personality and Individual Differences*, 59, 102–106. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.11.016>
- Hampton, N. & Shin, I. (2022). disconnection More Problematic for Adolescent Self-Esteem than Heavy Social Media Use: Evidence from Access Inequalities and Restrictive Media Parenting in Rural America. *Michigan State University*, 41, 626-647. <https://doi.org/10.1177/08944393221117466>
- Johnson, G. M. (2011). Self-esteem and use of the Internet among young school-age children. *International Journal of Psychological Studies*, 3, 48–53.
- Lee, S & Mun, B. (2021) The Impact of Parental Depression on Children’s Smartphone Addiction: A Serial Mediation Model with Parental Neglect and Children’s Self-Esteem, *social science computer review* 41 (1), 217-233. <https://doi.org/10.1177/08944393211037579>
- Lei L, Wu Y. Adolescents' paternal attachment and Internet use. *Cyberpsychol Behav* 2007; 10(5): 633-9. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9976>
- Mesch, G. S. (2003). The family and the Internet: The Israeli case. *Social Science Quarterly*, 84, 1038-1050. <https://doi.org/10.1046/j.0038-4941.2003.08404016.x>
- Mesch, G. S. (2006). Family relations and the Internet: Exploring a family boundaries approach. *Journal of Family Communication*, 6, 119–138. [https://doi.org/10.1207/s15327698jfc0602\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327698jfc0602_2)
- Notredame, C. E., Grandgenèvre, P., Pauwels, N., Morgiève, M., Wathélet, M., Vaiva, G., & Séguin, M. (2018). Leveraging the web and social media to promote access to care among suicidal individuals. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01338>
- Ni, X., & Shao, X. (2019). Influence of adolescents’ use of online social media on their sense of happiness: Serial mediating paths of self-esteem linking self-identity. *Journal of Lanzhou University (Social Sciences)*, 47, 122–133.
- Ni, X., & Shao, X. (2021). How Does Family Intimacy Predict Self-Esteem in Adolescents? Moderation of Social Media Use Based on Gender Difference. *Journal of student diversity*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/21582440211005453>
- Niu, G., Luo, Y., Sun, X., Zhou, Z. K., Yu, F., Yang, S. L., & Zhao, L. (2018). Qzone use and depression among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Journal of Affective Disorders*, 231, 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.013>
- Rocco, S. (2019). A Discriminant Analysis to Predict the Impact of Personality Traits, Self-Esteem, and Time Spent Online on Different Levels of Internet Addiction Risk among University Students. *Studia Psychologica*, 61(1), 56-70. <https://psycnet.apa.org/doi/10.21909/sp.2019.01.772>
- Seabra, L., Loureiro, M., Pereira, H., Monteiro, S., Marina Afonso, R., & Esgalhado, G. (2017). Relationship between Internet Addiction and Self-Esteem: Cross-Cultural Study in Portugal and Brazil. *Interacting with Computers*, 29(5), 767–778. <https://doi.org/10.1093/iwc/iwx011>
- Senormanci O, Senormanci G, Guclu O, Konkan R. (2014). Attachment and family functioning in patients with internet addiction. *Gen Hosp Psychiatry*; 36(2): 203-7. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.10.012>
- Schmuck, D. Stevic, A. Matthes, J. Karsay, K. (2021). Out of control? How parents’ perceived lack of control over children’s smartphone use affects children’s self-esteem over time, *New Media and Society*, 25 (1), 199-219. <https://doi.org/10.1177/14614448211011452>
- Tas, I. (2021). The Relationship Between Social Ignore and Social Media Addiction Among Adolescents: Mediator Effect of Satisfaction with Family Life, *Youth and Society*, 55 (4), 708-729. <https://doi.org/10.1177/0044118X211055210>
- Thompson, B. J. (2014). The Media and Modernity: A Social Theory of the Media, *Journal of American Journalism*, 14(1), 125\_127.
- Tonder, J. Jordaan, J. Esterhuys, K. (2023). Self-esteem, Interpersonal Communication Competence, and Media and Technology Usage as Predictors of Loneliness Among University Students, *University of the Free State*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.1177/21582440221148379>
- Trieu, P. Ellison, N.B. Schoenebeck, S.Y. Brewer, R.N (2021). Implications of Facebook Engagement Types and Feed’s Social Content for Self-Esteem via Social Comparison Processes, *Social Media Society*, 7, 1-12. <https://doi.org/10.1177/20563051211042400>
- Yang, S.C. & Tung, C.J. (2007). Comparison of Internet Addicts and Non- Addicts in Taiwanese High School, *Compute Hum Behave*, 23, 79-96. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.03.037>
- Young, K. S. & Rogers, R. C. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *Cyber psychology and Behavior*, 1, 25–28. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.25>
- Young, R. E. (2013). The influence of parent-child attachment relationships and self-esteem on adolescents' engagement in risky behaviors (Doctoral dissertation, Brandeis University).
- Valkenburg, P. M., Koutamanis, M., & Vossen, H. G. M. (2017). The concurrent and longitudinal relationships between adolescents’ use of social network sites and their social self-esteem. *Computers in Human Behavior*, 76, 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.07.008>
- Vandewater, E. A., Lee, J. H., & Shim, M.-S. (2005). Family conflict and violent electronic media use in school-aged children. *Media Psychology*, 7, 73–86. [https://doi.org/10.1207/S1532785XMEP0701\\_4](https://doi.org/10.1207/S1532785XMEP0701_4)
- Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin*, 106(2), 231–248. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.2.231>

**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.)

**Contents**

Investigating the Predictive Power of Agreeableness, Marital Empathy and Marital Forgiveness on Marital Satisfaction in Married Women Hossein Tahmasby, Yadollah Khorramabadi .....	1
The Mediating Role of Metacognitive Beliefs in the Relationship Between Anxiety Sensitivity and Excessive Responsibility with Obsessive- Compulsive Symptoms Morteza Aghaei-Mazraji, Mahmoud Najafi, Mina Shirmohammadali...	12
Comparison of marital Intimacy of Couples with Fragile, Damaged and Secure Self-Esteem Reyhaneh Saboori, Zohreh Rafezi, Faramarz Sohrabi-Asmarod.....	22
Cross-Validation of the Nine Dark Personality Trait Model: Ominous Nine Rahim Yousefi, Elham Farzaneh, Behzad Shalchi.....	33
The Combined Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Adherence to Treatment and Parental Stress in Mothers of Autistic Children Ali Rezaie, Fatemeh Izadi.....	45
Psychometric Properties and Factor Structure of Persian Version of Premenstrual Coping Measure Marziyeh Sadeghzadeh, Meral Jafari, Negar Ghomatipour.....	55
Comparison of the Effectiveness of Logotherapy and Acceptance & Commitment Therapy on Death Anxiety and Quality of Life in Women with Breast Surgery Experience Narges Shamsazan, Nasrin Kashefimehr, Hadi Smkhani Akbarinejhad....	66
The Efficacy of Compassion-Based Psychotherapy on Self-Awareness and Sexual Self-Esteem of Women with Sexual Dysfunction Symptoms Siavash Lajevardi, Hamid Mollayee-Zarandi, Farshid Khosropour.....	77
The Relationship Between Big 5 Personality Traits and Job Satisfaction: The Mediating Roles of Job Stress and Perception of Procedural Justice Leila Fathi I, Mohammad-Naghi Farahani, Hamid khanipour.....	90
Developing a Causal Model of Adolescent Vulnerability to Addiction Based on the Sensitivity of Sensory Processing and Behavioral Brain Systems with the Mediation of Childhood Trauma Safura Keyvanlo, Akbar Atadokht.....	101
The Mediating Role of Academic Self-Efficacy in the Relationship Between Identity Styles and Perceived Social Support with Academic Commitment in Undergraduate Students Mitra Mashallahi, Mahboubeh Fouladchang.....	112
Relationship Between Family Intimacy and Self-Esteem in Adolescents: The Mediating Role of Internet Addiction Reyhaneh Khildar, Mina Fathi-Ashtiani.....	123